



**VERSICHERUNG  
und  
Staatsaufsicht**

**Dienst-  
leistungen  
und Wettbewerb**

Hans Dieter Meyer

**VERSICHERUNG  
UND STAATSAUFSICHT**

---

**DIENSTLEISTUNGEN  
UND WETTBEWERB**

Deutsche Übersetzung des booklets

**Insurance and Regulation**  

---

**Services and Competition**

---

© Hans Dieter Meyer 1979

U.S. Copyright Office, Library of Congress

Registration Number / Date: TXu000023540 / 1979-06-20

<http://cocatalog.loc.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&PAGE=First>

Dort unter „search for“ „Insurance and Regulation“  
eingeben und mit „Begin Search“ starten

---

Englische Version:

<http://versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/insurance-and-regulation1.pdf>

Kontakt: <mailto:hansdmeyer@versanet.de>

## **Vorwort :**

Das vorliegende Buch ist die deutsche Fassung des booklets „Insurance and Regulation – Services and Competition“, das für amerikanische „Versicherungslaien“ geschrieben wurde – Beamte, Politiker, Konsumenten und Journalisten, die sich derzeit in den USA mit den Fragen von „regulation“ und Wettbewerb im Versicherungswesen befassen. Dieses Thema wird seit Jahrzehnten immer wieder ergebnislos untersucht. Wahrscheinlich wird jetzt in den USA die größte Untersuchung des Versicherungswesens in Auftrag gegeben, die jemals veranlasst worden ist.

Dieses booklet basiert auf einer umfassenden (1000 Seiten-) Studie über das Versicherungswesen, die aber als erste Gegendarstellung des Versicherungswesens aus Verbrauchersicht auf den Umfang und Inhalt dieses booklets reduziert werden musste, um wesentliche und allgemeinverständliche erste Informationen zu liefern. Aus diesem Grunde konnte dieses booklet unmöglich in wissenschaftlicher Form geschrieben werden.

Das Versicherungswesen ist falsch strukturiert und geregelt und lässt keinen Wettbewerb zu. Ein Strukturwandel durch die Versicherungswirtschaft selbst oder die mit ihr eng verbundene „Versicherungswissenschaft“ ist nicht zu erwarten – auch nicht über einen „Versicherungsmarkt“, den es nicht gibt. Dieser Strukturwandel kann nur über den Konsumerismus und politische Entscheidungen (EG, Gesetze) erreicht werden.

Kompliziertheit, Uninformiertheit, falsche Theorien einer subjektiven „Versicherungswissenschaft“, eine starke Lobby, unvollkommene Gesetze und Staatsaufsicht haben sich wie ein Schutzwall um das Versicherungswesen gelegt, der jetzt in den USA erstmals vom Konsumerismus durchbrochen wird. Konsumenten und viele offizielle Stellen in den USA stimmen mit den Ergebnissen und Schlussfolgerungen dieses booklets überein, die aber im Widerspruch zu allen „herrschenden“ Theorien der sogenannten „Versicherungswissenschaft“ stehen.

Dieses booklet soll dazu beitragen, dass sich jeder interessierte Laie sein eigenes logisches Urteil über die Struktur des Versicherungswesens bilden kann.

Februar 1979

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
Vorwort	
Einleitung .....	1
Das Wesen der „Versicherung“ .....	2
Die traditionellen Versicherungseinrichtungen.....	11
Die Veränderungen im Versicherungswesen durch die „Versicherung durch Aktiengesellschaften“ .....	14
Keine Geweinnberechtigung für Aktiengesellschaften im Versicherungswesen .....	15
Keine Dienstleistungsstruktur .....	16
„Produktionstheorie der Versicherung“ .....	20
„Kassenspekulation ohne Risiko“ durch Aktiengesell- schaften im Versicherungswesen .....	24
Ursachen für die Entstehung der „Versicherung zur festen Prämie“ .....	29
Vermengung von „Versicherung“ und Dienstleistung.....	31
Keine Wettbewerbsvoraussetzungen im Versicherungs- wesen.....	33
Konkurrenzkampf um die Überschüsse aus der „Versicherung“ als einer Leistung der Versicherten .....	41
Folgen des Konkurrenzkampfes auf Beitragsklassen- bildung und Risikoauswahl .....	42
Folgen der ungeteilten Prämie und des Gewinnstrebens im Versicherungswesen .....	47
Staatliche Regelung des Versicherungswesens .....	50
Regelung des Versicherungsvertrages.....	52
Regelung der staatlichen Versicherungsaufsicht .....	55
„Schutztheorie“ für die Versicherungsaufsicht .....	56
Unmöglichkeit der Aufsichtserfüllung bei ungeteilter Prämie.....	58
Verhinderung einer nachträglichen Kontrolle der Beitrags- und Kostenverwendung durch die Entstellung von Jahresabschlüssen und Bilanzen .....	61
Schlussbemerkungen (Verbraucherbedarf, Innovation, Wettbewerb, Diversifikation, Kommunikationstechno- logie) .....	64
Grafische Darstellungen .....	69

Wenn man bedenkt, dass die Verbraucher jährlich Hunderte von Milliarden Dollar (über 10 % ihres Einkommens) für Versicherungen ausgeben und dass aus diesen Geldern der Versicherten Hunderte von Milliarden Dollar an Kapitalanlagen gebildet worden sind, dann ist es erstaunlich, wie wenig die Versicherten und die Öffentlichkeit über die Vorgänge im Versicherungswesen wissen und erfahren. Erst in letzter Zeit ist in den USA eine öffentliche Diskussion über Verbraucherprobleme mit Versicherungen in Gang gekommen, die langsam in grundsätzliche Fragen eindringt.

Die Hauptthemen dieser Diskussion sind

- mehr oder weniger staatliche Regelung der Versicherung. Das ist gleichzeitig die Frage nach mehr oder weniger Wettbewerb im Versicherungswesen.
- Ungleichbehandlung der Versicherten durch übertriebene Beitragsklassenbildung (vor allem in der Autoversicherung)
- Probleme der Verbraucher bei der Deckung ihres Versicherungsbedarfs und bei der Überwachung ihres Versicherungsschutzes.

Das neue europäische Versicherungsrecht, das sich ebenfalls mit diesen Problemen befassen muss, entsteht im Gegensatz zu den Vorgängen in den USA unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Diese Isolierung und der Informationsmangel werden von den Verantwortlichen immer mit der Kompliziertheit der „Versicherung“ begründet und mit der Unfähigkeit der Verbraucher, die komplizierten Vorgänge im Versicherungswesen zu verstehen. Dabei ist „Versicherung“ überhaupt nicht kompliziert. Sie wurde erst kompliziert, als vor etwa 100 Jahren Aktiengesellschaften anfangen, ihr eigenartiges erwerbswirtschaftliches Geschäft im Versicherungswesen zu betreiben.

Im Folgenden sollen wesentliche Zusammenhänge und Entwicklungen im Versicherungswesen aufgezeigt und dargestellt werden, wie letztlich alle Verbraucherprobleme mit „Versicherungen“ auf die Frage nach dem Wesen der Versicherung hinauslaufen.

Viele kennen oder beachten nicht den fundamentalen Unterschied in der Art und Weise, wie „Versicherung“ heutzutage betrieben wird, nämlich einmal von den Versicherten selbst (in gewinnlos arbeitenden Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit oder öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten) und andererseits „erwerbswirtschaftlich“ durch Aktiengesellschaften, die „Versicherung“ als ihre wirtschaftliche Leistung hinstellen. Es ist ein großer Fehler anzunehmen, dass diese verschiedenen Formen der „Versicherung“ ein und dasselbe sind und dass für sie einheitliche Theorien, Begriffe und Gesetze gelten können. So ist es auch völlig unberechtigt, dass der „Versicherung“ ganz allgemein ein so weitverbreitetes Misstrauen entgegengebracht wird.

## **Das Wesen der Versicherung**

Ausgangspunkt für alle Untersuchungen von Versicherungsproblemen muss die Frage nach dem Wesen der Versicherung sein. Sich selbst, seine Familie, seinen Besitz und seine Existenz zu sichern, ist ein ganz natürliches Bedürfnis.

Der Mensch besetzt viele Fähigkeiten, etwas zu tun. Diese will er sich erhalten und sich weitere erwerben, um seinen Wirkungskreis zu vergrößern.

Ein einfaches Beispiel: Ein Mann will ein Regal zusammenbauen. Neben seiner persönlichen handwerklichen Fähigkeit benötigt er dafür Holz und Nägel als Material, das ihm die Fähigkeit eines Regalbaus vermittelt. Dieser Mann kann sich leicht ausrechnen, wie viel Nägel er für sein Vorhaben benötigt. Doch

ergibt sich hier ein Problem:

die Ungewissheit der Zukunft ! –

Es besteht die Gefahr, dass er Nägel krumm schlägt und am Ende nicht genug hat, um das Regal fertig zu bauen und seine Fähigkeit zu verwirklichen.

Gefahr ist die Möglichkeit, dass eine Fähigkeit nachteilig verändert oder vernichtet wird.

Risiko ist eine Fähigkeit, die nachteilig verändert oder vernichtet werden kann.

Der Mann in unserem Beispiel hat jetzt mehrere Möglichkeiten, Risiko und Gefahr seines Regalbaus zu beseitigen. Er kann einmal sagen: „Ich lege keinen besonderen Wert darauf, dass das Regal unbedingt heute fertig wird. Wenn ich zu viele Nägel krumm schlage, kaufe ich mir später neue und arbeite an einem anderen Tage weiter.“ Er kann sogar sagen: „Wenn ich den Regalbau nicht schaffe, verheize ich das Holz im Kamin.“ Dieser Mann sieht für seinen Regalbau überhaupt keine Gefahr.

Gefahr und Risiko werden durch den Wert bestimmt, der einer bestimmten Fähigkeit beigemessen wird.

Will unser Mann aber unbedingt an einem bestimmten Tage sein Regal fertig stellen, misst er dieser Fähigkeit also einen besonderen Wert bei, dann hat er das natürliche Bestreben, diese Fähigkeit zu sichern – er hat ein „Versicherungsinteresse“ und einen Versicherungsbedarf.

Versicherung ist eine Vorsorgemaßnahme, um sich eine Fähigkeit zu erhalten.

In unserem Beispiel wird der Mann sich so viele Nägel kaufen, dass er sicher sein kann, genug zu haben, auch wenn er viele

krumm schlägt. Er bildet eine „Nägel-Reserve“ ! – Damit hat er seinem Regalbau insoweit die Gefahr des Nichtfertigwerdens genommen und damit auch dieses Risiko beseitigt. Er kann unbesorgt auf die Nägel schlagen. Schlägt er einen krumm, nimmt er einen neuen. Er hat sich versichert.

Versicherung ist Deckung eines ausreichenden Mittelbedarfs, um sich eine Fähigkeit zu erhalten.

Anders ergeht es dem, der auch unbedingt an einem bestimmten Tag ein Regal fertig stellen will, der aber keine Sicherheitsreserve an Nägeln gebildet hat. Für diesen birgt jeder Hammerschlag die Gefahr, sein Vorhaben zu vernichten. Dieser Mann kann sich nur durch besondere Sorgfalt und Vorsicht beim Hämmern „versichern“. Er kann zum Beispiel die Nagellöcher vorbohren, um nicht von versteckten Knästen überrascht zu werden.

Versicherung kann dadurch erreicht werden, dass eine Gefahr eingedämmt oder beseitigt wird (Gefahrenabwehr).

Das Krummschlagen der letzten Nägel vor der Fertigstellung des Regals könnte für alle Regalbauer ein Schaden sein. Aber genau wie Gefahr und Risiko nach dem Wert zu beurteilen sind, den jemand seiner Fähigkeit beimisst, so ist danach auch ein tatsächlich eintretendes Schadenereignis einzuschätzen. Der Mann, dem der Regalbau gleichgültig war und der jetzt das Holz im Kamin verheizt, sieht für sich keinen Schaden.

Ein Schaden ist die nachteilige Veränderung oder Vernichtung einer Fähigkeit, der ein besonderer Wert beigegeben wird.

Damit sind schon die wesentlichen Begriffe dargestellt, die für die Versicherung von Bedeutung sind:

- die Ungewissheit der Zukunft
- die Fähigkeiten des Menschen als Risiken
- die Gefahr für diese Risiken
- das Versicherungsinteresse
- die Versicherung durch Bereitstellung von Ersatzmitteln
- die Versicherung durch Gefahrenabwehr
- der Schaden

Es ist auch an den Beispielen deutlich geworden, wie Risiko, Gefahr und Schaden durch die Bewertung einer Fähigkeit beeinflusst werden und wie sie sich gegenseitig beeinflussen:

Kein Wert – keine Gefahr,  
keine Gefahr – kein Risiko ! –  
Kein Wert – kein Schaden ! –

Wichtig ist zu erkennen, was häufig übersehen wird: Versicherung, Gefahr, Risiko und Schaden haben mit Fähigkeiten zu tun – also mit „Vermögen“ im weitesten Sinne. Erst in zweiter Linie sind hier Sachen oder Geld als „Vermögen“ im engeren Sinne von Bedeutung, die ihren Wert erst dadurch erhalten, dass sie dem Menschen Fähigkeiten vermitteln. Eine Sache, die keine Fähigkeit vermittelt, hat keinen Wert. An ihr besteht kein Versicherungsinteresse.

Die wichtigsten Fähigkeiten in Bezug auf Sachen sind, sie benutzen und nutzen, sie verkaufen und verwerten zu können. Es wird immer davon geredet, „Versicherungen“ dürften im Schadensfall nicht zu einer Bereicherung des Geschädigten führen. Dabei wird bei „Bereicherung“ immer in „Kaufpreisen“ gedacht und so ein Widerspruch verursacht, wenn alte, gebrauchte Gebäude, Hausratgegenstände, Autos, Betriebseinrichtungen und Maschinen nach dem Versicherungsvertrag „zum Neuwert“ ersetzt werden. Dieser Widerspruch ist hier aufgelöst mit der Erkenntnis, dass „Versicherung“ nichts mit dem Geldwert einer

Sache zu tun hat, sondern mit der Fähigkeit, die sie vermittelt, sie nutzen und benutzen zu können (Nutzen, Nutzwert). Die Familie, die mit einer Versicherungsleistung ihr abgebranntes altes Haus wieder aufgebaut hat, ist zwar – in Geld gerechnet – bereichert, weil sie ein neues Haus besitzt. Sie nutzt aber das neue Haus nicht anders und nicht mehr als das alte.

An diesem Beispiel kann gleichzeitig dargestellt werden, dass es diese Familie bei der „Versicherung ihres Wohnens“ nicht so einfach hat, wie unser Mann beim Regalbau, der sich einfach ein paar Nägel in Reserve legte. Es kann sich kaum jemand ein 2. Haus in Reserve halten, um sich auch für den Fall eines Brandes die Fähigkeit des Wohnens zu erhalten.

Es gibt eine Reihe von Fähigkeiten, für die jemand alleine nur sehr schwer oder überhaupt nicht für Ersatz sorgen kann. Was zum Beispiel niemand kann, ist sich Körperteile oder einen gesunden Körper in Reserve zu halten, um sich seine Lebens-, Bewegungs- und Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Bei größeren Schäden und beim Verlust der Bewegungs- und Arbeitsfähigkeit ist der Einzelne auf die Hilfe anderer angewiesen.

Schon zu Urzeiten hatten sich Gruppen zum Zwecke der gemeinschaftlichen Gefahrenabwehr gebildet. War ein Schaden eingetreten, so halfen sich die Mitglieder der Gruppe gegenseitig. So sind seit altersher Lebensgemeinschaften – von der Familie bis hin zum Staat – eine Art „Versicherung“ (Daseinsvorsorge).

Versicherung war in ihren Anfängen gegenseitige praktische Hilfe, z. B. bei der Abwehr einer Gefahr, beim Wiederaufbau einer Hütte oder beim Anlegen von Vorräten. Man versprach

sich für den Fall eines Schadens den Ersatz verlorgen gegangener Mittel oder Fähigkeiten in Form von Naturalien oder Arbeit – und zwar unentgeltlich; denn Hilfe ist immer unentgeltlich – eine Art Schenkung ! –

Versicherung ist das gegenseitige Versprechen von praktischer Hilfe für einen gemeinschaftlichen Schadenausgleich.

