

Grabka, Markus M.

**Article**

## Prämien in der PKV: deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung

DIW Wochenbericht

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* Grabka, Markus M. (2006) : Prämien in der PKV: deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 73, Iss. 46, pp. 653-659

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/151474>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Wirtschaft Politik Wissenschaft

## Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung

Markus M. Grabka  
mgrabka@diw.de

*In der privaten Krankenversicherung (PKV) kommt es immer wieder kalkulationsbedingt zu Prämienanpassungen, meist sind es Steigerungen. Den Versicherten stehen aber nur wenige Möglichkeiten zur Verfügung, bei gleichbleibenden Leistungen ihre Prämienbelastung zu reduzieren. Ein Wechsel der Krankenversicherung findet bei langlaufenden Versicherungsverträgen faktisch nicht statt, solange angesparte Altersrückstellungen nicht übertragbar sind.*

*Auf Basis der Daten der vom DIW Berlin in Zusammenarbeit mit Infratest Sozialforschung erhobenen Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) kann die Entwicklung der Prämien der Versicherten in der PKV mit derjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kontrastiert werden. In den vergangenen 20 Jahren haben sich die Prämien in der PKV im Durchschnitt mehr als verdreifacht. Sie sind damit nahezu doppelt so stark gestiegen wie in der GKV. Die durchschnittlich zu entrichtende absolute Prämie liegt aber immer noch deutlich unter dem Krankenversicherungsbeitrag vergleichbarer freiwillig Versicherter der GKV.*

Ende des Jahres 2005 waren in Deutschland knapp 8,4 Mill. Personen mit einer Krankheitsvollversicherung in der PKV versichert.<sup>1</sup> Alle privat vollversicherten Personen sind seit 1995 verpflichtet, auch eine privat angebotene Pflegeversicherung abzuschließen. In der privaten Pflegepflichtversicherung sind auch alle Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten eingeschlossen. Die Gesamtzahl der privat Versicherten beläuft sich damit auf knapp 9,2 Mill. und macht mehr als ein Zehntel der Gesamtbevölkerung in Deutschland aus.

Laut Angaben des PKV-Verbandes belief sich das gesamte Prämienaufkommen zur Krankheitsvollversicherung inklusive der privaten Pflegepflichtversicherung im Jahr 2005 auf 21,6 Mrd. Euro.<sup>2</sup> Privat Versicherte – und oftmals auch gesetzlich Versicherte – können über die eigentliche Krankenversicherung hinaus Zusatz- und Teilversicherungen abschließen. Hier machte das gesamte Beitragsvolumen noch einmal 5,7 Mrd. Euro im Jahr 2005 aus.

<sup>1</sup> Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung: Die Private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 2005. Köln 2006. Zugriff am 31.07.2006 unter [www.pkv.de/downloads/RB05.pdf](http://www.pkv.de/downloads/RB05.pdf).

<sup>2</sup> Ebenda, 15. Das gesamte Prämienaufkommen zur Krankheitsvollversicherung inklusive der privaten Pflegepflichtversicherung wird im SOEP leicht, um 1,5 Mrd. Euro, unterschätzt.

Nr. 46/2006

73. Jahrgang/15. November 2006

### 1. Bericht

Prämien in der PKV:  
Deutlich stärkerer Anstieg als in der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
Seite **653**

## Das Kalkulationsprinzip in der PKV

Die Prämien in der PKV werden nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip kalkuliert. Danach soll die Versicherungsprämie der Summe der gesamten Versicherungsleistungen einschließlich der Verwaltungskosten entsprechen.<sup>3</sup> Grundlage für die Bestimmung der Prämien ist die risikogerechte Kalkulation, d. h. die Prämienhöhe ist abhängig vom Geschlecht, dem Alter, vom Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung und von eventuellen Vorerkrankungen. Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse aufgrund von Vorerkrankungen vorgenommen werden.

Für die PKV besteht kein Kontrahierungszwang, d. h. dass Hochrisikogruppen wie Aids- oder Dialysepatienten, aber auch Personen oberhalb eines Alters von 65 Jahren, abgelehnt werden können. Es wird keine Familienversicherung gewährt, sondern jeder Versicherte schließt einen eigenständigen Vertrag ab. Der Versicherungsumfang kann frei gewählt werden, so dass die PKV neben der Krankheitsvollversicherung diverse Zusatzversicherungen (z. B. Krankentagegeld- oder Krankenhauswahlleistungsversicherung) anbietet.

In der PKV wird im Grundsatz das Kapitaldeckungs- bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet, welches konstante Beiträge über den gesamten Versicherungszeitraum gewährleisten soll. Die Beitragseinnahmen werden zur Deckung der aktuellen Leistungsausgaben und zur Bildung einer Rückstellung für künftige Versicherungsleistungen verwendet. Die Nettoprämie wird zum Zeitpunkt des

Vertragsabschlusses unter der Annahme gleichbleibender Rechnungsgrundlagen bzw. Leistungsausgaben so bestimmt, dass sie für jeden Versicherten ein Leben lang konstant sein soll. Jüngere Versicherte entrichten höhere Prämien, als zur Deckung der Ausgaben notwendig wäre. Der resultierende Überschuss wird angespart und verzinst. Die über den Lebensverlauf angesammelten Sparanteile und die Verzinsung ergeben zusammen die Alterungsrückstellung. Durch allmähliche Auflösung der Alterungsrückstellung sollen so die steigenden Ausgaben bei höherem Lebensalter ausgeglichen werden.