Durch das Erfordernis praktischer Hilfe im Schadenfall war die Versicherung natürlich räumlich und auf kleine Personengruppen begrenzt. Das bloße Versprechen von Hilfe ist auch nicht unbedingt sicher. Außerdem geriet der Geschädigte immer in eine große, oft dauernde Abhängigkeit von seinen Mitmenschen. Unf für Schäden größeren Umfangs, von denen gleich mehrere oder alle Mitglieder betroffen wurden, war dann auch die Gruppe für eine „Versicherung“ zu klein und konnte nur schwer oder überhaupt nicht einen Ausgleich der Schäden herbeiführen.

Diese Mängel der „Versicherung durch gegenseitige praktische Hilfe im Schadenfall“ wurden beseitigt mit der Einführung des Geldes. Durch das Geld wurde es möglich, die Arbeit und Hilfe, die sonst nur versprochen und erst nach dem Schaden erbracht werden konnte, schon im voraus zu leisten und diese in Form des Geldes zu speichern und bereitzustellen.

Der Vorgang kann bildlich so dargestellt werden: Jemand arbeitet und packt seine Arbeitsleistung in einen Karton. Der Karton wird verschlossen und eine Zahl als Werteinheit darauf geschrieben – eine 1, 2, 5 oder 10. Dieser Karton voll erbrachter Arbeitsleistung mit einer Zahl darauf ist das Geld ! –

Der sich diesen Karton erarbeitet hat, kann diesen für sich selbst aufbewahren. Dann spart er und versichert sich gleich-

zeitig, indem er sich einen Vorrat an bereits geleisteter Eigenarbeit anlegt. Dadurch könnte er eine Fähigkeit ersetzen, die er vielleicht später verliert. Er kann aber auch dieses Geld einer Gemeinschaft zur Verfügung stellen, die es zusammen mit dem Geld der anderen Mitglieder für besondere Notfälle aufbewahrt. Dann spart eine Gemeinschaft – eine Versicherungsgemeinschaft. Im Schadenfall braucht jetzt aber nicht mehr der Einzelne seine versprochene Hilfe zu leisten, sondern er hat diese schon vorgeleistet, in einem „Karton“ gespeichert und als Geld bereit gestellt. Dem Geschädigten wird dann ein entsprechender „Karton mit gespeicherten Arbeitsleistungen“ übergeben, die ihn befähigen, seine verloren gegangenen Fähigkeiten zu ersetzen.

Die im Geld gespeicherte Arbeitsleistung kann auch jederzeit durch den Kauf von Gegenständen umgewandelt werden, wobei dann der gekaufte Gegenstand die frühere Arbeitsleistung repräsentiert. Durch Verkauf kann diese Sache wieder in Geld und durch die Bestellung eines Dienstes sogar auch wieder in Arbeit zurückverwandelt werden.

Das Geld wurde zum Tauschmittel für Sachen und Arbeit.

Das Geld hat den großen Vorteil, dass es beliebig lange und auf kleinstem Raume in beliebiger Menge aufbewahrt werden kann. Es lässt sich leicht verteilen und Geschädigte werden durch eine einmalige Entschädigung in Geld von der Gemeinschaft unabhängig. Sie können mit dieser Hilfe in Form von Geld alle materiellen Fähigkeiten ersetzen und Naturalersatz und Arbeit „kaufen“. Damit war eine ganz neue Fähigkeit entstanden: die Fähigkeit, Arbeit und praktische Hilfe durch Geld und finanzielle Hilfe zu ersetzen.

Das Geld wurde zum Ersatzmittel bei der Versicherung. Es ermöglichte durch die „neutrale“ Ansparmöglichkeit und durch

seine Umwandelbarkeit ganz neue Vorsorgemaßnahmen. War es früher unwirtschaftlich oder sogar unmöglich, alle Dinge in Reserve zu halten, so machte jetzt das Geld eine Versicherung für die verschiedensten Fälle möglich.

Das älteste Beispiel für „Versicherung“ ist der Zusammenschluss von Eseltreibern schon zur Zeit des Altertums. Fielen ihre Esel, mit denen sie ihren Lebensunterhalt verdienten, Raubtieren oder Räubern zum Opfer, dann brauchten sie keine praktische Hilfe, sondern neue Esel. Diese in unbestimmter Zahl vorsorglich in Reserve zu halten und zu füttern, ohne dass sie „arbeiteten“, war unwirtschaftlich und für den Einzelnen sicher gar nicht möglich. Sie mussten also im Schadenfall gekauft werden. So versprachen sich die Eseltreiber, gemeinschaftlich für den Ersatz verloren gegangener Tiere zu sorgen. Ebenso schlossen sich im Alten Rom die Schiffseigner zusammen und ersetzten sich gegenseitig ihre Schäden, wenn Schiffe und Ladungen verloren gingen.

Das Versprechen von gegenseitiger praktischer Hilfe im Schadenfall als Mittel der Versicherung wurde durch die gegenseitige finanzielle Hilfe und die Bereitstellung von Geld ersetzt. Dadurch wurde die Versicherung sicherer, weil durch die Vorleistung der gegenseitigen Hilfe schon vor dem Schadenfall das finanzielle Risiko beseitigt werden konnte.

Versicherung ist die gemeinschaftliche Bereitstellung von Geld zum Zwecke eines gegenseitigen Schadenausgleichs.

Durch die Besonderheit des Geldes war jetzt auch die Bildung größerer Versichertengemeinschaften möglich, die für die Wirtschaftlichkeit und Sicherheit der „Versicherung“ von ganz entscheidender Bedeutung sind.

Wirtschaften ist vernünftiges Entscheiden des Einzelnen über die Verwendung seiner Mittel – in diesem Falle über den Einsatz seines Geldes, um auf wirtschaftlichste Weise Versicherung zu erreichen.

Der Mensch, der vor der Frage steht, ob er sich versichern soll, und ob er dafür allein oder in einer Gemeinschaft Geld ansparen soll, fragt sich zunächst einmal:

Kann ich überhaupt von einem Schaden betroffen werden ? –

Wie groß könnte der Schaden sein ? –

Wann könnte mich der Schaden treffen ? –

Wegen der völlig ungewissen Zukunft kann niemand diese Fragen für sich allein beantworten und wegen dieser Ungewissheiten auch nur schwer alleine für einen möglichen Schadenfall und seine ungewissen Folgen vorsorgen. Was nutzt es, wenn heute einer anfängt, die ersten 100 Dollar für ein Reservehaus anzusparen und morgen schon sein Haus abbrennt ? – Auf was hat ein Mensch verzichtet, der es tatsächlich geschafft hat, bis zu seinem Tode das Geld für ein Reservehaus anzusparen, wenn sein Haus gar nicht abgebrannt ist ? –

Der Einzelne kann für große Risiken das Problem der Ungewissheit der Zukunft durch Sparen nicht lösen, sondern nur eine Gemeinschaft, für die das Gesetz der Großen Zahl gilt.

Was für den Einzelnen völlig ungewiss ist – wann ihn in welchem Umfang ein Schaden trifft – lässt sich für eine Gemeinschaft ziemlich genau vorhersagen – und zwar nach dem Gesetz der Großen Zahl umso genauer, je größer die Gemeinschaft ist. Jeder kennt dieses Gesetz, nach welchem bei einem Würfelspiel oder Roulette im Laufe der Zeit alle Zahlen gleich oft fallen. So lässt sich auch anhand von Statistiken annähernd vorhersagen, wie viel Brände mit welchen Schadenfolgen sich

in einem Lande innerhalb eines Jahres ereignen werden. Und so war es oft die einzig mögliche Lösung und auf jeden Fall am wirtschaftlichsten, dass für größere Schäden nicht mehr der Einzelne sparte, sondern eine Gemeinschaft mit dem Ziel und dem Willen, alle Schäden durch gegenseitige finanzielle Hilfe gemeinschaftlich und unentgeltlich auszugleichen.

Damit sind die Probleme der Versicherung erklärt und dargestellt, wie sie gelöst worden sind.

Die Ungewissheit der Zukunft wird weitgehend durch die Bildung einer Versichertengemeinschaft beseitigt. Für die „Große Zahl“ sind die finanziellen Risiken in der Gesamtheit abschätzbar und werden durch die gemeinschaftliche Bereitstellung einer entsprechenden Geldreserve für den Schadenausgleich beseitigt.

### **Die traditionellen Versicherungseinrichtungen**

So wie sich mit zunehmender Zivilisation und technischer Entwicklung der Wirkungskreis der Menschen und ihr Besitz vergrößert hatten, haben sich natürlich auch die Fähigkeiten und damit der Versicherungsbedarf und das Versicherungsinteresse der Menschen enorm ausgeweitet. Vor allem Berufsstände und Hausbesitzer schlossen sich im Mittelalter in „Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit“ und in öffentlich-rechtlichen „Versicherungsanstalten“ zusammen; denn mehr als andere Vereinigungen brauchten die Versichertengemeinschaften eine Verwaltungsstelle, welche die Organisation der Gemeinschaft und insbesondere den Einzug und die Verteilung des bereit gestellten Geldes erledigte.

Die Verwaltungsstellen der mittelalterlichen Versicherungseinrichtungen schätzten nach den Statistiken und dem Gesetz der Großen Zahl den Geldbedarf, der die Schäden und die Arbeitskosten der Verwaltung für eine Versicherungsperiode abdecken

sollte. Dieser Geldbedarf wurde anteilig auf die Mitglieder und Versicherten umgelegt und von diesen in Form von Beiträgen im Voraus bezahlt. Natürlich konnte dieser Geldbedarf nur geschätzt werden. Zufallsbedingte Schwankungen im Schadenverlauf ergaben Abweichungen nach oben oder unten. blieb nach den Aufwendungen für Kosten und Schäden am Ende einer Versicherungsperiode Geld übrig, wurde dieses an die Versicherten zurück gezahlt oder auf künftige Beiträge angerechnet. Reichten die voraus gezahlten Beiträge für die Kosten und Schäden nicht aus, mussten die Versicherten entsprechende Nachschusszahlungen leisten. Die Versicherungseinrichtungen und ihre Verwaltungsstellen beanspruchten für sich keinerlei Gewinne, nicht einmal für die Rentabilität ihrer Dienstleistungen, die sie für die Versicherten erbrachten. Es entstanden vor allem Personalkosten und nur in geringem Umfang wurden Sachmittel eingesetzt. Alle Kosten wurden von den Mitgliedern mit den Beiträgen im Voraus bezahlt. Es gab also kein unternehmerisches Risiko ! – Die Versicherungsvereine und deren Vermögen gehörten ihren Mitgliedern, die in Mitgliederversammlungen und durch Repräsentanten die Geschäftspolitik bestimmten.

Die Versicherungsvereine und –anstalten erbrachten für die Versichertengemeinschaften eine Arbeitsleistung, einen Dienst für die wirtschaftliche Lösung des Problems „Versicherung“, so wie Banken eine Dienstleistung bei der wirtschaftlichen Lösung des Problems „Sparen“ oder „Geldüberweisungen“ erbringen.

Die Leistung der Versicherungsvereine und Versicherungsanstalten war die Deckung eines Arbeitsleistungsbedarfs zum Zwecke der wirtschaftlichen Herstellung von Versicherung durch eine Versichertengemeinschaft.

Aber so wie Banken nicht sparen, sondern die Sparer, so wie Banken nicht die Rechnungen der Kunden im Giroverkehr be-

zahlen, sondern die Kunden selbst, so versichern auch nicht diese Einrichtungen ihre Mitglieder, sondern die Versicherten versichern sich selbst durch ihre gegenseitige finanzielle Hilfe und die Bereitstellung von Geld.

Versicherung kann nur durch das Geld der Versicherten hergestellt werden. Versicherung ist also die wirtschaftliche Leistung der Versichertengemeinschaft, aber nicht die einer Verwaltungsstelle oder einer Gesellschaft, die nur eine Dienstleistung für die wirtschaftliche Herstellung von Versicherung durch die Gemeinschaft erbringen kann.

Wichtig ist festzuhalten, dass der Versicherungsbeitrag aus 2 Teilen bestand, die den Verwaltungsstellen anvertraut wurden und bis zum Verbrauch im Eigentum der Versicherten verblieben:

- einem Anteil für die Kosten der Verwaltung (Kostenbeitrag) und
- dem eigentlichen Versicherungsbeitrag für den Schadenausgleich innerhalb der Gemeinschaft (Schadenbeitrag)

Der Versicherungsbeitrag war aus mehreren Gründen nicht aufgeteilt worden, und die zwei sehr unterschiedlichen Teile wurden weder im Voraus noch nach Abschluss der Versicherungsperiode angegeben. Die Versicherungseinrichtungen wurden hoheitlich oder unter Mitwirkung der Mitglieder geleitet, arbeiteten gemeinnützig und strebten nicht nach Gewinn. Ihnen wurde großes Vertrauen entgegen gebracht, dass sie mit dem ihnen anvertrauten Geldern erantwortungsvoll umgingen. Wegen des nie zu beseitigenden Restes an Ungewissheit konnten die Schadenzahlungen nicht genau im Voraus angegeben werden. Die dadurch bedingte nachträgliche Abrechnung wurde hoheitlich oder von Mitgliedern kontrolliert und alle Beitragsüberschüsse korrekt erstattet, auf künftige Beitragszahlungen

angerechnet oder in Sicherheitsreserven überführt.

### **Die Veränderung im Versicherungswesen durch die „Versicherung durch Aktiengesellschaften“**

So war die Versicherungswelt bis in das 19. Jahrhundert in Ordnung und die „Versicherung“ hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt friedlich entwickelt. Niemand kann nach den bisherigen Darstellungen behaupten, dass Versicherung als gegenseitige Hilfe der Versicherten oder die Leistung der Verwaltungsstellen bei der Versicherung kompliziert sind oder Vorwürfe und Beschwerden verursachen können.

Dann aber kam es zu einem völligen Umbruch, der im Versicherungswesen zu Kompliziertheit und Misstrauen und zu dem Erfordernis einer staatlichen Aufsicht führte:

Im 19. Jahrhundert drangen Aktiengesellschaften in das Versicherungswesen ein. Es entstand die sogenannte „erwerbswirtschaftliche Assekuranz“.

Für die Verbraucher schien es so, als gäbe es zwischen der Arbeitsweise der Aktiengesellschaften und ihrer Vorgänger und „Konkurrenten“ keinen großen Unterschied.

Wie ihre Vorgänger und Konkurrenten verwendeten die Aktiengesellschaften die gleichen Versicherungsbedingungen. Wie ihre Vorgänger und Konkurrenten erhoben sie einen ungeteilten Beitrag und gaben auch nicht im Voraus die Kosten für ihre Arbeitsleistung und den eigentlichen „Versicherungsbeitrag“ an. Wie ihre Vorgänger und Konkurrenten erteilten auch die Aktiengesellschaften keine nachträgliche Abrechnung über die Verwendung des an sie gezahlten Geldes, das sie nicht mehr Beitrag, sondern „Prämie“ nannten.

Doch die Aktiengesellschaften hatten nicht die Absicht, Einnahmenüberschüsse an ihre Versicherten zurück zu zahlen, sondern vereinnahmten diese als Gewinne. Dafür verzichteten sie auf Nachschusszahlungen der Versicherten für den Fall, dass die Prämien für die Schadenzahlungen nicht ausreichen sollten. Überschäden hätten dann aus dem Eigenkapital der Gesellschaften bezahlt werden müssen. Die Aktiengesellschaften boten also eine „Versicherung zur festen Prämie“, die durch Erstattungen oder Nachzahlungen nicht mehr verändert werden konnte.