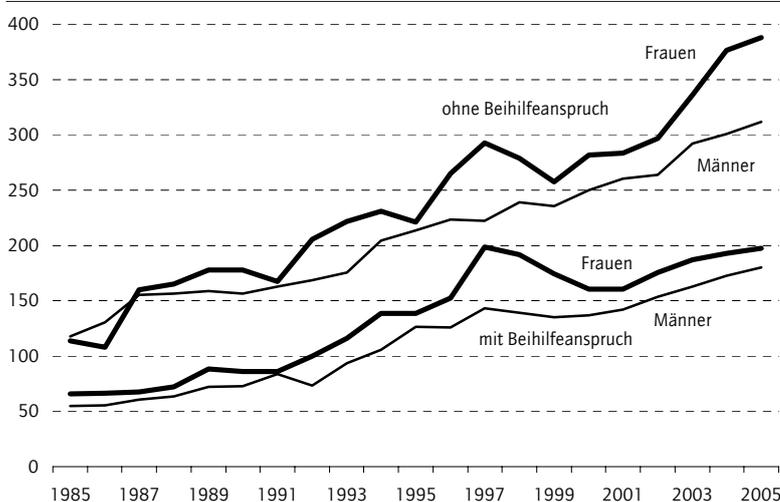
Aufgrund der systemspezifischen Prämienkalkulation in der PKV – unter der Annahme von konstanten Leistungsausgaben über den gesamten Versicherungsverlauf – kommt es zu regelmäßigen Prämienanpassungen. Dies geschieht als Folge von Kostensteigerungen, Veränderungen der Leistungsanspruchnahme, des medizinischen Fortschritts und steigender Lebenserwartung.<sup>4</sup>

Die Versicherten der PKV haben nur geringe Möglichkeiten, einer Prämienhöhung ihrer Versicherung zu begegnen. Dies kann durch einen Wechsel in einen anderen Tarif der gleichen Versicherung, durch Absenkung des Versicherungsschutzes oder durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung geschehen; ein Wechsel in die GKV erfolgt nur ausnahmsweise, z. B. im Falle von Arbeitslosigkeit. Ein Wechsel der Krankenversicherung findet bei länger laufenden Verträgen in der PKV faktisch nicht statt, da angesparte Alterungsrückstellungen nicht portabel sind, d. h. sie können nicht zu einer anderen Krankenversicherung mitgenommen werden. Den Versicherten der PKV stehen damit insgesamt kaum Ausweichstrategien für eine Reduktion ihrer Krankenversicherungsprämien bei gleichem Leistungsumfang zur Verfügung.

Abbildung 1

### Prämienentwicklung in der PKV nach Beihilfeanspruch und Geschlecht

In Euro pro Monat



Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

### Prämienentwicklung von Männern und Frauen

Zur Beschreibung der effektiven Prämienentwicklung in der PKV werden hier die Daten des Sozio-

<sup>3</sup> Die gesetzlichen Grundlagen der Beitragskalkulation in der PKV sind durch das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Kalkulationsverordnung (KalV) geregelt.

<sup>4</sup> Der Anteil der privat Versicherten, die angeben, dass ihre Krankenversicherung die Prämien in diesem bzw. im letzten Jahr erhöht hat, liegt bei etwa 63 % (vgl. Zok, K.: Einstellungen der Bevölkerung. In: Jacobs, K., Klauber, J., Leinert, J. (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, 2006, 135–156). Eine weitere Ursache für regelmäßige Prämienanpassungen besteht darin, dass die Prämienkalkulation in der PKV nicht streng allein nach dem Kapitaldeckungsprinzip vorgenommen wird, sondern dass faktisch auch eine Finanzierung im Umlageverfahren erfolgt und die PKV Anreize hat, für jüngere Versicherte systematisch niedrigere Prämien zu kalkulieren, vgl. hierzu: Wagner, G., Meinhardt, V., Leinert, J. und Kirner, E.: Kapitaldeckung: Kein Wundermittel für die Altersvorsorge. Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 46/1998.

oekonomischen Panels (SOEP) verwendet.<sup>5</sup> Dies ist die einzige große bevölkerungsrepräsentative Studie, die jedes Jahr Informationen zum Krankenversicherungsschutz und zur Prämienhöhe in der PKV erhebt. Damit lassen sich individuelle Verläufe und die direkte Entwicklung der Prämien in der PKV derselben Versicherten beobachten.<sup>6</sup> Das SOEP erfasst aber nicht die Tarifart, den Leistungsumfang oder eine Veränderung derselben über die Zeit hinweg. Es kann daher nicht von konstanten Leistungspaketen ausgegangen werden. So geben rund 5% der PKV-Versicherten an, in den letzten beiden Jahren mit ihrer Krankenversicherung eine Reduktion des Versicherungsschutzes zur Begrenzung des Prämienanstiegs vereinbart zu haben.<sup>7</sup> Das heißt, die effektive Prämiensteigerung wird unterschätzt.

Zur Darstellung der Prämienentwicklung in der PKV wird hier nach Versicherten mit und ohne Beihilfeanspruch unterschieden, da diesen grundsätzlich unterschiedliche Tarife angeboten werden.<sup>8</sup>

Im Zeitraum von 1985 bis 2005 hatten die Beihilfeempfänger durchweg deutlich geringere Prämien zu entrichten als Versicherte ohne Beihilfeanspruch (Abbildung 1). So mussten Frauen bzw. Männer mit Beihilfe im Jahr 2005 im Durchschnitt eine Krankenversicherungsprämie von rund 200 bzw. 180 Euro zahlen. Die entsprechende Prämie für Versicherte ohne Beihilfe belief sich auf 390 bzw. 310 Euro. Die deutlich geringere Prämie bei den Beihilfeberechtigten erklärt sich daraus, dass der Arbeitgeber bzw. Dienstherr nicht wie bei gesetzlich Versicherten einen nahezu hälftigen „Arbeitgeberbeitrag“ gewährt, sondern dass je nach Familienstand und Bundeslandzugehörigkeit bis zu 70% bis 80% der Krankheitskosten von der Beihilfe übernommen werden.

Dass Frauen im Durchschnitt eine um mehr als 10% höhere Prämie zahlen als Männer, begründet die PKV mit einer höheren Lebenserwartung und insgesamt höherem Krankheitsrisiko für Frauen.<sup>9</sup>

Betrachtet man die Entwicklung der Prämienhöhe über die vergangenen 20 Jahre, so zeigt sich über alle Versicherten hinweg eine Verdreifung der Prämie. Der Anstieg fiel in den ersten zehn Jahren etwas stärker aus als in den letzten zehn Jahren.