Das wesentlich Neue an dieser Arbeitsweise der Aktiengesellschaften war, dass alle Überschüsse als Gewinn beansprucht und vereinnahmt wurden. Aus den Überschüssen, die sich nach den Jahresabschlüssen ergaben, zahlten die Aktiengesellschaften Dividenden an die Aktionäre und bildeten daraus außerdem Eigenkapital in Form von Rücklagen, wodurch sich die Kurswerte der Aktien erhöhten. Um nicht zu hohe Kurswerte zu erreichen, wurden die Rücklagen von Zeit zu Zeit zur Aufstockung des Grundkapitals verwendet – ein Vorgang, den die Aktiengesellschaften als „Selbstfinanzierung des Eigenkapitals aus Eigenmitteln“ bezeichneten und der die regelmäßige Ausgabe von Gratisaktien an die Aktionäre zur Folge hatte (neben Dividendenzahlungen).

### **Keine Gewinnberechtigung für Aktiengesellschaften im Versicherungswesen**

Für die Dividendenzahlungen und die „Selbstfinanzierung des Eigenkapitals“ brauchen die Aktiengesellschaften natürlich eine Gewinnberechtigung; Gewinne müssen sich auf eine wirtschaftliche Leistung stützen. Bis heute gibt es aber keine rechtliche oder wirtschaftliche Begründung dafür, dass Aktiengesellschaften alle Überschüsse als Gewinne vereinnahmen dürfen. Allein die Tatsache, dass dieses seit 100 Jahren so gemacht wird, dürfte hierfür nicht ausreichen.

Es sind vor allem folgende Fragen zur Arbeitsweise und Gewinnberechtigung der Aktiengesellschaften im Versicherungswesen ungeklärt:

- Was ist ihre Leistung, auf die sie ihre Gewinnberechtigung stützen ? –
- Was ist der Preis für diese Leistung ? –
- Wem gehört eigentlich die Prämie nach der Prämienzahlung ? –

Für die traditionellen Versicherungseinrichtungen stellen sich diese Fragen nicht. Diese arbeiten gewinnlos und brauchen deshalb auch keinen Preis für ihre Dienstleistung anzugeben, sondern haben das Recht, die Kosten aus den Beiträgen der Versicherten zu entnehmen, die im Übrigen im Eigentum der Versicherten bleiben.

Für den Laien ist kaum erkennbar, worin der Unterschied zwischen der Arbeitsweise einer traditionellen Versicherungseinrichtung und einer Aktiengesellschaft liegt. Beide erbringen die gleichen Arbeitsleistungen wie Beratung beim Vertragsabschluss, Einzug der Prämien bzw. Beiträge, Verwaltung der Verträge und Gelder, Schadenregulierung etc. Alle diese Tätigkeiten werden mit dem in der Prämie bzw. in dem Beitrag enthaltenen Kostenanteil von den Versicherten im Voraus bezahlt. Da die Gesellschaften im Versicherungswesen nicht in „Produktionsanlagen“ investieren müssen, ist das unternehmerische Risiko ihrer Arbeitsleistungen außerordentlich gering. Diese besonderen Umstände bei der Verwaltung von Versicherungsbeständen waren letztlich der Grund dafür, dass die traditionellen Versicherungseinrichtungen nach wie vor ohne jeden Gewinnanspruch arbeiten.

### **Keine Dienstleistungsstruktur**

Dieses wäre aber kein Hinderungsgrund gewesen, dass Aktien-

gesellschaften die gleichen Leistungen erwerbswirtschaftlich erbringen und aus der Rentabilität der Arbeitsweise und Kapitalverwaltung Gewinne erzielen. Nur hätte es dann ganz wichtiger Veränderungen bedurft, um die Arbeitsleistungen der traditionellen Versicherungseinrichtungen in die Form einer erwerbswirtschaftlichen Dienstleistung zu bringen.

Dienstleistung ist die Deckung eines Arbeitsbedarfs durch die Leistung von Arbeit an fremden Personen oder Sachen zum Zwecke der wirtschaftlichen Herbeiführung eines Erfolges.

Auf die Aktiengesellschaften im Versicherungswesen bezogen müsste diese Formel lauten:

Die Dienstleistung von Aktiengesellschaften ist die Deckung eines Arbeitsbedarfs beim Einzug, bei der Verwaltung und Verteilung der Schadenbeiträge der Versicherten zum Zwecke der wirtschaftlichen Herbeiführung von Versicherung.

Für diese Dienstleistung hätten die Aktiengesellschaften einen Preis verlangen müssen und hätten den Überschuss der Preise über ihre Kosten als Gewinn vereinnahmen können. Sie hätten dann aber im Gegensatz zu den gewinnlos arbeitenden Versicherungseinrichtungen die Prämie aufteilen müssen in einen Preis für ihre Dienstleistung und den Schadenbeitrag der Versicherten. Die Preise wären in das Eigentum der Gesellschaften übergegangen, die Schadenbeiträge wären im Eigentum der Versicherten verblieben. Der Schadenbeitrag hätte – wie bei den traditionellen Versicherungseinrichtungen – im Voraus geschätzt und durch Erstattungen und Nachschusszahlungen je nach Schadenverlauf reguliert werden können. Er hätte aber auch nach Bildung entsprechender Sicherheitsreserven, die im Eigentum der Versicherten verblieben wären, im Voraus fest vereinbart werden können. Die Aktiengesellschaften hätten

dann zum Beispiel folgendes Angebot machen können: „Für den Schadenausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft zahlen Sie einen Schadenbeitrag von 100 Dollar. Ein Überschuss wird erstattet, ein Fehlbetrag nachgefordert. Der Preis für unsere Dienstleistung beträgt 50 Dollar. Für Überschüsse aus den Schadenbeiträgen, die wir für die Versicherten als Reserven anlegen, verrechnen wir einen bestimmten Zinsertrag mit den Beiträgen. Für besondere Leistungen werden gesonderte Gebühren (lt. Tabelle) berechnet.“

Dieses Angebot und diese Arbeitsweise hätte genau den Vorgängen im Banken- und Sparkassenwesen entsprochen. Die Aufteilung der Prämie und die Angabe eines Preises würde auch im Einklang stehen mit der Art und Weise, wie die Verwaltungsstellen im Versicherungswesen in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und bei der Berechnung des Bruttosozialproduktes behandelt werden – nämlich als Dienstleistungsbetriebe. Nicht ihre Prämieinnahmen, sondern nur ihre Arbeitskosten werden – wie Preise – als „Wertschöpfungen“ im Sinne des Bruttosozialproduktes angesehen. Demzufolge müssten die Aktiengesellschaften diese Preise für ihre Dienstleistungen angeben; denn auch für sie gelten die Verordnungen über Preisangaben, die Voraussetzung für jeden Wettbewerb sind. Sie geben aber keine Preise für ihre Dienstleistungen an! –

Solange die Prämie nicht aufgeteilt ist in Schadenbeitrag und Preis, fehlt auch für eine Dienstleistung der Aktiengesellschaften der sogenannte „externe Faktor“, ohne den eine Dienstleistung überhaupt nicht erbracht werden kann (der Anzug bei der Reinigung, das Paket bei der Post, das Geld im Giroverkehr, die Person im Unterricht usw.). Dieser externe Faktor, der immer im Eigentumsbereich Dritter bleibt, ist bei der Versicherung das fremde Geld der Versicherten, der Schadenbeitrag, den die Verwaltungsstellen einziehen, verwalten und verteilen. Es ver-

steht sich von selbst, dass Gesellschaften, die eine erwerbswirtschaftliche Dienstleistung im Versicherungswesen erbringen sollen, dieses ihnen anvertraute fremde Geld beziffern und getrennt in den Jahresabschlüssen behandeln müssen und diesem keine Gewinne entnehmen dürfen.

Hätten die Aktiengesellschaften vor 100 Jahren ihre Tätigkeit im Einklang mit allen diesen rechtlichen und wirtschaftlichen Grundsätzen aufgenommen und würden sie heute so arbeiten, wären „Versicherungen“ nicht kompliziert geworden und die oben gestellten Fragen nach der Leistung der Aktiengesellschaften, dem Preis und dem Eigentum an der Prämie würden sich nicht stellen:

- Die Aktiengesellschaften könnten ihre Gewinnberechtigung mit einer Dienstleistung begründen.
- Die Preise für diese Dienstleistung würden eindeutig angegeben.
- Eine ungeteilte Prämie gäbe es überhaupt nicht. Diese wäre aufgeteilt in den Preis für die Dienstleistung und den – durch Erstattungen und Nachschusszahlungen veränderlichen oder festen – Schadenbeitrag. Nur der Preis ginge in das Eigentum der Aktiengesellschaften über. Die Schadenbeiträge verblieben bis zur Auszahlung an die Geschädigten im Eigentum der Versicherten.

Aber nicht aus einem Preis für eine Dienstleistung, sondern aus den Überschüssen dieser Schadenbeiträge haben die Aktiengesellschaften seit nunmehr 100 Jahren ihre Gewinne gezogen und ihre Vermögen und Kapitalanlagen aufgebaut. Deshalb lässt sich eine Dienstleistungstheorie mit ihrer Arbeitsweise nicht vereinbaren. Wenn also die Leistung der Verwaltungsstellen im Versicherungswesen oft als Dienstleistung bezeichnet wird, trifft dieses nur auf die gewinnlos arbeitenden Versicherungseinrichtungen zu, nicht aber auf die Aktiengesellschaften.

Die Aktiengesellschaften erbringen keine Dienstleistung, weil sie die Schadenbeiträge der Versicherten nicht als fremdes Geld (externen Faktor der Dienstleistung) behandeln und keinen Preis für ihre Dienstleistung angeben.

### **„Produktionstheorie der Versicherung“**

Die Aktiengesellschaften bezeichnen die gesamte Prämie als Preis für ihre Leistung. Wenn dieser Preis aber nicht der Preis für eine Dienstleistung ist, kann er nur noch der Preis für ein Produkt sein. Es gibt nur diese zwei wirtschaftlichen Leistungen, für die Preise verlangt werden können.

So haben denn auch die Aktiengesellschaften und ihre Wissenschaftler tatsächlich eine „Produktionstheorie der Versicherung“ entwickelt, um ihre Gewinnberechtigung mit der „Produktion von Versicherung“ zu begründen. Sie bezeichnen „Versicherung, Versicherungsschutz, Leistungsversprechen und Risikotragung“ als ihre Produkte, die sie für die Prämie „verkaufen“. Die Prämie soll als Preis in das Eigentum der Aktiengesellschaften übergehen mit der Folge, dass Schäden wie Kosten mit dem „Geld der Aktiengesellschaften“ bezahlt werden.

Produktion ist die Herstellung von Mitteln durch Erzeugung oder Verarbeitung von Naturprodukten zum Zwecke der Bedarfsdeckung.

Der Bedarf, der bei der Versicherung gedeckt werden soll, besteht an Mitteln für den Schadenausgleich. Dieser Schadenausgleich wurde früher durch die gegenseitige Hilfe hergestellt und später durch vorgeleistete, in Geld verpackte Hilfe. Geld ist also das Produkt, das für die Bedarfsdeckung – zum Schadenausgleich – erforderlich ist. Geld wird durch menschliche Arbeit

hergestellt und könnte insoweit als Naturprodukt angesehen werden und man könnte „Versicherung“ nach der Formel der Produktion definieren:

Versicherung ist die Herstellung von Geld durch Arbeit zum Zwecke der Bedarfsdeckung im Schadenfall.

Das Besondere bei der „Versicherung durch Aktiengesellschaften“ ist nun, dass die Bedarfsdeckung durch die feste Prämie begrenzt ist und die Aktiengesellschaften für Schäden, die über diese Grenze hinausgehen, ihr Eigenkapital bereitstellen. Dieses Eigenkapital besteht aus Geld, das die Aktionäre „produziert“ haben. Dieses Geld und die von den Versicherten erarbeiteten Schadenbeiträge müssen also das gleiche Produkt sein und in gleicher Weise für die Bedarfsdeckung bei der Versicherung „produziert“ worden sein.

Hier wird bei der „Produktionstheorie der Versicherung“ übersehen:

Produktion von Geld zum Schadenausgleich kann unmöglich erwerbswirtschaftlich durch Gesellschaften geschehen, weil Versicherung ihrem Wesen nach unentgeltliche Hilfe ist. Versicherung und der Bedarf an Geld zum Schadenausgleich können nur unentgeltlich durch die Versicherten selbst produziert und gedeckt werden (wie früher die praktische Hilfe).

Wegen der ungewissen Zukunft ist es unmöglich und unwirtschaftlich, dass sich jemand Produkte zur Deckung seines Versicherungsbedarfs vor dem Schadenfall kauft. Es ist aber auch oft unmöglich und unwirtschaftlich, wenn jemand alleine spart, um sich in allen Schadenfällen einen Schadenersatz kaufen zu können. Er muss diese Entschädigungen also von der Versichertengemeinschaft im Rahmen der gegenseitigen Hilfe geschenkt bekommen, sonst verliert die Versicherung als gemein-

schaftlicher Schadenausgleich ihren Sinn.

Die Aktionäre haben aber mit Sicherheit ihr Geld nicht produziert, um es an Geschädigte zu verschenken. Also dient das Geld der Aktionäre nicht der (unentgeltlichen) Bedarfsdeckung bei der Versicherung und die Leistung der Aktiengesellschaften kann nicht (unentgeltliche) Produktion von Geld für die Versicherung sein.

Die Produktionstheorie übersieht außerdem völlig, dass niemand Gewinne dafür beanspruchen kann, dass er etwas produziert hat, sondern erst, wenn er das Produkt verkauft und übereignet hat. Selbst wenn also die Aktionäre ihr Eigenkapital für die Bedarfsdeckung bei der Versicherung produziert hätten, könnten sie aus zweierlei Gründen keinen Gewinn beanspruchen:

1. weil sie dieses Eigenkapital noch nicht und niemals übereignet haben,
2. weil diese Übereignung nach dem Wesen der Versicherung unentgeltlich erfolgen müsste.

Die Aktionäre wollen mit dem Einsatz ihres Geldes keinen Bedarf decken, sondern nur Gewinne erzielen. Dieses Geld „arbeitet“ nicht einmal in der Aktiengesellschaft selbst, sondern ist in Form von Beteiligungen oder Aktien bei Fremdunternehmen oder in Grundstücken angelegt, um außerhalb der eigenen Aktiengesellschaft Erträge zu produzieren. Für die eigene Aktiengesellschaft kann dieses anderweitig investierte Kapital lediglich eine „Garantiefunktion“ haben. Das bedeutet aber, dass gerade kein Bedarf an Geld bei der Versicherung gedeckt werden soll; denn dieses „Verschenken von Eigenkapital“ würde Verluste bedeuten. Deshalb schließen sich bei der „Versicherungsproduktion“ Bedarfsdeckung und Gewinnerzielung aus. Versicherung und Gewinnstreben, Versicherung und erwerbswirtschaftliche Produktion sind nicht miteinander vereinbar ! – Es

kann keine Produktion geben, die nicht auf eine Bedarfsdeckung ausgerichtet ist. Ein Produkt ist auch noch nicht übereignet. Und „gegenseitige unentgeltliche Hilfe“ kann unmöglich „verkauft“ werden.

Die Aktiengesellschaften im Versicherungswesen erbringen zwar Arbeitsleistungen wie die traditionellen Verwaltungsstellen, aber sie wollen ihre Leistung nicht als Dienstleistung verstanden wissen, weil sie dann einen Preis angeben und die Prämie aufteilen müssten. Sie müssten dann die Schadenbeiträge der Versicherten als fremdes Eigentum behandeln und würden eine Veruntreuung begehen, wenn sie die Überschüsse aus diesem ihnen anvertrauten Geld als Gewinne vereinnahmen würden. Weil aber die Aktiengesellschaften alle Einnahmenüberschüsse – also auch die aus den Schadenbeiträgen – als Gewinne vereinnahmen und für die „Selbstfinanzierung“ ihres Eigenkapitals verwenden, versuchen die Aktiengesellschaften und ihre Wissenschaftler, „Versicherung“ als Produktion und die Prämie als Preis darzustellen. Doch ist es ausgeschlossen und entspricht es auch nicht der Zielsetzung der Gesellschaften, dass sie mit ihrem Eigenkapital den für die Versicherung erforderlichen Geldbedarf unentgeltlich decken wollen. „Versicherungsproduktion“, Gewinnerzielung und unentgeltliche Bedarfsdeckung stehen sich bei der Versicherung unvereinbar gegenüber.