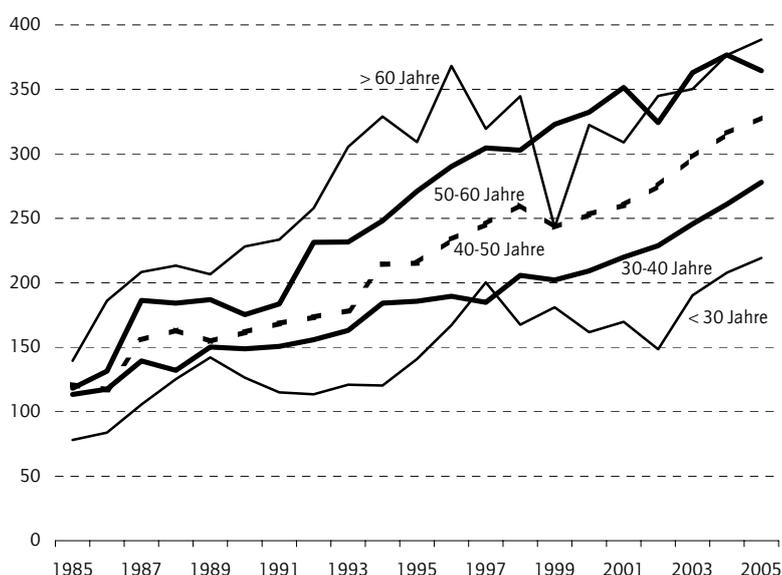
### Prämienentwicklung nach dem Alter der Versicherten

Von Prämienerrhöhungen in der PKV sind Versicherte mit länger laufenden Verträgen und höherem Lebensalter verstärkt betroffen.<sup>10</sup> Zahlten beihilfeberechtigte Versicherte im Alter von unter 30 Jahren im Jahr 1985 im Durchschnitt nur knapp 80 Euro,

Abbildung 2

### Prämienentwicklung in der PKV nach dem Alter<sup>1</sup>

In Euro pro Monat



1 Versicherte ohne Beihilfeanspruch.

Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

so mussten ältere Versicherte (über 60 Jahre) mit etwa 140 Euro rund 80% höhere Prämien entrichten (Abbildung 2). Diese Differenz hat seit Mitte der 90er Jahre deutlich zugenommen, sie betrug im Jahr 2005 170 Euro (390 minus 220 Euro). Die Relation der Beträge liegt aber wieder auf dem Niveau von Mitte der 80er Jahre.

<sup>5</sup> Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 in Ostdeutschland jährlich durchgeführt wird; vgl. SOEP Group: The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview. In: Holst, E. u. a. (Hrsg.): Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000). In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung des DIW Berlin, Heft 1/2001, 7–14; auch [www.diw.de/deutsch/sop/](http://www.diw.de/deutsch/sop/).

<sup>6</sup> Da die Prämien im SOEP nicht nach privater Kranken- und Pflegeversicherung differenziert werden, beziehen sich die folgenden Aussagen immer auf die Gesamtprämie für beide Versicherungsarten. Eine Einschränkung der Aussagekraft der verwendeten Daten ergibt sich dadurch, dass mit der im SOEP angegebenen Prämiensumme mehrere Personen versichert sein können. So hat sich die Zahl der versicherten Personen seit 1984 von im Durchschnitt 2 auf 1,4 in 2005 reduziert. Im Folgenden wird daher die Prämie pro versicherter Person ausgewiesen. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Prämienanstieg von älteren Versicherten eher unterschätzt wird, wenn z. B. Kinder mit abgesichert werden.

<sup>7</sup> Vgl. Zok, K., a. a. O., 138.

<sup>8</sup> Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, mit der der Dienstherr sich anteilig an den Krankheitskosten seiner Beamten und deren Familienangehöriger beteiligt. Für die Beihilfe nicht gedeckten Kostenanteile bietet die PKV gesonderte Beihilfetarife an.

<sup>9</sup> Der Anteil der Frauen an allen Versicherten machte dabei im Jahr 2005 in den Angaben des SOEP rund 41% aus, der für Männer entsprechend 59%. Die niedrigere Frauenquote ist eine Folge des im Vergleich zu Männern geringeren Einkommens und einer niedrigeren Beschäftigungsquote.

<sup>10</sup> Aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens verbleibt einem älteren Versicherten weniger Zeit um Sparanteile zu bilden als einem jüngeren Versicherten. Der Prämienanstieg fällt daher bei älteren Versicherten in der Regel immer höher aus als bei jüngeren.

### Prämienentwicklung im Längsschnitt

Bessere Aussagen über die tatsächliche Prämienentwicklung von Versicherten der PKV sind möglich, wenn man *dieselben* Versicherten über einen längeren Zeitraum bezüglich ihrer Krankenversicherungsprämie beobachtet. In Tabelle 1 wird die Prämienentwicklung von Versicherten ausgewiesen, die mehr als 20 Jahre ununterbrochen in der PKV versichert waren.<sup>11</sup> Über den gesamten Zeitraum hinweg ist die Prämie bei Beihilfeberechtigten um 287 % von unter 50 Euro auf knapp 180 Euro im Jahr 2005 gestiegen. Für Versicherte ohne Beihilfeanspruch fiel dieser Zuwachs mit 202 % etwas moderater aus, doch nahmen diese absolut deutlich stärker von rund 130 Euro auf annähernd 400 Euro in 2005 zu. Damit fallen die Veränderungsraten für Beihilfeempfänger in der Längsschnittbetrachtung – d. h. bei denselben Versicherten – höher aus als in den oben dargestellten Querschnittanalysen. Dies kann damit erklärt werden, dass im Verlauf der letzten 20 Jahre die Beihilfe nach und nach abgesenkt wurde.