Also ist weder Dienstleistung noch Produktion oder Verkauf die wirtschaftliche Leistung der Aktiengesellschaften im Versicherungswesen, auf die sie die Berechtigung stützen können, alle Einnahmenüberschüsse als Gewinne zu vereinnahmen.

Die Prämie ist weder ein Preis für eine Dienstleistung noch für ein Produkt. Versicherung als „unentgeltliche Hilfe“ kann nicht erwerbswirtschaftlich produziert und verkauft werden.

## **„Massenspekulation ohne Risiko“ durch Aktiengesellschaften im Versicherungswesen**

Das Besondere der „Versicherung bei Aktiengesellschaften“ ist die „Garantiefunktion“ des Eigenkapitals. Wenn dieses Geld der Aktionäre weder für eine Dienstleistung noch für einen Produktionsvorgang eingesetzt wird, bleibt überhaupt nur noch eine „Leistung“ übrig, die Gewinne einbringt – die Spekulation ! – Und tatsächlich spricht Vieles dafür, dass die „Versicherung durch Aktiengesellschaften“ Spekulation ist.

Objekt jeder Spekulation ist die Ungewissheit der Zukunft.

Berufsmäßige Spekulation ist das Eingehen eines Verlustrisikos durch den Austausch von ungewissen Leistungen oder Leistungsversprechen zur Erzielung eines zufallsbedingten Vermögensvorteils.

Danach wäre die Leistung der Aktiengesellschaften im Versicherungswesen das Eingehen eines Verlustrisikos durch den Austausch eines ungewissen Leistungsversprechens gegen eine feste Prämie zur Erzielung eines zufallsbedingten Vermögensvorteils.

Tatsächlich bezeichnen die Aktiengesellschaften selbst ihre Leistung als das „Tragen eines versicherungstechnischen Risikos“. Und auf diese „Risikotragung“ (oft auch „Gefahrtragung“ genannt) stützen die Aktiengesellschaften ihre „Berechtigung“, alle Prämienüberschüsse als Gewinne vereinnahmen zu dürfen.

Dieses versicherungstechnische Risiko ist ohne Zweifel die Grundlage für ein spekulatives Geschäft, für ein Geschäft mit der Ungewissheit der Zukunft; denn „Versicherung zur festen Prämie“ beinhaltet für die Aktiengesellschaften ein Verlustrisi-

ko für den Fall, dass die Prämien für die Schadenzahlungen nicht ausreichen. „Versicherung zur festen Prämie“ bietet den Aktiengesellschaften aber gleichzeitig auch die Chance eines Gewinnes, wenn mehr Prämien eingenommen werden, als zur Deckung der Kosten und Schäden erforderlich sind. Und dieser Prämienüberschuss wäre ein zufallsbedingter Vermögensvorteil, weil er vom Schadenverlauf abhängt, den niemand beeinflussen und – auch nicht nach dem Gesetz der Großen Zahl – genau vorherberechnen kann. So kann auch niemand die Äquivalenz des von den Aktiengesellschaften abgegebenen Leistungsversprechens einerseits und der festen Prämie andererseits im Voraus beurteilen. Islamische Gesellschaften dürfen die „Versicherung zur festen Prämie“ nicht betreiben, weil diese als „Glücksspiel“ und „Wucher“ angesehen wird, was der Koran verbietet.

Die Prämienüberschüsse, welche die Aktiengesellschaften als ihren Gewinn bezeichnen, sind also zweifellos nicht von einer wirtschaftlichen Leistung abhängig. Sie sind nicht leistungsbezogen, sondern zufallsbedingt. Es besteht noch heute die unmögliche Situation, dass jede Kürzung oder Ablehnung von Schadenzahlungen automatisch zu Gewinnen der Aktiengesellschaften führt.

Die Aktiengesellschaften spekulieren auf zufallsbedingte Prämienüberschüsse, die sie als Gewinne vereinnahmen (Massenspekulation).

Hier drehen sich die Aktiengesellschaften im Kreise, wenn sie einerseits gegen den Verdacht der Spekulation und andererseits für „Risikotragung“ als ihre Leistung und Gewinnberechtigung argumentieren. Einmal behaupten sie, ein „versicherungstechnisches Risiko“ zu tragen. Zum anderen behaupten sie, dass ihre Leistung keine Spekulation sein kann, weil sie so solide kalkulieren, dass dieses Risiko gar nicht entstehen kann; denn dieses Risiko würde auch für die Versicherten eine Gefahr bedeuten. Wenn die Prämien auf Dauer für Schadenzahlungen nicht ausreichen und auch das Eigenkapital der Gesellschaften

für Kosten und Schadenzahlungen aufgebraucht wäre, würden am Ende Geschädigte nicht die versprochene Entschädigung erhalten. Dieses würde dem Sinn der Versicherung widersprechen. Und so lassen sich Versicherung und Spekulation tatsächlich nicht miteinander vereinbaren, weil Versicherung gerade finanzielle Risiken beseitigen soll.

Der Versicherte will mit Abschluss der Versicherung und durch die Bereitstellung seines Geldes dazu beitragen, dass finanzielle Risiken beseitigt werden. Die Aktiengesellschaften wollen dagegen, dass ein „Restrisiko“ durch die Vereinbarung einer festen Prämie bei ihnen fortbesteht, um aus diesem Risiko spekulative Gewinne zu ziehen und um „Risikotragung“ als Gewinnberechtigung vorweisen zu können. Das Fortbestehen dieses „Restrisikos“ ist aber nicht im Sinne der Versicherten. Diese wollen Sicherheit. Das hat aber zur Voraussetzung:

Bei der „Versicherung zur festen Prämie“ muss zur Erreichung der angestrebten Sicherheit die Prämie so kalkuliert sein, dass immer Überschüsse entstehen, deren Höhe nur noch zufallsbedingt ist.

Die Aktiengesellschaften spekulieren zwar auf die Prämienüberschüsse. Da diese aber mit Sicherheit entstehen und nur noch der Höhe nach zufallsbedingt sind, fehlt der Spekulation der Aktiengesellschaften das wesentliche Element der Spekulation – das Risiko ! – So ist die Leistung der Aktiengesellschaften im Versicherungswesen nicht einmal mehr Spekulation, sondern überschreitet die Grenze zur ungerechtfertigten Bereicherung. Es gibt keine rechtliche und wirtschaftliche Begründung dafür, dass sich Aktiengesellschaften alle „notwendigen“ Überschüsse bei der „Versicherung zur festen Prämie“ als Gewinn aneignen dürfen.

Die sicheren, der Höhe nach zufallsbedingten Überschüsse ver-

einnahmen die Aktiengesellschaften als Gewinn, ohne für diesen Gewinn etwas geleistet, eine Dienstleistung erbracht, etwas produziert, verkauft oder ein Spekulationsrisiko getragen zu haben. Sie betreiben ein Geschäft mit der Ungewissheit der Zukunft, das zwar spekulativ ist, aber nicht mit einem Risiko behaftet sein darf, wenn „Versicherung zur festen Prämie“ Versicherung sein und Sicherheit bieten soll.

Wie die letzten 100 Jahre bewiesen haben, waren die Prämien der Aktiengesellschaften immer so überkalkuliert, dass die Unternehmen niemals das versicherungstechnische oder Spekulationsrisiko getragen haben, mit dem sie aber ihre „Gewinne“ rechtfertigen.

Wird Versicherung zur Spekulation, ist diese „spekulative Versicherung“ keine Versicherung mehr ! –

Wird Spekulation zur Versicherung, ist diese „sicher Spekulation“ keine Spekulation mehr ! –

Versicherung ist keine Dienstleistung, sondern die Leistung (das „Produkt“) der Versichertengemeinschaft ! –

Die Leistung der Verwaltungsstellen und Aktiengesellschaften im Versicherungswesen kann nur eine Dienstleistung bei der Herstellung der Versicherung als „Produkt“ der Versichertengemeinschaft sein ! –

Es gibt also keine „Versicherungswirtschaft“ und keine „Versicherungsgesellschaften“ ! – (genauso wie es keine „Sparwirtschaft“ oder „Spargesellschaften“ gibt. Versicherung und Sparen sind wirtschaftliche Eigenleistungen der Verbraucher, die nicht von anderen erwerbswirtschaftlich produziert und verkauft werden können).

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass bei der „Versicherung zur festen Prämie“ notwendigerweise die Prämien so kalkuliert sein müssen, dass Überschüsse entstehen. Es gibt dann aber keinen vernünftigen Grund und keine entsprechende Gegenleistung mehr dafür, dass Aktiengesellschaften diese Überschüsse als Gewinne vereinnahmen, dass sie daraus Dividenden zahlen, dass sie daraus Eigenkapital bilden, dass sie für dieses „Garantiekapital“ weitere Gewinne beanspruchen und dass sie aus diesen Kapitalanlagen für sich zusätzliche Erträge und Wertsteigerungen erzielen.

Die Aktiengesellschaften begründen ihre Art der Gewinnerzielung nicht damit, dass sie Gewinne mit einer Leistung verdient haben, sondern nur damit, dass sie Überschüsse brauchen, um solvent zu bleiben. Die Begründung, dass Überschüsse erforderlich sind, um die „Versicherung zur festen Prämie“ sicher zu machen, ist durchaus richtig. Völlig unverständlich ist aber, dass die Aktiengesellschaften und ihre Wissenschaftler bei dieser Begründung einfach das Wort „Überschuss“ gegen das Wort „Gewinn“ austauschen und sagen: „Gewinne“ der Aktiengesellschaften sind erforderlich, um die „Versicherung zur festen Prämie“ sicher zu machen. Hier werden Gewinne nicht mit einer Leistung begründet, sondern mit der Notwendigkeit, die Ungewissheit der Zukunft bei der Versicherung zu beseitigen. Diese Ungewissheit wird aber nicht durch die Aktiengesellschaften, sondern durch die überkalkulierten Schadenbeiträge der Versicherten, also durch eine fremde Leistung, beseitigt. Und an den Überschüssen dieser Leistung der Verbraucher bereichern sich die Aktiengesellschaften ungerechtfertigt.

Aus diesen Überschüssen hätten Sicherheitsreserven gebildet werden müssen, die im Eigentum der Versicherten verblieben wären. Genauso werden die Überschüsse von den traditionellen Versicherungseinrichtungen behandelt, die sich in ihrer Arbeitsweise den Aktiengesellschaften angepasst und mit der Zeit auch so hohe Sicherheitsreserven gebildet hatten, dass sie -

wie die Aktiengesellschaften – auf eine Nachschusspflicht verzichten und „Versicherung zum festen Beitrag“ bieten konnten. Aber alles Geld dieser Versicherungseinrichtungen bleibt im Eigentum der Versichertengemeinschaft.

### **Ursachen für die Entstehung der „Versicherung zur festen Prämie“**

Wie ein ganzer Wirtschaftszweig entstehen konnte, der vor-täuscht, „Versicherung“ produzieren und gegen eine feste Prämie als Preis verkaufen zu können und in dem seit mehr als hundert Jahren Aktiengesellschaften ohne äquivalente Leistung zufallsbedingte Gewinne aus – notwendigerweise - überkalkulierten Prämien ziehen, kann man nur verstehen, wenn man sich das Wesen und die Entwicklung der Versicherung noch einmal vor Augen führt.

Versicherung kann nur durch das Geld der Versicherten hergestellt werden (Schadenbeitrag). Die Kosten der traditionellen Versicherungseinrichtungen wurden ebenfalls mit Geld bezahlt (Kostenbeitrag). Das Besondere ist hier also, dass eine Dienstleistung an Geld erbracht und mit Geld bezahlt wird, wodurch natürlich die Möglichkeit gegeben war, den Preis für die Dienstleistung (Kostenbeitrag) und den „externen Faktor“ (Schadenbeitrag) – Geld und Geld – untrennbar zu vermischen. Das bedeutete bei den traditionellen Versicherungseinrichtungen keine Gefahr, weil diese nicht nach Gewinn strebten, alle Beiträge als Eigentum der Versicherten behandelten und nach Abschluss der Versicherungsperiode Überschüsse erstatteten. Die Versicherten hatten sich an dieses System gewöhnt, das den Eindruck eines Kaufvertrages erweckt, obwohl sich in diesem Vorgang die Dienstleistung einer Verwaltungsstelle und die Versicherung als Leistung der Versicherten verbinden.

Die Versicherten trennten sich mit der Beitragszahlung gedanklich von ihrem Geld, weil ihnen bewusst war, dass sie dieses

Geld den Geschädigten schenken mussten, wenn sie selbst in einem Schadenfall eine Entschädigung von den Mitversicherten geschenkt bekommen wollten. Bei diesem gemeinschaftlichen Sparen für den Schadenausgleich hat der Versicherte eine andere Vorstellung als derjenige, der für sich selbst spart. Der Einzelne interessiert sich natürlich viel mehr dafür, was mit seinem Geld geschieht; denn er will dieses Geld wieder haben.

Die Vorstellung des Einzelnen beim Sparen ist die, dass er sein Geld einer Bank oder Sparkasse zur Verwaltung anvertraut, dass dieses Geld aber in seinem Eigentum verbleibt und nur er allein darüber verfügen kann. Ein Sparer wie der Inhaber eines Girokontos würde es sich sehr verbitten, dass sich die Bank am Jahresende seine Guthaben als Gewinn aneignet.

Die Vorstellung des Einzelnen beim Sparen in einer Versicherungsgemeinschaft ist dagegen, dass er sein Geld für den gemeinschaftlichen Schadenausgleich hingeben muss und nur etwas wiederbekommt, wenn er selbst einen Schaden hat. Er „verschenkt“ sein Geld und vertraut es einer Verwaltungsstelle zur Verteilung an. Diese soll das gemeinschaftlich angesparte Geld treuhänderisch verwalten.

Diese besonderen Umstände – die Tatsache, dass der externe Faktor der Dienstleistung und der Preis aus demselben Material bestehen, die traditionelle Vermischung von Kosten- und Schadenbeitrag, die Vertrauensseligkeit der Versicherten und ihre gedankliche Trennung vom „verschenkten“ Beitrag – nutzten die Gründer der Aktiengesellschaften für ihr Geschäft mit der Ungewissheit aus und konnten ohne Schwierigkeiten ihre neuartige „Versicherung zur festen Prämie“ einführen, die sich genau der Vorstellung der Versicherten vom „Versicherungsvorgang“ anpasste. Die Versicherten verschenken auch hier ihre Prämie und erhalten auch hier im Schadenfall eine Entschädigung geschenkt. Weil aber die Aktiengesellschaften die „Spa-

ergemeinschaft“, ihre Mitwirkung und Kontrolle sowie jede nachträgliche Abrechnung und Erstattung abgeschafft hatten, merkten die Versicherten gar nicht, dass sie von nun an den Aktiengesellschaften die sicheren, zufallsbedingten Prämienüberschüsse schenkten; für diese Überschüsse aus Geld, das die Versicherten verschenken, kann es überhaupt keine Gegenleistung der Aktiengesellschaften geben ! –

### **Vermengung von „Versicherung“ und Dienstleistung**

Niemand erkannte, dass auch die Aktiengesellschaften wie alle Verwaltungsstellen im Versicherungswesen nur eine Dienstleistung erbringen können, weil sich weder Produktion noch Spekulation mit Versicherung vereinbaren lassen. Wegen der besonderen überlieferten Umstände gelang es den Aktiengesellschaften jedoch, Versicherung, Dienstleistung und Spekulation miteinander zu vermischen und daraus eine „Massenspekulation ohne Risiko“ zu machen, die zu einer ungerechtfertigten Bereicherung führt.

Tatsächlich besteht die „Versicherung zur festen Prämie“ aus diesen 3 Vorgängen:

1. der Versicherung, welche durch die Versicherten mit ihrem Schadenbeitrag hergestellt wird,
2. einer Dienstleistung der Aktiengesellschaften bei der Verwaltung und Verteilung dieses (fremden) Geldes,
3. einer „Spekulation ohne Risiko“ auf die sicheren, nur der Höhe nach zufallsbedingten Überschüsse aus diesem (fremden) Geld.

Dementsprechend setzt sich auch die Prämie aus drei Teilen zusammen:

1. dem Schadenbeitrag (externer Faktor der Dienstleistung)
2. dem Kostenbeitrag (Preis für die Dienstleistung)
3. den Sicherheitszuschlägen, die zusammen mit den Überschüssen aus dem Schadenbeitrag zu den sicheren, nur der Höhe nach zufallsbedingten Gewinnen der Aktiengesellschaften führen.

Alle Probleme im Versicherungswesen sind dadurch entstanden,

- dass die Versicherung als die Leistung der Versicherten und die Dienstleistung der Verwaltungsstellen vermengt worden sind und so die irrige Meinung entstand, „Versicherung“ könne das „Produkt“ einer Aktiengesellschaft sein,
- dass dadurch auch die Schadenbeiträge der Versicherten und der Preis für die Dienstleistung in einer ungeteilten Prämie vermengt worden sind und die irrige Meinung entstand, diese vermengten Vorgänge und Prämien könnten einem Wettbewerb ausgesetzt werden,
- dass dadurch auch die Überschüsse aus den Schadenbeiträgen und die Überschüsse aus den Preisen der Dienstleistung vermengt worden sind und die irrige Meinung entstand, alle Überschüsse aus diesen vermengten Vorgängen – also auch die Überschüsse aus den Schadenbeiträgen – seien Gewinne der Aktiengesellschaften,
- dass letztlich die Aktiengesellschaften durch diese Vermengung den Zugriff auf die Überschüsse aus der

Leistung der Versicherten erhielten und damit alle Probleme der Versicherung, die mit dem Zufall und der Ungewissheit der Zukunft zusammenhängen, zu Profitproblemen der Aktiengesellschaften wurden.

### **Keine Wettbewerbsvoraussetzungen im Versicherungswesen**

Eine fatale Folge der Vermengung der „sozialen Leistung Versicherung“ mit der „erwerbswirtschaftlichen Dienstleistung der Aktiengesellschaften“ ist, dass dadurch jeder Wettbewerb unmöglich gemacht worden ist.

Um die Versicherung selbst kann es überhaupt keinen Wettbewerb geben, da die Schadenbeiträge vom zufälligen Schadenverlauf und nicht von einer Leistung abhängig sind. Solange aber die Versicherung und die Dienstleistung, der Schadenbeitrag und der Preis sowie die Überschüsse der Versicherung und die Überschüsse der Preise untrennbar miteinander vermengt sind, kann es auch keinen Wettbewerb um die Dienstleistung geben.

Wettbewerb ist ein System der Wirtschaftsregelung durch einen freien Markt. Diese Regelung erfolgt einmal durch Gesetze und Behörden, die für Konkurrenz und Transparenz auf der Anbieterseite sorgen und dadurch gleichzeitig die Entscheidungsfreiheit und Entscheidungsfähigkeit der Verbraucherseite herstellen. Zum Anderen soll die Wirtschaftlichkeit und Innovation der Angebote durch die freie Entscheidung informierter Verbraucher bei der Deckung ihres Bedarfs geregelt werden.

Diese zweite Voraussetzung, die Mitwirkung des Verbrauchers beim Wettbewerb als „Entscheidungsinstanz“, ist in vielen Bereichen, vor allem im Versicherungswesen, noch gar nicht realisiert. Konkurrenz allein ist noch lange kein Wettbewerb. Dieses ist die wesentliche Erkenntnis und Grundlage des Konsumerismus (Förderung der Verbraucherstellung im Markt), dass zum

Wettbewerb neben mehreren Anbietern vor allem Transparenz des Marktes und ein freier, entscheidungsfähiger Verbraucher gehören.

Wettbewerb soll vor allem – unter maßgeblicher Mitwirkung des Verbrauchers – verhindern, dass einzelne Unternehmen das System der freien Marktwirtschaft einseitig ausnutzen und Gewinne erzielen, die nicht leistungsbezogen sind. Schon deshalb ist Wettbewerb im Versicherungswesen nicht realisiert; denn die Aktiengesellschaften erzielen nachweislich „Gewinne“, die überwiegend durch den zufälligen Schadenverlauf bestimmt werden. Es gibt keine wirtschaftliche Leistung, die diesen „Gewinnen“ zugrunde liegt. Diese „Gewinne“ entstehen vor allem durch die notwendige Überkalkulation der Prämien und durch Kürzung oder Ablehnung von Schadenzahlungen – alles keine wirtschaftlichen Leistungen ! – Nur zu einem ganz geringen Teil kann in diesen „Gewinnen“ vielleicht auch ein Überschuss aus rentabler Arbeitsweise enthalten sein. Aber keiner kann erkennen, ob überhaupt und in welcher Höhe.

Es ist unmöglich, dass es einen Wettbewerb um Vorgänge gibt, die zu zufallsbedingten und nichtleistungsbezogenen Gewinnen führen, die Wettbewerb gerade verhindern soll. Es ist unmöglich, dass es einen Wettbewerb um Vorgänge gibt, durch die sich jemand ungerechtfertigt an Überschüssen bereichert, die aus einer fremden Leistung entstehen. Die Überschüsse der Schadenbeiträge entstehen aus einer Leistung der Versicherten und niemand dürfte sich diese Überschüsse aneignen. Oder es muss im Versicherungswesen erlaubt und sogar einem Wettbewerb ausgesetzt sein, was sonst als Veruntreuung gilt.

Es ist nicht die Frage – wie sie immer und überall falsch gestellt, untersucht und beantwortet wird – ob es Wettbewerb im Versicherungswesen gibt, sondern die Frage muss sein, welche in der „Versicherung zur festen Prämie“ vermengten Leistungen

und welche Teile der Prämie überhaupt Wettbewerbsbereiche sind und durch Wettbewerb beeinflusst werden können und dürfen. Wenn die Frage so gestellt wird, kann die Antwort nur lauten:

Einen Wettbewerb um die Versicherung und gegenseitige, unentgeltliche Hilfe einer Solidargemeinschaft, einen Wettbewerb um den gemeinschaftlichen Schadenausgleich, um die Höhe und Klassifizierung der Schadenbeiträge kann es gar nicht geben. Niemand kann so töricht sein zu glauben, Wettbewerb in diesen Bereichen könne die Schadenzahlungen verringern.

Dieses wird auch durch die Tatsache bewiesen, dass überall in der Welt von Verbänden oder „rate bureaus“ ohne Wettbewerb der Schadenbedarf und einheitliche „Basisprämien“ nach gemeinschaftlich erarbeiteten Statistiken ermittelt werden. Aber der Verbraucher erfährt die Höhe dieser Schadenbeiträge nicht, weil jede Gesellschaft diese Beiträge durch die Hinzurechnung der Kosten und Gewinne sowie durch die Bildung eigener Beitragsklassen und Bedingungen individuell verändert. Merkwürdig ist in diesem Zusammenhang, dass die Unternehmen ohne Wettbewerb Basisprämien ermitteln, dass die Aktiengesellschaften dann aber – als sei diese Beitragskalkulation ein Wettbewerbsbereich – alle zufallsbedingten Überschüsse dieser Basisprämien als Gewinne vereinnahmen.

Ein Wettbewerb um die ungeteilte Prämie kann niemals dazu führen, dass die Unternehmen genau die Schadenbeiträge einnehmen, die sie später für Schäden auszahlen. Nehmen sie mehr ein, machen die Aktiengesellschaften nichtleistungsbezogene Gewinne. Nehmen sie weniger ein, gehen die Gesellschaften bankrott. An einem Wettbewerb, der zum Bankrott der Gesellschaften führen kann, können aber die Versicherten nicht interessiert sein, solange ihre Schadenbeiträge mit dem Preis

für die Dienstleistung der Gesellschaften vermengt sind.

Solange die „Versicherung der Versicherten“ mit der „Dienstleistung der Gesellschaften“ vermengt ist, bedeutet der Bankrott des Dienstleistungsbetriebes gleichzeitig auch den Bankrott der „Versicherung“.

Mit der Zahlung seines Beitrages hat der Versicherte noch keine Leistung aus der Versicherung erhalten, sondern erwartet diese erst in der Zukunft, wenn ihn ein Schaden treffen sollte. Anders als der Käufer einer Ware, die bezahlt und übereignet ist, kann also dem Versicherten der Bankrott der Gesellschaften nicht gleichgültig sein, solange dieser Bankrott auch den Bankrott der Versichertengemeinschaft bedeutet. Versicherung zur festen Prämie kann also überhaupt nicht einem freien Wettbewerb ausgesetzt werden und muss immer Überschüsse erbringen. Durch die Vermengung ihrer Dienstleistung mit der „Versicherung“ und das dadurch fortbestehende „versicherungstechnische Risiko“ haben die Unternehmen auch ihr unternehmerisches Bankrottrisiko auf die Versicherten abgewälzt, die dieses Risiko mit ihren überkalkulierten Prämien beseitigen und die Überschüsse und Gewinne sowie die Sicherheit der Gesellschaften im eigenen Interesse „garantieren müssen“.

Weil die Prämie nicht aufgeteilt ist und die Überschüsse aus den Schadenbeiträgen nicht vor dem Zugriff der Aktiengesellschaften geschützt sind, erstreckt sich der Konkurrenzkampf der Gesellschaften vor allem auf die Schadenbeiträge. Nur kann man diesen Konkurrenzkampf der Gesellschaften nicht als Wettbewerb bezeichnen, weil Vorgänge, die zu nichtleistungsbezogenen Gewinnen, zu ungerechtfertigter Bereicherung und zu rechtswidriger Aneignung führen, unmöglich ein Wettbewerbsbereich sein können. Um die ungeteilte Prämie kann und darf es keinen Wettbewerb geben, weil diese feste Prämie durch die Einbeziehung der Versicherung und des Schadenbeitrages auf Zufälligkeiten und Ungewissheiten basiert, aber nicht

auf der Kalkulation einer wirtschaftlichen Leistung.

Es gibt keinen transparenten Markt der Dienstleistungen im Versicherungswesen. Der Versicherungskunde ist wegen der Vermengung der verschiedenen Leistungen und Prämienbestandteil überhaupt nicht in der Lage, seinen eigenen Schadenbeitrag, die Leistung der Aktiengesellschaft und den Preis für diese Leistung zu erkennen und das Preis-/Leistungsverhältnis zu bewerten. Ein Preis-/Leistungsverhältnis kann nicht ermittelt werden, wenn eine ungeteilte Prämie für ein Bündel eigener und fremder Leistungen angegeben wird und der Verbraucher nur diese Prämien vergleichen kann. Wie der Ausdruck „Preis-/Leistungsverhältnis“ schon sagt, müssen dafür auch die einzelnen Leistungen beschrieben und Preise und Beträge für sie angegeben werden. Würde dieses im Versicherungswesen geschehen, könnte jeder sehr leicht erkennen, dass es einen Wettbewerb und ein Handeln um den Schadenbeitrag (zumindest im Massengeschäft) nicht heben kann und dass ein Wettbewerb allein auf die Dienstleistung der Gesellschaften und den Preis dafür beschränkt sein muss.

Wegen der fehlenden Prämienaufteilung und Preisangabe gibt es um die eigentliche Dienstleistung der Gesellschaften im Versicherungswesen überhaupt keinen Wettbewerb, weil der Versicherte den Preis dieser Dienstleistung nicht kennt, weil er nicht weiß, für welche Leistungen er diesen Preis bezahlt und weil er die Rentabilität dieser Leistungen nicht beurteilen und nicht erkennen kann, ob diese Leistungen ihm gegenüber überhaupt erbracht werden.

So ist es dem Verbraucher unmöglich, im Versicherungswesen seine „Entscheidungsfunktion im Wettbewerb“ wahrzunehmen. Die Aktiengesellschaften haben sich dadurch ein „Monopol der

Prämienkalkulation, der Kosten-, Gewinn- und Überschussverwendung“ erworben. Der Versicherte weiß allenfalls, dass er mit der ungeteilten Prämie die Schäden der Versichertengemeinschaft sowie Kosten und Gewinne der Gesellschaften bezahlt.

Wegen der totalen Intransparenz im Versicherungswesen weiß der Versicherte aber schon nicht mehr,

- dass sich die Aktiengesellschaften die überkalkulierten und zufallsbedingten Überschüsse aus seinen Schadenbeiträgen ohne jede Gegenleistung ungerechtfertigt aneignen,
- dass die teuren Aktiengesellschaften in manchen Branchen bis zu 50 % und mehr der Prämie für Kosten und Gewinne verbrauchen, dass die Kosten der Gegenseitigkeitsversicherer im allgemeinen nicht halb so hoch sind,
- dass die Kapital-Lebensversicherung eine der unrentabelsten Geldanlagen ist, weil manche Aktiengesellschaften über 20 % der eingezahlten Prämien für Abschluss- und Verwaltungskosten verbrauchen, dass also nur 80 % der Prämien – zusätzlich verringert um die Risikoprämie – für den Versicherten angespart werden, dass sich die Aktiengesellschaften von den Erträgen dieser Spargelder einen Teil als Gewinn aneignen und für sich – und nicht für die Versicherten – alle Wertsteigerungen aus der Anlage dieses Spargeldes (z. B. aus Grundbesitz) realisieren,
- der Versicherte kann nicht erkennen, dass er mit seiner Prämie Gewinne und Kosten der Rückversicherung bezahlt, die im Massengeschäft sinnlos ist, aber dennoch von den Aktiengesellschaften innerhalb eines Konzerns in großem Umfang betrieben wird, um Kosten und Gewinne zu verschieben,

- dass sein Vertrag mit Kosten belastet wird, die gar nicht durch diesen Vertrag verursacht worden sind, dass Kosten und Gewinne auf vielerlei Wegen innerhalb der Gesellschaften und Konzerne (auch zwischen den privaten und gewerblichen Versicherungen) verschoben und für Aktivitäten aufgewendet werden, die gar nicht im Interesse des Prämienzahlers liegen,
- dass er mit seiner Prämie Provisionen bezahlt, die nicht leistungsbezogen sind, dass diese Provisionen von den Agenten für völlig andere Aktivitäten – vor allem für die Akquisition neuer Versicherungen und die Abwerbung von Kunden aus anderen Beständen - eingesetzt werden, aber nicht für Leistungen gegenüber dem Prämien- und Provisionszahler,
- dass er mit seinem Geld den unsinnigen Kampf der Gesellschaften um die Bestände finanziert, und dass ein Wechsel der Bestände mit Kosten belastet ist, die oft ein Mehrfaches des tatsächlich neu akquirierten Zuwachses ausmachen,
- dass er mit seiner Prämie die Kosten für die unwirtschaftliche Regulierung von Kleinschäden bezahlt, die er viel wirtschaftlicher selbst versichern könnte (durch Vereinbarung eines Selbstbehaltes und individuelles Sparen),
- dass die Provisionen der Agenten von der Höhe der Prämie abhängen, dass er zum Beispiel für die Vermittlung seines Fahrzeugs 200 Dollar bezahlen muss, während ein anderer für die Vermittlung des gleichen Fahrzeugtyps nur 20 Dollar bezahlt, weil er in eine günstiger Beitragsklasse eingestuft ist. Die Preisdifferenz ist 1000 % ! – Der Vermittlungsvorgang und Arbeitsaufwand des Agenten ist aber derselbe.

Die Verwaltungsstellen und Agenten können viele einzelne und unterschiedliche Dienstleistungen gegenüber dem Versicherten erbringen (Beratung, Vertragsabschluss, Betreuung, Schadenregulierung, Verwaltung der Verträge und des Geldes). Diese Einzelleistungen könnten durchaus einzeln in Preisen berechnet werden, nachdem sie tatsächlich erbracht worden sind. Oder sie könnten im Voraus bezahlt werden, wenn sicher ist, dass die Leistungen auch tatsächlich erbracht werden. Die Mindestforderung muss aber sein, dass wenigstens die Gesamtdienstleistung genau beschrieben und für sie ein gesonderter Preis angegeben wird. Das setzt voraus, dass die Prämie geteilt wird.