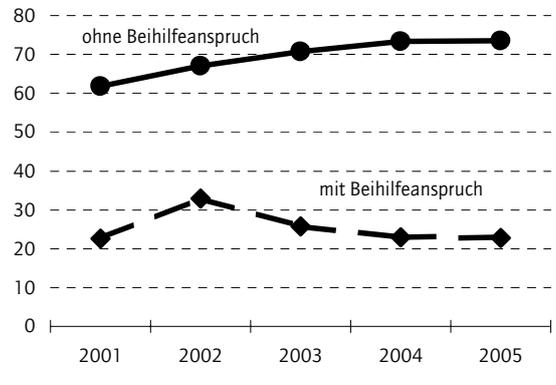
Die Prämiensteigerungen waren in den ersten zehn Jahren des Untersuchungszeitraums deutlich stärker als in den letzten zehn Jahren, was sich als ein Erfolg der Reformmaßnahmen zur Begrenzung des Prämienanstiegs in der PKV interpretieren lässt. Hierzu zählen die Einführung des Standardtarifs für ältere Versicherte in der PKV zum 1. Juli 1994 oder auch die seit 1995 geltende Regelung, dass Zinserträge, die über den kalkulatorischen Ansatz bei der Bewertung der Altersrückstellung hinausgehen, zur Beitragsentlastung für ältere Versicherte eingesetzt werden müssen.<sup>12</sup>

Da im SOEP nicht nach den exakten Vertragskonditionen gefragt wird, kann nicht zwangsläufig von einem über die Zeit hinweg konstanten Leistungsumfang für diese Versicherten ausgegangen werden. Insbesondere durch Veränderung der Selbstbeteiligung kann ein eventueller Prämienanstieg maßgeblich begrenzt werden.<sup>13</sup> Daher dürfte der *effektive* Prämienanstieg in der PKV – bei gleichem Leistungsumfang – in den vergangenen 20 Jahren deutlich stärker ausgefallen sein als hier ausgewiesen.

Abbildung 3

### PKV-Versicherte mit vereinbarter Selbstbeteiligung

Anteile in %



Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

### Umfang der Selbstbeteiligung

Der Anteil der Versicherten, die eine Selbstbeteiligung vereinbart haben, lag im Jahr 2005 bei den Beihilfeberechtigten bei rund 25 % (Abbildung 3). Versicherte ohne Beihilfe nehmen diese Option zu gut drei Vierteln in Anspruch, wobei der Anteil in den vergangenen fünf Jahren um mehr als 10 Prozentpunkte zugenommen hat.

Betrachtet man die vereinbarte Höhe der Selbstbeteiligung für Versicherte ohne Beihilfe, so besteht ein klarer Trend einer mit dem Alter zunehmenden Selbstbeteiligung (Abbildung 4). Für das SOEP sind letztmalig Angaben zur Höhe der Selbstbeteiligung für das Jahr 2001 verfügbar. Hier zeigt sich, dass Versicherte bis zu einem Alter von 40 Jahren im Durchschnitt rund 400 Euro, Versicherte oberhalb von 60 Jahren jedoch rund 850 Euro Selbstbeteiligung vereinbart haben.

### Ein Vergleich zur GKV

Eine Bewertung der Prämienentwicklung in der PKV kann nur vor dem Hintergrund der Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge in der GKV

Tabelle 1

### Entwicklung der Prämien<sup>1</sup> in der PKV von 1985 bis 2005

	1985	1995	2005	1995	2005	1985–2005
	Euro pro Monat			Index 1985 = 100		In % <sup>2</sup>
Mit Beihilfeanspruch	46	105	178	228	387	14,3
Ohne Beihilfeanspruch	131	248	395	189	302	10,1

<sup>1</sup> Durchschnittssatz für Versicherte, die mehr als 20 Jahre ununterbrochen in der PKV versichert waren.

<sup>2</sup> Berechnet als Zwanzigstel der Veränderung des Index.

Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

<sup>11</sup> Die Versicherten haben im Jahr 2005 ein Durchschnittsalter von rund 60 Jahren (Beihilfeberechtigte 58 Jahre, ohne Beihilfe 64 Jahre) und sind demnach vor ihrem 40. Lebensjahr der PKV beigetreten.

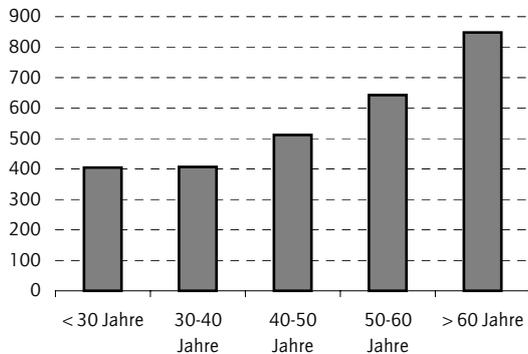
<sup>12</sup> Vgl. § 12a Abs. 3 VAG.

<sup>13</sup> Es kann davon ausgegangen werden, dass vornehmlich eine Anhebung der Selbstbeteiligung vereinbart wird, um einen Prämienanstieg zu begrenzen. Bei älteren Versicherten kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass diese bei größeren zu erwartenden Gesundheitsausgaben – z. B. aufgrund bevorstehender Operationen – ihre Selbstbeteiligung wieder absenken. Dies wäre ein typischer Fall von sogenanntem Moral Hazard auf Seiten der Versicherten.

Abbildung 4

**Vereinbarte Selbstbeteiligung nach dem Alter der PKV-Versicherten ohne Beihilfeanspruch im Jahr 2001**

In Euro



Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

vorgenommen werden, da die gesetzlichen Krankenkassen – zumindest für freiwillig Versicherte – in direkter Konkurrenz zur PKV stehen. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird für die gesetzlich Versicherten ebenso der Gesamtbeitrag zur Kranken- und (1995 eingeführten) Pflegeversicherung betrachtet.<sup>14</sup>

So ist der durchschnittliche Beitragssatz der GKV (inklusive der gesetzlichen Pflegeversicherung) von 11,8% im Jahr 1985 auf 16% im Jahr 2005 und damit um rund 35% gestiegen. Dieser Beitragssatzanstieg wirkt sich aber je nach Höhe des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterschiedlich aus (Tabelle 2).

Für diesen Vergleich werden hier vier prototypische Versicherte mit unterschiedlich hohen sozialversicherungspflichtigen Einkünften herangezogen. Zwar besteht zwischen der GKV und der PKV im eigentlichen Sinne nur für freiwillig Versicherte ein Wettbewerb, doch werden hier auch Versicherte mit Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze dargestellt, um die Beitragsentwicklung vergleichbar einkommensstarker Personen in der PKV – wie gering verdienende Beamte und Pensionäre oder Selbständige mit unterdurchschnittlichen Einkünften – zu kontrastieren.

So hat sich für einen Rentner in der GKV mit einer mittleren Bruttorente der Krankenversicherungsbeitrag seit 1985 fast verdoppelt, von 97 Euro auf 192 Euro in 2005. Bei einem Geringverdiener bzw. bei einem Durchschnittsverdiener haben die absoluten Beiträge zwar stärker zugenommen, der relative Zuwachs fiel aber nicht viel höher aus (119% bzw. 127%).