Im Versicherungswesen herrscht aber die irrige Theorie vor, die Leistung der Gesellschaften sei keine Dienstleistung, sondern die Produktion von Versicherung, und die ungeteilte Prämie sei ein Preis, mit welchem die Gesellschaften machen können, was sie wollen. Weil die eigentliche Dienstleistung der Gesellschaften und ihr Preis in einem „Produkt“ und in einem „Produktpreis“ versteckt sind, wissen die Versicherten nicht, dass sie ihr Geld hingeben für Dienstleistungen, die sie nicht erkennen und beanspruchen können, die sie zum Teil auch gar nicht erhalten und die die Gesellschaften – weil sie mit dem „Preis“ machen können, was sie wollen – nicht einmal zu erbringen brauchen. Kein Versicherter kann darauf klagen, dass ihn eine Gesellschaft oder ein Agent über seinen Versicherungsschutz berät oder diesen überwacht. Kein Versicherter kann einen Teil seines Beitrages zurückfordern, wenn eine Gesellschaft oder ein Agent ihm gegenüber überhaupt keine entsprechende Dienstleistung erbracht hat.

Die Leistungen der Gesellschaften und Agenten im Versicherungswesen können nur Dienstleistungen sein. Und Dienstleistungen, für die Kosten berechnet und Preise bezahlt werden, müssen auch erbracht werden. Kosten müssen für die Leistungen eingesetzt werden, für die sie berechnet worden sind, genauso wie die Schadenbeiträge der Versicherten auch tatsächlich für den Schadenausgleich und für Schadenzahlungen auf-

gewendet werden müssen. „Versicherung“ ist eben kein „Produkt“, das zu einem Endpreis „verkauft“ wird und mit dessen Preis der Hersteller machen kann, was er will.

Weil der Verbraucher den wirtschaftlichen Wert der Versicherung der damit verbundenen Dienstleistung nicht beurteilen und seinen wirklichen Bedarf nicht artikulieren kann, weil der den Missbrauch seines Schadenbeitrages und die Kostenverschwendungen nicht erkennen kann, zwingt niemand – auch nicht ein Wettbewerb – die Gesellschaften dazu, die Schadenbeiträge und Kosten korrekt und fair zu verwenden und Unrentabilität bei der Akquisition, im Kampf um die Bestände, bei der Regulierung von Kleinschäden und im Provisionssystem abzubauen.

### **Konkurrenzkampf um die Überschüsse aus der Versicherung**

Es gibt also keinen Wettbewerb im Versicherungswesen um die einzig mögliche wirtschaftliche Leistung von Unternehmen – um die Dienstleistungen der Verwaltungsstellen und Agenten. Dagegen gibt es aber einen Konkurrenzkampf der Gesellschaften gegeneinander, in dem der uninformierte Verbraucher nur die Rolle eines Abschlussopfers und Prämienzahlers einnimmt. Und dieser Konkurrenzkampf findet im völlig falschen Bereich statt, nämlich im Bereich der Versicherung, die als Leistung der Versicherten und gegenseitige unentgeltliche Hilfe weder einem Wettbewerb noch einem Konkurrenzkampf ausgesetzt sein darf.

Die Gesellschaften kämpfen gegeneinander um die Überschüsse aus der gegenseitigen finanziellen Hilfe, mit der sie überhaupt nichts zu tun haben können. Sie kämpfen um die Überschüsse aus dem gemeinschaftlichen Schadenausgleich der Versicherten, um Überschüsse aus einer fremden Leistung ! –

Diesen Konkurrenzkampf hat nicht nur das Gewinnstreben der

Aktiengesellschaften ausgelöst, die sich an diesen Überschüssen der Versicherung ungerechtfertigt bereichern. Auch die Versicherungsvereine kämpfen um diese Überschüsse, mit denen sie sich Marktvorteile gegenüber ihren Konkurrenten, den Aktiengesellschaften, verschaffen können.

### **Folgen des Konkurrenzkampfes auf Beitragsklassenbildung und Risikoauswahl**

Dieser Konkurrenzkampf hat die sozialen Grundlagen der Versicherung immer mehr ausgehöhlt. Die Versicherung hat nämlich nicht nur das finanzielle Problem zu lösen, den Geldbedarf für den Schadenausgleich zu decken. Die Versicherung muss auch das soziale Problem lösen, diesen Geldbedarf auf die einzelnen Versicherten zu verteilen und festzulegen, wer wie viel Beitrag zu zahlen hat. Beide Probleme sind die eigentlichen Probleme der Versichertengemeinschaft. Durch die ungeteilte Prämie sind sie aber zu Profit- und Konkurrenzproblemen der Unternehmen geworden.

Die Prämienüberschüsse und die Gewinne der Aktiengesellschaften können nicht nur durch die Überkalkulation der Prämie beeinflusst werden, sondern auch durch die Verteilung der Prämien auf die Versicherten (Beitragsklassenbildung) und durch die Auswahl der Versicherungskunden und Risiken. Eine Aktiengesellschaft, die nur „gute Risiken“ annimmt und „schlechte Risiken“ mit überhöhten Prämien fernhält oder gar nicht annimmt, macht gute Gewinne. Ein Versicherungsverein, der auch nur „gute Risiken“ versichert, kann seinen Mitgliedern günstige Beiträge bieten und sich durch Werbung mit diesen Beiträgen und hohen Beitragserstattungen Marktvorteile verschaffen.

Die Frage ist nur, was ein „gutes Risiko“ und was ein „schlechtes Risiko“ ist und wer diese Frage entscheiden soll, die Versichertengemeinschaft oder eine gewinnstrebende Aktiengesellschaft oder ein nach Marktvorteilen strebender Gegenseitigkeitsversicherer. Die Frage nach dem guten oder schlechten Ri-

siko lässt sich im Voraus überhaupt nicht beantworten, weil sie ebenso wie der Schadenverlauf zufallsbedingt ist. Diese Probleme der ungewissen Zukunft wollen und können nur die Versicherten gemeinschaftlich lösen. Nach der sozialen Idee der Versicherung als gegenseitiger Hilfe müssten alle Risiken mit gleichen Merkmalen gleich behandelt werden, bis sie sich in der Zukunft als ungleich erweisen. Diese Ungleichheit könnte rückwirkend in vielfacher Weise durch Rückstufungen, Beitragsnachzahlungen oder erhöhte Beiträge ausgeglichen werden.

Der Grundsatz der „Unteilbarkeit der Prämie“ und die dadurch verursachten Missverständnisse im Versicherungswesen haben aber dazu geführt, dass nicht mehr die Versichertengemeinschaft nach sozialen Gesichtspunkten darüber entscheidet, wem unter welchen Bedingungen und zu welchem Beitrag Versicherungsschutz gewährt werden soll, sondern dass darüber Unternehmen entscheiden, die nach den Überschüssen aus der Versicherung, nach Marktvorteilen und Gewinn streben und die mit ihrer Entscheidung den Umfang dieser Überschüsse, Gewinne und Marktvorteile beeinflussen können. Und so entscheiden diese Unternehmen die Frage nach der Einstufung und Versicherbarkeit eines Risikos natürlich unter ganz anderen als sozialen Gesichtspunkten. Aktiengesellschaften und Versicherungsvereine wollen die Gewissheit, dass sich ein Risiko als schlecht erweist, gar nicht erst abwarten, weil im Zeitpunkt der Gewissheit schon die Überschüsse vermindert und Verluste eingetreten sind. Sie wollen die Ungewissheit des Schadenverlaufs weitgehend einschränken und haben deshalb ihre Statistiken immer mehr verfeinert, um Merkmale zu finden, an denen sie im Voraus erkennen können, ob ein Risiko für sie „gut“ oder „schlecht“ ist, ob es Überschüsse, Gewinne und Marktvorteile oder Verluste erwarten lässt. Und nach diesen Statistiken haben die Unternehmen ihre Beitragsklassen und die Prämien festgelegt. Das muss zwangsläufig zu sozialen Ungerechtigkeiten führen, weil die Versicherten nach Schadenstatistiken ein-

gestuft werden, die sie überhaupt nicht beeinflussen können, nicht aber nach ihren persönlichen Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhältnissen.

Das beste Beispiel dafür sind die Beitragsklassen und Prämien in der Autoversicherung. Normalerweise müssten alle Autofahrer, die gleiche Fahrzeuge in gleicher Weise nutzen, gleiche Prämien bezahlen, solange sie schadenfrei fahren. Die Unternehmen haben aber ermittelt, dass zum Beispiel junge, unverheiratete, männliche Autofahrer aus Großstädten viel mehr Schäden verursachen und den Unternehmen weniger Überschüsse einbringen als andere. Ist also jemand jung und hat er seinen Führerschein noch nicht sehr lange, ist er männlich und unverheiratet und wohnt er in einer Großstadt, dann ist er für die Unternehmen ein „schlechtes Risiko“ und ein „schlechter Autofahrer“ und muss hohe Prämien bezahlen oder wird gar nicht angenommen, selbst wenn er der beste Autofahrer der Welt ist. Aber das könnte er erst viel später und nur rückwirkend beweisen.

Alle diese mit dem Zukunftsproblem der Versicherung zusammenhängenden Fragen brauchten keinen Einfluss auf die Beitragsklassenbildung zu haben, sondern könnten sehr wohl nachträglich und rückwirkend reguliert werden, wenn sich die statistischen Vermutungen bestätigt haben sollten. Wenn aber diese Zukunftsprobleme zu Gewinnproblemen von Aktiengesellschaften und zu Konkurrenzproblemen der Gegenseitigkeitsversicherer werden, versuchen diese zwangsläufig, die Ungewissheiten und Risiken statistisch im Voraus auszuschließen, was dann zu sozialen Ungerechtigkeiten führen und die soziale Idee der Versicherung zerstören muss.

Würde dieser sinnlose Konkurrenzkampf in dem falschen Bereich der Versicherung endlos weitergehen, würden sich die

statistisch guten Risiken immer mehr einer Beitragsfreiheit annähern und die statistisch schlechten Risiken der Selbstversicherung und Selbstbezahlung ihrer Schäden. Das beweist aber eindeutig die Notwendigkeit, die Versicherung, die Beitragsklassenbildung und Schadenbeiträge allgemeingültig im Sinne der Versichertengemeinschaft zu regeln und sie dem Einfluss der Unternehmen zu entziehen. Die Versicherten wollen und müssen den Schadenausgleich gemeinschaftlich herstellen und mit ihrem Geld alle finanziellen Risiken beseitigen. Wenn man endlich erkennt, dass die Aktiengesellschaften kein Spekulationsrisiko tragen können und tragen dürfen, wenn sie im Bereich der Versicherung keine Verluste machen können, wenn die Unternehmen nichts mehr mit der Festsetzung der Beitragsklassen und Schadenbeiträge zu tun haben und wenn sie aus den zufallsbedingten Überschüssen der Versichertengelder keine wirtschaftlichen Vorteile und Gewinne ziehen können, erst dann kann jeder Verbraucher zu einem gerechten Beitrag einer Versichertengemeinschaft beitreten. Die Unternehmen haben für diese Versichertengemeinschaft nur eine Dienstleistung zu erbringen, die mit der Versicherung selbst nichts zu tun hat.

Natürlich lassen sich Ungleichbehandlungen bei der Versicherung nicht ausschließen. Die gegenseitige unentgeltliche Hilfe in einer Gemeinschaft setzt geradezu voraus, dass Versicherte, die keinen Schaden haben, die Schäden anderer bezahlen. Ungleichbehandlung innerhalb einer Versichertengemeinschaft dürfen aber nicht dem Streben der Unternehmen nach wirtschaftlichen Vorteilen basieren, sondern müssen einen sozialen Ausgleich anstreben.

Weil aber die Unternehmen noch heute die Beitragsklassen und Schadenbeiträge weitgehend nach ihren wirtschaftlichen Interessen festlegen, würden etwa 3 % der Verbraucher in den USA keinen Versicherungsschutz besitzen, wenn nicht für diese

abgewiesenen und gekündigten „schlechten Risiken“ staatliche Versicherungseinrichtungen geschaffen worden wären. Viele Versicherte zahlen – insbesondere in der Autoversicherung – ungerechtfertigt und unsozial hohe Prämien und Provisionen, weil sie nicht nach ihren persönlichen Verhältnissen, sondern nach statistischen Überschusserwartungen eingestuft werden. Alles Probleme, die durch die ungeteilte Prämie verursacht werden, weil dadurch den Unternehmen die Lösung der finanziellen und sozialen Fragen der Versicherung überlassen worden ist ! – Und die Art und Weise, wie sie diese eigentlichen Probleme einer Versichertengemeinschaft lösen, entscheidet über das Ausmaß ihrer wirtschaftlichen Vorteile und Gewinne – aus einer sozialen und finanziellen Leistung Dritter ! In Deutschland beschreibt man eine solche Situation mit dem Sprichwort: Man hat den Bock zum Gärtner gemacht ! –

Es gibt also nur einen Konkurrenzkampf im Versicherungswesen. In Deutschland ist sogar dieser Konkurrenzkampf weitgehend unmöglich, weil vor allem im Massengeschäft Vertragslaufzeiten von 10 Jahren üblich sind (mit Prämienanpassungsklauseln). Dadurch ist den Versicherten weitgehend die Möglichkeit genommen, zu günstigeren Gesellschaften zu wechseln. (Anmerkung: Ab 2008 soll die Höchstdauer 3 Jahre betragen). In Amerika kann dagegen jeder Versicherte zu jeder Zeit seinen ohnehin kurzfristigen Vertrag kündigen und erhält sogar die unverbrauchten Beiträge zurück. Während in den USA überwiegend Risikolebensversicherungen abgeschlossen werden, bieten die Gesellschaften und Agenten in Deutschland fast ausschließlich nur Kapital-Lebensversicherungen an, die so gestaltet sind, dass der Versicherte fast lebenslanglich an den Vertrag gebunden ist. Die Gesellschaften verwenden nämlich die ersten 3 Jahresbeiträge für ihre Kosten, so dass ein Versicherter, der vorzeitig den Vertrag kündigt, erhebliche finanzielle Verluste in Kauf nehmen muss.

Es ist unbegreiflich, dass vor allem in Deutschland immer wieder von einem heftigen Wettbewerb im Versicherungswesen geredet wird und dass die allgemeine Meinung vorherrscht, für einen Wettbewerb im Versicherungswesen reiche es aus, wenn die Gesellschaften die ungeteilte Prämie angeben und die Verbraucher diese Prämie (ohne Leistungen) vergleichen können. Das Ergebnis dieses Missverständnisses von Wettbewerb ist, dass die Aktiengesellschaften mit den höchsten Kosten die höchsten zufallsbedingten Gewinne machen. Und sie bieten dabei für völlig überhöhte Prämien keine anderen oder besseren Leistungen als die Billigversicherer. Aber wie soll der Verbraucher dieses erkennen ? –

Genauso wie die Gewinnberechtigung der Aktiengesellschaften erst begründet werden kann, wenn die Prämie aufgeteilt und Preise für die Dienstleistungen angegeben werden, genauso wie der Wettbewerb um die Dienstleistungen im Versicherungswesen diese Prämienaufteilung erfordert, genauso können die finanziellen und sozialen Probleme der Versicherung erst gelöst werden, wenn die Versicherung als Leistung der Versicherten und die Dienstleistungen der Unternehmen getrennt sind und die Versicherung allgemeingültig im Sinne der Versichertengemeinschaft geregelt wird – ohne Einfluss von Wettbewerb, Konkurrenz und Gewinnstreben ! –

### **Folgen der ungeteilten Prämie und des Gewinnstrebens im Versicherungswesen**

Die Aktiengesellschaften hatten vor 100 Jahren die traditionelle Nichtaufteilung von Leistungen und Beitrag übernommen und zementierten als erstes den Grundsatz der „Unteilbarkeit der Prämie“, den sie bis heute Aufrecht erhalten konnten.

Durch die ungeteilte Prämie waren die Gewinne der Aktiengesellschaften weder von einer wirtschaftlichen Leis-

tung noch vom Wettbewerb abhängig, sondern vor allem von ihrer Prämienkalkulation und vom zufälligen Schadenverlauf.