Tabelle 2

**Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge<sup>1</sup> für prototypische Versicherte in der GKV von 1985 bis 2005**

	1985	1995	2005	1995	2005	1985–2005
	Euro pro Monat			Index 1985 = 100		In % <sup>2</sup>
Rentner <sup>3</sup>	97	138	192	142	198	4,9
Geringverdiener <sup>4</sup>	139	225	304	162	219	5,9
Durchschnittsverdiener <sup>5</sup>	169	275	384	163	227	6,4
Vielverdiener <sup>6</sup>	244	425	564	174	231	6,6
<i>Nachrichtlich:</i>						
Familienversicherte	0	0	0	–	–	–

- 1** Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil einschließlich der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung.
- 2** Berechnet als Zwanzigstel der Veränderung des Index.
- 3** Median der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung von pflichtversicherten Männern von 65 und mehr Jahren unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit durchgehendem Rentenbezug.

- 4** Das 25. Perzentil des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterhalb der BBG von Vollzeit erwerbstätigen Männern im Alter von 20 bis 60 Jahren.
- 5** Der Median des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterhalb der BBG von Vollzeit erwerbstätigen Männern im Alter von 20 bis 60 Jahren.
- 6** Vollzeit Erwerbstätige mit einem Bruttoerwerbseinkommen oberhalb der BBG.

Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

Bei freiwillig Versicherten in der GKV nahm der Krankenversicherungsbeitrag stärker zu. Im Jahr 2005 musste ein solcher Versicherte 564 Euro und damit 320 Euro mehr pro Monat zahlen als vor 20 Jahren. Dies ist eine Steigerung um 131%. Damit fällt der relative Zuwachs für einen freiwillig Versicherten in der GKV in den vergangenen 20 Jahren zwar nur rund halb so stark aus, als wenn er in der PKV versichert gewesen wäre. Absolut betrachtet zahlt ein (alleinstehender) freiwillig Versicherte in der GKV im Durchschnitt aber immer noch erheblich mehr als er in der PKV zahlen würde.

Letztlich sollte für einen Vergleich aber auch die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV berücksichtigt werden, da in der PKV ein Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder ein Kind eigenständig abgesichert werden muss. Hier hat die GKV systembedingt deutliche Vorteile, da über die gesamten letzten 20 Jahre ein Familienversicherter keinen Beitrag in der GKV entrichten musste, wohingegen die gleiche Person in der PKV wie jeder andere Versicherte von dem allgemeinen Prämienanstieg betroffen gewesen wäre.

**Ursachen des Prämienanstiegs in der PKV**

Die ausgeprägten Prämiensteigerungen in der PKV lassen sich auf verschiedene Ursachen zurückführen. Aufgrund der bei Vertragsabschluss gesetzlich vorgeschriebenen – wenngleich unrealistischen – Annahme von konstanten Leistungsausgaben über

<sup>14</sup> Zudem wird der gesamte Beitrag einschließlich Arbeitgeberanteil oder Zuschüsse anderer Träger ausgewiesen.

den gesamten Vertragszeitraum hinweg, müssen Kostensteigerungen, zunehmende Leistungsanspruchnahme, medizinischer Fortschritt oder eine gestiegene Lebenserwartung zwangsläufig zu Prämiensteigerungen führen.

So werden unter anderem die in der PKV genutzten Sterbetafeln regelmäßig überarbeitet und der gestiegenen Lebenserwartung angepasst. Aktuell gilt die PKV-Sterbetafel 2004. Gegenüber der Sterbetafel 2001 ist die Lebenserwartung deutlich gestiegen. Dies muss in der Prämienkalkulation berücksichtigt werden. So steigen bei einem 30-jährigen Mann allein durch die Anwendung der aktualisierten Sterbetafel die Prämien bei Neuvertragsabschluss – bei einem Selbstbehalt von z. B. 325 Euro – um 2,9%. Länger laufende Verträge sind hiervon jedoch stärker betroffen. So zahlt ein 40-jähriger Mann mit 10-jähriger Versicherungszeit etwa 5,5%, ein 60-jähriger Mann mit 30-jähriger Versicherungszeit aber eine um fast 17% höhere Prämie.<sup>15</sup>

Abgesehen von der Aktualisierung der unterstellten Sterbetafeln kommt es in der PKV aufgrund von gestiegenen Leistungsausgaben zu deutlichen Prämienanpassungen. Zwischen 1985 und 2001 haben die Leistungsausgaben je Vollversicherten um 122% zugenommen, die Leistungsausgaben je Versicherten in der GKV sind im gleichen Zeitraum jedoch „nur“ um 89% gestiegen.<sup>16</sup>

Eine Ursache für diesen überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben in der PKV kann in der angebotsinduzierten Nachfrage im ambulanten Sektor gesehen werden. So kann vermutet werden, dass Ärzte versuchen, die Budgetierung der Leistungsausgaben für GKV-Patienten durch Mehreinnahmen bei Privatpatienten zu kompensieren. Unter Gesundheitsökonomern herrscht weitgehend Einigkeit über dieses Phänomen, doch existieren in Deutschland hierzu faktisch keine belastbaren empirischen Studien.<sup>17</sup>

## Fazit

Ein überdurchschnittlicher Anstieg der Leistungsausgaben und systembedingte kalkulatorische Anpassungen führen in der PKV immer wieder zu Prämiensteigerungen. Über die vergangenen 20 Jahre hinweg haben sich die durchschnittlichen Prämien in der PKV mehr als verdreifacht; sie sind damit nahezu doppelt so stark gestiegen wie in der GKV. Die Differenz in der effektiven Prämienentwicklung dürfte noch größer sein.<sup>18</sup>

Wer jung und gesund ist, kann in der PKV viel Geld sparen. Musste in der GKV im Jahr 2005 ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer im Durchschnitt

mehr als 560 Euro pro Monat an die gesetzliche Kasse entrichten, so kann die gleiche Person in der PKV für weit weniger als die Hälfte versichert sein. Auf längere Sicht müssen Privatversicherte aber mit deutlich stärkeren Steigerungen ihrer Prämie rechnen als gesetzlich Versicherte. Damit dürfte sich die Attraktivität der PKV insgesamt langfristig deutlich verringern, denn kurzfristigen Prämienvorteilen stehen auf lange Sicht unter Umständen sogar deutlich höhere Prämien als in der GKV gegenüber.

Als einer der zentralen Hinderungsgründe für mehr Wettbewerb innerhalb der PKV, gilt die fehlende Portabilität der Altersrückstellungen. Mit der im Gesetzgebungsprozess befindlichen Gesundheitsreform 2006<sup>19</sup> wird versucht, Voraussetzungen für eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs sowohl zwischen GKV und PKV als auch innerhalb der PKV zu schaffen. Künftig sollen die Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Krankenversicherung (im Umfang eines Basistarifs) mitgenommen werden können. Es ist aber fraglich, ob die privat Versicherten die Möglichkeit eines Wechsels des Versicherers tatsächlich stärker in Anspruch nehmen werden, da die angesparten Altersrückstellungen faktisch nicht in vollem Umfange portabel gemacht werden. Nur eine vollständige Portabilität der Altersrückstellungen würde hier für einen echten Zuwachs an Wettbewerb innerhalb des Systems der PKV sorgen.

Als Weiteres wird mit der Gesundheitsreform die Einführung eines Basistarifs mit Kontrahierungszwang für die PKV angestrebt, der allen freiwillig Versicherten offen stehen soll. Dieser Tarif, der ein der GKV vergleichbares Leistungsangebot enthalten soll, darf nur nach dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten variieren; Risikozuschläge aufgrund schlechter Gesundheit dürfen nicht erhoben werden. Der Basistarif darf dabei den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Für die rund 350 000 PKV-Versicherten,<sup>20</sup> die im Jahr 2005 eine höhere

<sup>15</sup> Vgl. Schramm, P.A.: Neue PKV-Sterbetafel 2004. Zugriff am 31.07.2006 auf [www.pkv-gutachter.de/themen/PKV\\_Sterbetafel.html](http://www.pkv-gutachter.de/themen/PKV_Sterbetafel.html).

<sup>16</sup> Vgl. Berié, H. et al.: Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH (WISO), Berlin, 2005, 16.

<sup>17</sup> Für die USA lassen sich aber Belege für angebotsinduzierte Nachfrage z. B. im Medicare-System finden. Vgl. Rice, T.: Stichwort Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn 2004.

<sup>18</sup> Bei der hier dargestellten Entwicklung der Prämien von Versicherten der PKV ist aufgrund der Annahme eines konstanten Leistungsumfanges davon auszugehen, dass die effektive Prämienentwicklung eher unterzeichnet wird, da durch Wechsel in andere Tarife der gleichen Versicherung, Leistungsreduzierungen oder einer Anhebung der Selbstbeteiligung der Prämienanstieg begrenzt werden kann.

<sup>19</sup> Vgl. zu den zentralen Inhalten der Gesundheitsreform 2006: [www.bmg.bund.de/cdn\\_040/nn\\_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/zentrale-inhalte-gesundheitsreform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/zentrale-inhalte-gesundheitsreform.pdf](http://www.bmg.bund.de/cdn_040/nn_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/zentrale-inhalte-gesundheitsreform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/zentrale-inhalte-gesundheitsreform.pdf).

<sup>20</sup> Vgl. Grabka, M.M.: Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP. In: Klaus Jacobs et al. (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn, 2006, 103–121.

Prämie entrichteteten als der in der GKV geltende Höchstbeitrag, dürfte damit das Angebot des Basistarifs attraktiv sein, wobei sie zudem auch ihre Altersrückstellungen in diesen Tarif mitnehmen dürfen. Der Prämienanstieg dieser Versicherten im Basistarif wäre damit künftig auf das Niveau der Steigerung in der GKV begrenzt.

Der Basistarif wäre aber auch für freiwillig Versicherte mit einem eher schlechten Gesundheitszustand, für

ehemals PKV-Versicherte oder für Personen die keinen Anspruch auf Versicherung in der GKV haben, von Interesse. Mit der Öffnung und der gleichzeitigen Einführung eines Kontrahierungszwangs für diese Bevölkerungsgruppen, würde der PKV eine Möglichkeit des „Rosinenpickens“ im Systemwettbewerb mit der GKV genommen, d. h. der Wettbewerb um Neukunden in der PKV würde sich nicht mehr allein auf gute Risiken, wie junge, alleinstehende und gesunde Versicherte konzentrieren.



## Hinweis auf eine Veranstaltung

DIW Berlin, CEPR London, and IZA Bonn are pleased to invite you to the next Berlin Lunchtime Meeting

### The British Banking System: A Good Role Model for Germany?

Prof. Andy Mullineux (The Birmingham Business School, The University of Birmingham)

Comment: Ulrich von Kenne, Association of German Banks

29 November, 12–2 p. m.

dbb forum berlin, Friedrichstr. 169–170/Französische Straße, 10117 Berlin

Moderator: Dr Regina Vogel (Deputy Director, Anglo-German Foundation)

The German financial system is a prototype of a bank-based system. In the 1980s, this was considered an important pillar of Germany's economic strength. Nowadays, Germany is characterised as being overbanked and its banking system inefficient (relatively high cost), not particularly profitable and in need of radical restructuring and the need to reform the German financial system has been widely discussed. Does the British financial system provide a good role model? This study tackles this question with regard to the supply of retail banking services to households and micro and small enterprises (MSEs).

**Andy Mullineux** is Professor of Global Finance at the Birmingham Business School, University of Birmingham. His research interests are in the fields of money, banking and finance and include: bank regulation, financial sector reform, small and medium sized enterprise financing, corporate governance, business cycles, and monetary policy.

**Ulrich von Kenne** is Member of the Management Board of the Association of German Banks (BdB). He is also Vice Chairman of the Board of Trustees of the Landesförderinstitut Saxony-Anhalt (the state development bank).

We look forward to your participation. To register, please send an e-mail to [events@diw.de](mailto:events@diw.de). We ask you to confirm your reservation.

Additional dates of the Berlin Lunchtime Meeting Schedule for 2007: January 2007, 31

The Berlin Lunchtime Meetings are supported by the Anglo-German Foundation.