Und so wurde die Versicherung – früher einmal „gegenseitige Hilfe der Versicherten beim Schadenausgleich“ – zum Profitproblem der Aktiengesellschaften, vor allem zum Problem der „Prämien-Überkalkulation“.

Während die traditionellen Versicherungseinrichtungen die Beiträge für den Schadenausgleich nach dem Gesetz der Großen Zahl ungefähr geschätzt und auf die Versicherten verteilt und Schwankungen im Schadenverlauf durch nachträgliche Erstattungen oder Nachschusszahlungen der Versicherten korrigiert hatten, mussten die Aktiengesellschaften ihre festen Prämien von vornherein so kalkulieren, dass ausreichende Überschüsse verblieben. Hierbei kontrollierte sie niemand, weder bei der Kalkulation selbst noch nach Abschluss der einzelnen Geschäftsjahre.

Wozu diese Freiheit bei der Prämienkalkulation führte, lässt sich ermessen, wenn man selbst in wissenschaftlichen Abhandlungen und amtlichen Unterlagen liest: „Raubzüge der Aktiengesellschaften, bedenkenlose Spekulation, ungezügeltetes Treiben von Geschäftemachern, unlauteres Geschäftsgebaren, schädliche Auswirkungen privaten Gewinnstrebens im Versicherungswesen.“

Am Beispiel einer der größten deutschen Aktiengesellschaften lässt sich nachvollziehen, wie diese noch um 1900 kalkuliert hat. In ihrer Chronik wird als „Kennzeichen solider Arbeit“ bezeichnet, dass „ständig alle Sparten einen stabilen Überschuss ergaben, der zwischen 11,5 und 13,8 % der Nettoprämie pendelte. Dabei ist noch bemerkenswert, dass die Steueraufwendungen schon abgesetzt sind.“ Dieses Unternehmen hatte im 10. Jahr seines Bestehens bei 10 Mio Reichsmark (RM) Prämieinnahmen einen Nettoüberschuss von 1 Mio RM bei einem „Einsatz“ von 1 Mio RM Eigenkapital.

Hier kann die Prämienkalkulation nicht anders gewesen sein, als dass ein Geldbedarf von 9 Mio RM für Schäden und Kosten und 1 Mio RM an Sicherheitszuschlägen für Schwankungen, insgesamt also 10 Mio RM, voll umgelegt wurde auf die Kunden und diese mit ihren überkalkulierten Prämien ganz allein die Sicherheit des Schadenausgleichs abdeckten. Das Eigenkapital war überhaupt nicht in die Kalkulation einbezogen, so dass diese Gesellschaft kein Risiko getragen und damit auch keine „Gewinnberechtigung“ hatte. Sie eignete sich aber trotzdem den Nettoüberschuss als Gewinn an. Die Aktionäre erhielten 24 % Dividenden (zu dieser Zeit waren Zinsen von 4 % normal), und die restlichen Prämienüberschüsse wurden in die Rücklagen, bzw. in das Eigenkapital überführt, was man „Selbstfinanzierung“ nannte. Dadurch erhöhten sich zusätzlich die Kurswerte der Aktien oder es wurden Gratisaktien an die Aktionäre ausgegeben. Der Kurswert der Aktien dieser Gesellschaft war 5 Jahre nach der Gründung bereits 300 %, ohne dass die Aktionäre weiteres Grundkapital eingezahlt hatten. Und für das „selbstfinanzierte Eigenkapital“, das ohne Gewinnberechtigung und Gegenleistung aus den Prämienüberschüssen gebildet worden war, verlangten die Aktiengesellschaften von den Versicherten weitere Gewinne, während sie gleichzeitig durch die Anlage dieses Geldes in fremden Unternehmen für sich zusätzlich Erträge und Wertsteigerungen erwirtschafteten.

Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass sich die „Versicherung zur festen Prämie“ durch die Notwendigkeit von Überschüssen verteuerte. Eine weitere Vertauung entstand dadurch, dass die Aktiengesellschaften für die Durchsetzung ihrer überkalkulierten Prämien aufwändige Vermittlerorganisationen benötigten. Die Agenten erhielten keine leistungsbezogenen Vergütungen, sondern Provisionen wurden nur bezahlt, wenn die Vermittler den Gesellschaften neue Prämien zuführten. Dieses Provisionssystem führte natürlich zu sehr aggressiven Werbemethoden, die gerade im Versicherungswesen besonders gefährlich werden können, weil hier nicht konkrete Pro-

dukte oder Dienstleistungen angeboten werden, sondern nur Worte und Zahlen, die der Versicherungskunde den Agenten glauben muss, wenn er nicht unversichert bleiben will. Es gab keinen Wettbewerb und keinen Versicherungsmarkt. Die Verbraucher waren durch die aggressive Werbung und Intransparenz eingeschüchtert und verwirrt. Es wurde üblich, dass nicht der Kunde die Initiative zur Deckung seines Versicherungsbedarfs ergriff, sondern sich daran gewöhnte, zuhause von Agenten aufgesucht zu werden. So ist noch heute das Wissen des Verbrauchers um seine Versicherungen und das ganze Versicherungswesen im Allgemeinen auf die 4 Wände seiner Wohnung beschränkt.

### **Staatliche Regelung des Versicherungswesens**

Alle diese Missstände lösten schon im vorigen Jahrhundert den Ruf der Verbraucher nach Verstaatlichung, gesetzlicher Regelung der Versicherung und staatlicher Kontrolle der Aktiengesellschaften aus. Hier besteht sogar Einigkeit bei den Versicherungswissenschaftlern, dass allein die Arbeitsweise der Aktiengesellschaften eine staatliche Kontrolle erforderlich machte.

Ähnlich wie bei der Untersuchung des Wettbewerbs im Versicherungswesen ging auch hier der laienhafte Gesetzgeber mit falscher Fragestellung an das Problem einer Versicherungsaufsicht heran. Mit dem Zutage treten von Missständen hätte untersucht werden müssen, was die Ursache für diese Missstände war und warum diese gerade durch die besondere Arbeitsweise der Aktiengesellschaften verursacht wurden. Leider wurde nicht diese Frage untersucht, sondern die Regierungen überlegten nur, was gegen die Symptome getan werden konnte. Dieses falsche Vorgehen mag auch darin begründet sein, dass die Gesetzgebungsorgane die kompliziert gewordenen Vorgänge im Versicherungswesen nicht durchschauten und deshalb die Aktiengesellschaften und deren Wissenschaftler zu Rate ziehen mussten. So gestalteten die Gesellschaften ihre eigenen Gesetze selbst.

Hätten die Gesetzgeber nach der Ursache für das Unbehagen und Misstrauen der Verbraucher geforscht und die „schädlichen Auswirkungen privaten Gewinnstrebens im Versicherungswesen“ erkannt, dann hätten sie feststellen müssen,

- dass Versicherung nur durch die Versicherten selbst gemeinschaftlich und unentgeltlich hergestellt werden kann,
- dass Aktiengesellschaften nur eine Dienstleistung bei der wirtschaftlichen Herstellung von Versicherung erbringen können,
- dass bei einer Vermengung dieser beiden Leistungen jeder Wettbewerb unmöglich gemacht ist und erwerbswirtschaftlich betriebene Gesellschaften ohne Wettbewerb sichere, der Höhe nach zufallsbedingte Gewinne aus den Überschüssen der „Versicherung“ erzielen, ohne dafür irgendeine Gegenleistung zu erbringen,
- dass durch die Vermengung von Versicherung und Dienstleistungen ein Konkurrenzkampf aller Unternehmen um die Überschüsse aus der Versicherung verursacht wird, der zu sozial ungerechtfertigten Beitragsklassen und Schadenbeiträgen sowie bei vielen Verbrauchern zu Schwierigkeiten führt, Versicherungsschutz zu erlangen und zu behalten.

Dann wäre es die Aufgabe des Gesetzgebers, Versicherung und Dienstleistungen zu trennen und die Prämienaufteilung anzuordnen. Damit wären alle Probleme im Versicherungswesen gelöst und die Voraussetzungen für einen Wettbewerb um die Dienstleistungen im Versicherungswesen und für eine allgemeingültige Regelung der Versicherung geschaffen.

## **Regelung des Versicherungsvertrages**

Diese Trennung hätte durch gesetzliche Regelungen des Versicherungsvertrages erfolgen können, die eindeutig die Versicherung als Leistung der Versicherten beschrieben und einer staatlichen Regelung unterstellt hätten. Diese Bestimmungen hätten die Dienstleistungen der Verwaltungsstellen regeln und einer Behörde alle die Aufgaben übertragen müssen, die mit dem finanziellen und zufallsbedingten Problem des Schadenausgleichs und mit dem sozialen Grundgedanken der Versicherung zusammen hängen (Bedingungen, Versicherbarkeit, Beitragsklassen, Schadenbeiträge, Überschussverwendung, Kontrolle, Bildung eines Ausgleichsfonds als Ersatz der „Rückversicherung“). Diese Bereiche können unmöglich Wettbewerbsbereiche sein, weil ein „Scheinwettbewerb“ hier zu Intransparenz, soziale Ungerechtigkeit und Ungleichbehandlung, zu Kostenverschwendungen und zu nichtleistungsbezogenen Kosten und Gewinnen führen muss, ja sogar zur Gefährdung des Versicherungsschutzes durch das Entstehen eines Bankrottrisikos.

Diese Zusammenhänge wurden aber nicht erkannt und der Versicherungsvertrag wurde nur unvollkommen geregelt. Danach hat der Versicherungsnehmer seine Prämie zu bezahlen. Und das Unternehmen ist nur verpflichtet, im Versicherungsfall die vereinbarte Leistung zu erbringen. Prämien- und Schadenzahlung stehen sich nach einer solchen Regelung wie Leistung und Gegenleistung gegenüber, was genau der falschen Vorstellung der Versicherten von der „Versicherung“ als „Kaufvertrag“ und der falschen Arbeitsweise der Aktiengesellschaften entspricht, die behaupten, „Versicherung produzieren und verkaufen“ zu können.

Die Versicherten müssen im Voraus ihre Leistung erbringen und die Prämie bezahlen. Dagegen entscheidet bei dieser Regelung allein der Zufall darüber, wer eine „Gegenleistung“ erhält, ebenso wie der Zufall die Gewinne der Aktiengesellschaft

ten bestimmt. Je weniger „Gegenleistungen“ die Aktiengesellschaften zu erbringen haben, umso mehr zufallsbedingte Gewinne machen sie. Es kann keinen Zweifel geben, dass diese Regelungen des Versicherungsvertrages die Spekulation der Aktiengesellschaften nicht beseitigt, sondern sanktioniert haben; denn die Ungewissheit der Zukunft und der Zufall, die Probleme der Versicherung, konnten durch diese Bestimmungen in den eigenartigen Vertrag der Aktiengesellschaften einfließen und sind nicht ausgeklammert worden. Sie machen dadurch in diesem Vertrag das ganze Verhältnis von „Leistung und Gegenleistung“ zufallsabhängig und ungewiss – spekulativ! – Die Versicherten, die nicht zufällig einen Schaden haben, erhalten nach dieser Regelung überhaupt keine „Gegenleistung“, auch nicht die der angeblichen „Risikotragung“ durch die Aktiengesellschaften (Seite 26 f.).

Die weiter oben gestellten Fragen nach der Leistung der Aktiengesellschaften im Versicherungswesen, nach dem Preis für diese Leistungen und dem Eigentum an der Prämie werden durch diese unzulänglichen Regelungen nicht beantwortet. Versicherung und Dienstleistung sind hier nach wie vor ebenso vermengt wie Schadenbeitrag und Preis. Vor allen Dingen ist das Eigentum an der Prämie überhaupt nicht geregelt. Sonst hätten sich nicht zwei völlig unterschiedliche Verfahrensweisen entwickeln können, dass nämlich die traditionellen Versicherungseinrichtungen nach wie vor alle Beiträge als Eigentum der Versicherten ansehen, während die Aktiengesellschaften alle Prämien wie eigenes Geld behandeln, aus dem sie die Schadenzahlungen als ihre „Gegenleistung“ erbringen und dessen Überschüsse sie als ihren Gewinn vereinnahmen.

Merkwürdigerweise hat die Unvollkommenheit dieser Regelungen bis heute niemanden gestört. Die Versicherungswissenschaft kann alle möglichen Vertragsarten in diese Regelungen hinein interpretieren (wie ihren „Kaufvertrag über ein Produkt Versicherung“), aber nicht die Leistung, welche die Aktienge-

sellschaften im Versicherungswesen einzig und allein erbringen können – eine Dienstleistung ! – Denn die „Prämie“ kann nicht der Preis für eine Dienstleistung sein, solange sie auch den Schadenbeitrag der Versicherten enthält. Und die „Versicherungsleistungen“, die die Geschädigten im Schadenfall erhalten, sind nicht durch eine Dienstleistung der Aktiengesellschaft entstanden, sondern durch das Geld, das die Versicherten selbst erarbeitet und für den gemeinschaftlichen Schadenausgleich bereit gestellt haben.

So brachten die unter Mitwirkung der Versicherungswissenschaftler entstandenen Regelungen über den Versicherungsvertrag keine Änderungen im Versicherungswesen und beseitigten nicht die wesentlichen Missstände

- Intransparenz,
- Nichtaufteilung der Prämie,
- Vermengung von „Schadenbeitrag“ und „Preis für eine Dienstleistung“,
- Vermengung von „Versicherung“ und Dienstleistung, was zur „Spekulation ohne Risiko“ der Aktiengesellschaften geführt hat,
- zufallsbedingte, nicht leistungsbezogene Gewinne der Aktiengesellschaften,
- Unrentabilität und Nichtleistungsbezogenheit der Kosten und Provisionen für die eigentlichen Dienstleistungen,
- Beseitigung jeglicher Wettbewerbsvoraussetzungen durch die Einbeziehung der zufallsbedingten Versicherung in den Wettbewerb um eine Dienstleistung, wodurch nur ein Konkurrenzkampf um Spekulationsgewinne und Marktvorteile entstanden ist,
- die Ungleichbehandlungen der Versicherten und soziale Ungerechtigkeiten durch die Festsetzung der Beitragsklassen und Schadenbeiträge durch die nach

Überschüssen, Gewinnen und Marktvorteilen strebenden Gesellschaften.

### **Regelung der staatlichen Versicherungsaufsicht**

Da diese Missstände nicht durch gesetzliche Regelungen über den Versicherungsvertrag beseitigt wurden, blieb es den Aufsichtsbehörden vorbehalten, diese Missstände zu beseitigen und dafür zu sorgen,

- dass die Aktiengesellschaften nicht länger die zufallsbedingten Überschüsse aus den Schadenbeiträgen als Gewinne vereinnahmen,
- dass die Aktiengesellschaften nur Gewinne aus der Rentabilität ihrer Dienstleistung und ihrer Kapitalverwaltung ziehen (insoweit hätte die staatliche Aufsicht für den Dienstleistungsbereich die Funktion des fehlenden Wettbewerbs übernehmen und für Transparenz und Äquivalenz sorgen müssen),
- dass die finanziellen und sozialen Grundlagen der Versicherung im Sinne der Versichertengemeinschaft allgemeingültig festgelegt werden.

Doch ergingen auch für die staatliche Versicherungsaufsicht – unter Mitwirkung der Versicherungswissenschaft – nur unvollkommene Regelungen, die nicht die Bereiche und Aufgaben der staatlichen Aufsicht festlegten, sondern die nur allgemein umschrieben, dass Missstände im Versicherungswesen verhindert und beseitigt werden sollen. Um die Aufgaben der Aufsicht streitet man sich noch heute.

Diese Unvollkommenheit der gesetzlichen Regelungen hat große Freiräume für erwerbswirtschaftliche Theorien und Gewinne offen gelassen, welche die Versicherungswissenschaftler und

die Aktiengesellschaften sehr einseitig zum Nachteil der Verbraucher ausgenutzt haben.