#### Impressum

DIW Berlin  
Königin-Luise-Str. 5  
14195 Berlin

#### Herausgeber

Prof. Dr. Klaus F. Zimmermann (Präsident)  
Prof. Dr. Georg Meran (Vizepräsident)  
Dr. Tilman Brück  
Dörte Höppner  
Prof. Dr. Claudia Kemfert  
Dr. Bernhard Seidel  
Prof. Dr. Viktor Steiner  
Prof. Dr. Alfred Steinherr  
Prof. Dr. Gert G. Wagner  
Prof. Dr. Axel Werwatz, Ph. D.  
Prof. Dr. Christian Wey

#### Redaktion

Kurt Geppert  
Dr. Elke Holst  
Manfred Schmidt  
Dr. Mechthild Schrooten

#### Pressestelle

Renate Bogdanovic  
Tel. +49 – 30 – 89789-249  
[presse@diw.de](mailto:presse@diw.de)

#### Vertrieb

DIW Berlin Leserservice  
Postfach 7477649  
Offenburg  
[leserservice@diw.de](mailto:leserservice@diw.de)  
Tel. 01805 – 198888, 12 Cent/min.

Reklamationen können nur innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen des Wochenberichts angenommen werden; danach wird der Heftpreis berechnet.

#### Bezugspreis

Jahrgang Euro 180,-  
Einzelheft Euro 7,- (jeweils inkl. Mehrwertsteuer und Versandkosten)  
Abbestellungen von Abonnements spätestens 6 Wochen vor Jahresende

ISSN 0012-1304

Bestellung unter [leserservice@diw.de](mailto:leserservice@diw.de)

#### Konzept und Gestaltung

kognito, Berlin

#### Satz

eScriptum, Berlin

#### Druck

Walter Grützmaker GmbH & Co. KG, Berlin

Einem Teil dieser Ausgabe ist ein Informationsblatt zum DIW Berlin Summit 2006 „Innovation“ beigelegt.

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an die Stabsabteilung Information und Organisation des DIW Berlin ([Kundenservice@diw.de](mailto:Kundenservice@diw.de)) zulässig.

**DEUTSCHLAND**

 Ausgewählte saisonbereinigte Konjunkturindikatoren<sup>1</sup>

		Arbeitslose		Offene Stellen		Auftragsengang (Volumen) <sup>2</sup>													
						Verarbeitendes Gewerbe						Vorleistungsgüter- produzenten	Investitionsgüter- produzenten	Gebrauchsgüter- produzenten	Verbrauchsgüter- produzenten				
		Insgesamt		Inland		Ausland													
		in 1 000				2000 = 100													
mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.		
2004	J	4 298		315		100,2		95,0		106,8		101,0		101,5		88,0		95,6	
	F	4 270	4 299	303	308	101,3	101,5	95,8	96,1	108,3	108,4	102,7	102,5	102,3	102,8	88,1	88,3	96,0	96,3
	M	4 271		287		103,1		97,6		110,0		103,8		104,7		88,9		97,5	
	A	4 313		276		104,1		97,2		112,7		104,7		106,0		87,9		98,9	
	M	4 331	4 320	277	278	106,8	104,5	98,3	97,0	117,2	113,8	106,4	104,9	109,5	106,4	90,6	88,7	100,0	98,7
	J	4 363		277		102,5		95,4		111,3		103,8		103,8		87,5		97,1	
	J	4 403		273		103,2		96,0		112,2		102,5		105,9		87,4		98,2	
	A	4 434	4 415	269	271	103,7	103,4	96,3	95,8	112,8	112,8	103,8	103,1	106,0	105,9	86,1	86,4	98,2	98,5
	S	4 453		268		103,3		95,2		113,4		103,0		105,8		85,7		99,2	
	O	4 483		272		102,8		95,6		111,8		101,9		106,1		84,5		97,6	
	N	4 525	4 511	282	279	101,9	103,3	94,5	96,0	111,2	112,5	101,4	101,4	104,2	107,2	85,0	84,7	100,1	99,1
	D	4 596		299		105,3		97,9		114,5		101,0		111,5		84,5		99,5	
2005	J	4 728		319		105,1		96,5		115,7		103,8		108,1		86,2		103,1	
	F	4 809	4 752	341	331	104,0	104,9	95,2	96,0	114,9	116,0	101,6	102,6	107,6	108,6	86,1	86,0	103,3	103,4
	M	4 839		366		105,6		96,2		117,4		102,4		110,3		85,7		103,7	
	A	4 812		387		104,0		95,8		114,2		101,3		108,1		87,2		101,8	
	M	4 836	4 829	398	390	104,8	105,9	95,6	97,0	116,3	117,1	102,5	102,7	109,0	110,7	84,4	86,9	102,6	103,1
	J	4 836		407		108,9		99,4		120,8		104,4		114,9		89,0		105,0	
	J	4 838		415		109,6		98,9		123,1		106,7		114,6		87,9		105,6	
	A	4 827	4 836	438	429	108,9	109,9	98,9	99,1	121,4	123,3	106,0	106,7	113,6	115,1	89,3	88,7	104,9	104,8
	S	4 846		457		111,1		99,6		125,5		107,4		117,2		89,0		104,0	
	O	4 839		468		112,4		99,7		128,1		108,8		118,1		89,8		106,6	
	N	4 815	4 819	474	469	114,9	113,3	101,5	100,1	131,6	129,9	110,4	110,3	122,1	119,0	90,8	90,5	106,2	106,4
	D	4 763		474		112,8		99,0		130,1		111,6		116,7		91,0		106,5	
2006	J	4 696		475		113,8		100,9		129,9		109,5		120,8		89,5		104,7	
	F	4 632	4 673	481	479	116,5	115,2	102,6	101,9	133,8	131,8	113,4	112,2	123,2	121,4	90,3	90,5	104,7	104,8
	M	4 619		486		115,3		102,2		131,7		113,7		120,4		91,8		105,1	
	A	4 620		502		119,2		104,3		137,8		117,3		124,9		91,4		108,1	
	M	4 560	4 585	523	514	117,8	118,3	105,2	104,4	133,6	135,7	116,0	117,1	123,1	123,3	94,0	91,9	107,1	107,1
	J	4 529		549		117,8		103,6		135,6		118,1		121,9		90,3		106,2	
	J	4 465		587		118,5		105,1		135,3		116,5		124,5		91,1		107,1	
	A	4 465	4 468	589	584	122,2	120,6	107,6	107,2	140,6	137,3	118,3	118,1	130,2	127,1	95,0	93,2	107,5	107,9
	S	4 420		604		121,1		109,0		136,2		119,6		126,6		93,5		109,3	
	O	4 360		629															
	N																		
	D																		

<sup>1</sup> Saisonbereinigt nach dem Berliner Verfahren (BV4). Dieses Verfahren hat die Eigenschaft, dass sich beim Hinzufügen eines neuen Wertes davorliegende saisonbereinigte Werte in der Zeitreihe auch dann ändern können, wenn deren Ursprungswert unverändert geblieben ist. Die Vierteljahreswerte wurden aus den saisonbereinigten Monatswerten errechnet.

<sup>2</sup> Außerdem arbeitstäglich bereinigt.

**DEUTSCHLAND**noch: Ausgewählte saisonbereinigte Konjunkturindikatoren<sup>1</sup>

	Beschäftigte im Bergbau und im Verarbeitenden Gewerbe		Produktion <sup>2</sup>										Umsätze des Einzelhandels		Außenhandel (Spezialhandel) <sup>2</sup>				
			Verarbeitendes Gewerbe		Investitionsgüterproduzenten		Gebrauchsgüterproduzenten		Verbrauchsgüterproduzenten		Bauhauptgewerbe				Ausfuhr		Einfuhr		
	in 1 000		2000 = 100										2003 = 100		Mrd. Euro				
	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	
2004	J	6 050		100,8		103,1		88,2		97,7		81,5		101,3		58,1		45,1	
	F	6 042	6 050	101,5	101,5	103,3	103,8	87,7	88,5	97,5	97,5	86,3	84,0	101,2	101,7	58,7	176,2	46,2	137,0
	M	6 037		102,2		105,2		89,6		97,2		84,4		102,6		59,4		45,7	
	A	6 033		102,5		105,2		88,5		98,0		80,8		101,9		61,5		47,0	
	M	6 024	6 029	105,3	103,6	109,1	106,9	92,4	89,6	99,6	98,5	82,1	81,1	99,5	101,4	62,6	184,3	48,1	142,3
	J	6 020		103,1		106,5		88,0		97,7		80,2		102,7		60,3		47,2	
	J	6 014		102,9		106,1		88,5		97,6		79,1		103,0		61,0		48,7	
	A	6 009	6 012	104,0	103,5	108,2	107,2	87,5	87,7	98,2	97,9	79,1	78,9	101,2	102,1	60,7	182,0	48,1	145,7
	S	6 004		103,5		107,2		87,2		98,0		78,6		102,0		60,2		48,9	
	O	5 997		103,0		107,5		86,2		96,8		77,5		102,0		61,8		48,7	
	N	5 985	5 991	102,4	102,5	104,9	105,8	85,5	85,8	98,4	97,6	77,2	77,1	103,4	102,9	62,2	184,9	49,5	146,1
	D	5 978		102,1		104,9		85,6		97,7		76,7		103,3		61,0		47,9	
2005	J	5 969		104,6		108,4		86,4		99,3		79,6		102,3		63,0		49,6	
	F	5 962	5 965	103,9	104,4	107,7	108,3	87,0	86,5	99,5	99,7	73,9	75,6	103,1	102,9	61,8	188,2	48,3	147,5
	M	5 952		104,7		108,9		86,3		100,5		73,4		103,3		63,4		49,6	
	A	5 944		104,9		110,5		87,9		98,5		76,1		103,8		61,6		49,2	
	M	5 939	5 940	103,5	104,8	106,9	109,7	83,3	87,1	99,5	99,4	74,6	75,7	103,5	103,9	63,7	190,2	51,5	151,4
	J	5 925		106,2		111,7		90,2		100,1		76,5		104,3		64,9		50,8	
	J	5 918		106,5		111,2		86,5		101,3		75,5		102,8		65,3		51,5	
	A	5 914	5 916	106,1	106,8	110,2	111,4	88,5	87,8	100,8	101,4	76,7	76,0	105,3	104,2	66,6	199,1	53,4	158,0
	S	5 908		107,8		112,9		88,4		102,1		75,7		104,5		67,1		53,1	
	O	5 903		108,5		112,6		89,0		103,7		76,0		103,4		68,0		54,9	
	N	5 902	5 903	109,2	109,2	115,2	114,6	90,4	90,0	101,7	102,6	75,9	76,2	104,3	103,9	67,4	204,9	53,8	166,0
	D	5 897		110,0		115,9		90,5		102,5		76,6		104,1		69,4		57,3	
2006	J	5 889		108,7		114,3		91,2		101,1		72,9		105,0		68,8		56,6	
	F	5 886	5 889	110,3	109,8	116,5	115,6	90,7	91,2	101,5	101,1	77,3	75,6	104,4	104,6	72,1	211,5	59,6	175,4
	M	5 886		110,4		116,1		91,7		100,8		76,6		104,3		70,5		59,2	
	A	5 886		111,3		114,7		90,4		104,4		78,0		103,1		74,2		61,7	
	M	5 885	5 888	112,6	112,1	118,7	116,6	95,9	92,3	102,0	103,1	80,8	79,2	107,4	105,0	70,5	218,0	57,6	180,9
	J	5 899		112,3		116,3		90,6		102,8		78,7		104,5		73,3		61,6	
	J	5 895		112,5		117,4		93,2		102,1		80,4		104,2		74,0		61,5	
	A	5 896		113,9	113,5	118,3	118,2	96,1	94,7	102,8	102,5	81,2	80,8	106,0	104,8	73,1	224,9	60,1	185,3
	S			114,0		118,8		94,9		102,7		80,9		104,2		77,8		63,7	
	O																		
	N																		
	D																		

<sup>1</sup> Saisonbereinigt nach dem Berliner Verfahren (BV4). Dieses Verfahren hat die Eigenschaft, dass sich beim Hinzufügen eines neuen Wertes davorliegende saisonbereinigte Werte in der Zeitreihe auch dann ändern können, wenn deren Ursprungswert unverändert geblieben ist. Die Vierteljahreswerte wurden aus den saisonbereinigten Monatswerten errechnet.

<sup>2</sup> Außerdem arbeitstäglich bereinigt.