Die unvollkommenen Regelungen über den Versicherungsvertrag füllten die Aktiengesellschaften und ihre Wissenschaftler mit der unhaltbaren „Produktionstheorie“. Die offenen Fragen nach ihrer Gewinnberechtigung und Leistung, nach Preis und Eigentum an der Prämie beantworten sie, indem sie sagen, durch Risikotragung produzieren sie Versicherung, die Prämie sei dafür der Preis und alle Prämien gingen in das Eigentum der Aktiengesellschaften über.

### **„Schutztheorie“ für die staatliche Versicherungsaufsicht**

Für die offenen Fragen nach den Bereichen und Aufgaben der staatlichen Aufsicht entwickelten die Versicherungswissenschaftler eine „Schutztheorie“, indem sie die Gefahren der „Versicherung zur festen Prämie“ hervorhoben, dass nämlich bei zu niedrigen Prämien und zu geringem Sicherheitskapital die festen Prämien für die Schadenzahlungen nicht ausreichen könnten. Deshalb müssten die Aufsichtsbehörden den Gesellschaften „zum Schutze der Versicherten“ so ausreichende Prämieinnahmen zubilligen, dass diese mit Sicherheit für die Schadenzahlungen ausreichten und außerdem Überschüsse entstanden, die in das Sicherheitskapital überführt werden konnten. Und über die Sicherheit dieser Kapitalanlagen sollten dann die Aufsichtsbehörden – auch „zum Schutze der Versicherten“ – wachen.

Die Aufsichtsbehörden mussten ihre Aufgabe „zum Schutze der Versicherten“ so erfüllen, wenn „Versicherung zur festen Prämie“ wirklich Sicherheit bieten sollte. Es wurde nur bis heute übersehen, dass es unter diesen Umständen keine Gegenleistung und keine Berechtigung für die Aktiengesellschaften mehr gibt, die sicheren, der Höhe nach zufallsbedingten Überschüsse als Gewinne zu vereinnahmen, daraus Dividenden zu zahlen und das Eigenkapital laufend zu erhöhen. Die Aufsichtsbehörden erkannten nicht, dass „Versicherung zur festen Prämie“

Spekulation ist und dass sie „zum Schutze der Versicherten“ gezwungen waren, der Spekulation das Risiko zu nehmen und diese Spekulation mit einer staatlichen Überschussgarantie zu versehen. Warum die Aufsichtsbehörden allerdings den Aktiengesellschaften gestatten, die Überschüsse als „Gewinne“ zu vereinnahmen, warum aus der „Überschussgarantie“ eine „staatliche Gewinngarantie“ gemacht wurde, ist das große Rätsel im Versicherungswesen. Die Annahme, Sicherheitskapital könne bei den Aktiengesellschaften nur über Gewinne in Form der „Selbstfinanzierung des Eigenkapitals“ gebildet werden, ist durch nichts zu begründen. Die traditionellen Versicherungseinrichtungen beweisen, dass Sicherheitskapital auch aus Geld der Versicherten gebildet werden und im Eigentum der Versicherten bleiben kann.

Wenn die Aufsichtsbehörden oft als „Verbraucherschutzbehörden“ bezeichnet werden, so trifft das nur in der einen Richtung zu, dass diese Einrichtungen die mit Risiken belastete „Versicherung zur festen Prämie“ für die Versicherten sicher machen. Sie ermöglichen dadurch aber den Aktiengesellschaften zufallsbedingte Gewinne und schützen die Verbraucher insoweit nicht vor rechtswidriger Enteignung durch die ungerechtfertigte Bereicherung der Aktiengesellschaften am Versichertengeld.

Verbraucherschutz – besser: Konsumerismus oder Förderung der Verbraucherinteressen – ist mehr, als dafür zu sorgen, dass Zahlungsversprechen, die Aktiengesellschaften angeblich den Verbrauchern „verkaufen“, auch mit Sicherheit erfüllt werden. Konsumerismus ist vor allem die Herstellung und Förderung von Wettbewerb, damit der Verbraucher informiert und wissend seine Stellung im Markt wahrnehmen und bei der Deckung seines Bedarfs eine freie Entscheidung treffen kann. Gibt es keinen Wettbewerb – wie im Versicherungswesen, weil Leistungen nicht beschrieben und Preise nicht angegeben werden -, dann

ist es die Aufgabe einer „Verbraucherschutzbehörde“, wenigstens die Funktion des Wettbewerbs im eigentlichen Wettbewerbsbereich der Dienstleistungen zu ersetzen.

### **Unmöglichkeit der Aufgabenerfüllung bei ungeteilter Prämie**

Unrentabilität bei der Versicherungsvermittlung und Bestandsverwaltung, Unwirtschaftlichkeit bei der Versicherung kleiner Risiken und Regulierung kleiner Schäden sind durch die fehlende Preisangabe nicht erkennbar und werden durch keinen Wettbewerb verhindert. Durch die Nichtaufteilung der Prämie ist es den Aufsichtsbehörden aber auch nicht möglich, den Wettbewerb in diesen Bereichen zu ersetzen und direkt Einfluss auf die Rentabilität der Dienstleistungen zu nehmen, um eine Äquivalenz von Leistung und Kosten herzustellen. Bei der ungeteilten Prämie wäre dieses nur über eine Anordnung zur Kürzung der Gesamtprämie möglich. Dieses könnte aber zu einer Gefährdung der „Versicherung zur festen Prämie“ führen (Bankrottrisiko).

So können die staatlichen Aufsichtsorgane im Grunde keinen direkten Einfluss nehmen auf den eigentlichen Wettbewerbsbereich, was nur über die ungeteilte Prämie möglich wäre, die einen durchaus kalkulierbaren Kostenanteil enthält. Die Prämie ist aber durch die Vermengung mit der Versicherung und dem Schadenbeitrag insgesamt durch die Ungewissheit der Zukunft belastet und deshalb nicht im Voraus zu regulieren. So kann auch niemand die Aktiengesellschaften zwingen, Verluste aus der Unrentabilität mit eigenen Mitteln auszugleichen, wie es jedes andere Unternehmen machen muss. Die Aktiengesellschaften verwenden hierfür die Überschüsse aus den ihnen eigentlich nur anvertrauten fremden Schadenbeiträgen.

Die staatlichen Aufsichtsbehörden kümmern sich also kaum um die Rentabilität der Dienstleistungen im Versicherungswesen. Sie haben nur Regelungen oder Genehmigungsverfahren für

die Beitragskalkulation eingeführt und angeordnet, dass in manchen Versicherungszweigen (z. B. in der Autoversicherung) auch die Aktiengesellschaften Überschüsse aus den Prämien und Zinserträgen der Kapitalanlagen in gewissem Umfang an die Versicherten zurückzahlen müssen. Dieses sind zwar auch richtige Schritte in Richtung auf die Erfüllung der eigentlichen Aufgaben der Aufsicht, - ein Versuch, nichtleistungsbezogene Gewinne zu verhindern. Doch werden diese Maßnahmen nicht konsequent und nicht in allen Bereichen durchgeführt. Und vor Allem: Es fehlt die theoretische Begründung für diese Maßnahmen. So lassen sie sich nicht in Einklang bringen mit den Theorien der Versicherungswissenschaft. Wenn die Prämie der Preis für ein Produkt „Versicherung“ sein soll, warum sollen dann diese Preise und die Zinserträge aus dem angeblich gesellschaftseigenen Kapitalanlagen zum Teil wieder an die Versicherten zurückgezahlt (zurück übereignet ?) werden ? – Wann wem welcher Teil der Prämie gehört und warum, ist nach wie vor völlig ungeklärt.

Es stehen sich zwei Meinungen gegenüber, die mehr oder weniger staatliche Aufsicht und Eingriffe im Versicherungswesen fordern. Die Frage „mehr oder weniger Aufsicht“ lässt sich erst entscheiden, wenn man die oben angestellten Überlegungen berücksichtigt und erkennt, dass die Versicherung zur festen Prämie aus mehreren Leistungen besteht und die in der Prämie versteckte „Versicherung“ überhaupt kein Wettbewerbsbereich sein kann, dass ein Scheinwettbewerb hier sogar zu finanziellen und sozialen Missständen führt. Dieser Bereich einer sozialen Hilfe-Einrichtung muss einer staatlichen Regelung unterliegen. Dagegen ist eine staatliche Aufsicht über die Dienstleistung der Gesellschaften unbegründet und überflüssig. Nur können diese beiden Bereiche nicht getrennt werden, solange die Prämie nicht aufgeteilt ist. Und solange dieses nicht geschieht, wird der Streit um die Versicherungsaufsicht andauern mit den verständlicherweise völlig konträren Argumenten aus den Be-

reichen „Versicherung“ (für staatliche Regelung) und „Dienstleistung der Gesellschaften“ (für freien Wettbewerb). So kommt denn auch der kuriose Vorwurf der Aktiengesellschaften zustande, die staatlichen Eingriffe in die Festsetzung der Prämien und Beitragsklassen sowie in die Verwendung der Überschüsse behinderten den „freien Wettbewerb“ (um ungerechtfertigte Bereicherung !) und verhindern (zufallsbedingte !) „Gewinne“.

Tatsächlich entschied sich nach der Einführung der Versicherungsaufsicht die Höhe der Überschüsse und Gewinne nicht mehr allein durch den zufälligen Schadenverlauf, sondern auch durch die Eingriffe der Aufsicht in die Prämienkalkulation und Überschussverwendung. Und so gibt es über die „Eindringtiefe“ der Aufsicht in diese Bereiche bis heute eine dauernde Auseinandersetzung und aufwändige Genehmigungs- und Kontrollverfahren, die überflüssig wären, wenn die Prämie aufgeteilt und die Schadenbeiträge und ihre Überschüsse dem Zugriff der Gesellschaften entzogen worden wären.

Der Kampf der Aktiengesellschaften mit der staatlichen Aufsicht um die Gewinne spielt sich in zwei Etappen ab, in einem „Zeitpunkt der Ungewissheit“ (Prämienkalkulation, Festsetzung der Beitragsklassen und Schadenbeiträge) und in einem „Zeitpunkt der Gewissheit“ (Feststellung des Jahresüberschusses, Überschussverwendung). Es ist im Vorangegangenen dargestellt worden, dass die staatlichen Aufsichtsorgane, sofern sie Einfluss auf die Prämienkalkulation nehmen, den Gesellschaften wegen der Ungewissheit der Zukunft und zum Schutze der Versicherten so ausreichende Prämien zugestehen müssen, dass die Kosten und Schäden mit Sicherheit damit abgedeckt werden können.

## **Verhinderung einer nachträglichen Kontrolle der Beitrags- und Kostenverwendung durch die Entstellung von Jahresabschlüssen und Bilanzen**

Die Ungewissheit der Zukunft und des Schadenverlaufs wird aber beim Jahresabschluss zur Gewissheit. Und hier beginnt für die Aktiengesellschaften die zweite Etappe des Kampfes gegen die Aufsicht um ihre Gewinne. Es gilt, die Jahresabschlüsse und Bilanzen möglichst so zu gestalten, dass Gewinne und Kosten unterdrückt und verschoben werden, damit Überschüsse nicht an die Versicherten erstattet zu werden brauchen und Unrentabilitäten und Ungerechtigkeiten nicht zu erkennen sind.

Möglichkeiten und Praxis solcher Entstellungen der Jahresabschlüsse und Bilanzen, Möglichkeiten der Kosten- und Gewinnverschiebungen hier ausführlich darzustellen, würden den Rahmen dieses booklets sprengen und die ohnehin gegebene Kompliziertheit und Schwierigkeit bei der Entwirrung des Versicherungswesens nur noch vergrößern. Hier sollen nur kurz die Positionen aufgezählt werden, die zu völliger Intransparenz der Jahresabschlüsse führen und es unmöglich machen, die tatsächlichen Einnahmen, Ausgaben, Schadenzahlungen und Gewinne der Gesellschaften zu ermitteln:

Die tatsächlichen Einnahmen werden dadurch entstellt, dass sie einmal durch Prämien aus in Rückdeckung genommenen Versicherungen erhöht und dann wieder um die Beiträge für die eigene Rückversicherung (selbst kleinster Risiken) gekürzt sind und die Erträge aus den Kapitalanlagen von Versichertengeld nicht als Einnahmen berücksichtigt werden.

Die tatsächlichen Betriebskosten werden dadurch entstellt, dass sie um Rückversicherungsprovisionen, Kostenverschiebungen und Schadenregulierungskosten gekürzt sind.

Die tatsächlichen Schadenzahlungen werden entstellt, indem

sie um die Beteiligungen der Rückversicherer an den Schaden- aufwendungen gekürzt und um die Schadenregulierungskosten wieder erhöht sind. Außerdem werden hier übertriebene Reser- ven für unerledigte Schadenfälle eingerechnet.

Durch internen Ausgleich innerhalb der Branchen, innerhalb der Gesellschaften und innerhalb von Konzernen werden Kosten und Gewinne verschoben und verschleiert. Kosten und Verluste bei bestimmten gewerblichen Versicherungen werden durch Überschüsse aus dem Massengeschäft der privaten Versiche- rungen ausgeglichen.

Die Bilanzen werden dadurch entstellt, dass Kapitalanlagen nicht richtig bewertet werden. Die Wertsteigerungen kommen so nur den Aktionären über die Kurswertsteigerungen der Akti- en, nicht aber den Versicherten zugute.

Umsatzrenditen werden verschleiert, indem die Überschüsse nicht zu den Kosten („Preisen“) für die Dienstleistungen in Rela- tion gesetzt werden, sondern zu den Gesamtprämieinnah- men, die überhaupt kein Umsatz der „Dienstleistungsbetriebe“ sind.

Kosten- und Schadenquoten werden dadurch verschleiert, dass falsche Beträge in Relation gesetzt werden.

Alles in Allem kann zwar festgestellt werden, welche Ü- berschüsse Gesellschaften und Konzerne insgesamt er- zielen. Aber wo und wie die Gewinne und Kosten genau entstanden und inwieweit sie leistungsbezogen oder zu- fallsbedingt sind, kann niemand – auch nicht eine Auf- sichtsbehörde – ermitteln. Dafür sind viel zu viel Positio- nen miteinander vermengt, durchlaufende Posten unter- drückt und nur Endbeträge angegeben, die überhaupt keine Aussagekraft mehr besitzen.

Die Herstellung von Äquivalenz ist ausgeschlossen, wenn die Aufsichtsbehörde im „Zeitpunkt der Ungewissheit“ die

Überkalkulation der Prämien zum Schutze der Versicherten zulassen muss, nach Ablauf des Schadenjahres – im „Zeitpunkt der Gewissheit“ – aber immer noch nicht die einzelnen Leistungen, ihre Kosten und Rentabilität beurteilen und den Wettbewerb im Dienstleistungsbereich nicht durch nachträgliche Korrekturen im Preis-/Leistungsverhältnis ersetzen kann.

Es zeigt sich deutlich, wie falsch das Versicherungswesen strukturiert und geregelt ist, und welche Schwierigkeiten eine staatliche Aufsichtsbehörde haben muss, ihren eigentlichen Wirkungsbereich zu erkennen und ihre eigentlichen Aufgaben wahrzunehmen. So ist auch durch die Nichtaufteilung der Prämie die Versicherungsaufsicht zu einem Dauerproblem und der Kampf mit den Gesellschaften um die Prämienkalkulation, Überschussverwendung und Äquivalenz zu einem im Grund unlösbaren Dauerkonflikt geworden.

Aufwändige Prämien-Genehmigungsverfahren genauso wie auch die Missstände und Probleme bei der Rechnungslegung und der Kontrolle der Gesellschaften im „Zeitpunkt der Gewissheit“ könnten sehr einfach durch die Prämienaufteilung beseitigt werden, weil dann die Schadenbeiträge der Versicherten und die Preise der Aktiengesellschaften für ihre Dienstleistungen ganz eindeutig in Jahresabschlüssen und Bilanzen getrennt wären. Über die Verwendung der Überschüsse, über das Eigentum an Schadenbeiträgen und Preisen und über die Gewinnberechtigung der Aktiengesellschaften würden keine Unklarheiten mehr bestehen. Sofern bei den Aktiengesellschaften die Einnahmen an Preisen die Kosten übersteigen, sind die Überschüsse ihr Gewinn. Die Überschüsse aus den Schadenbeiträgen müssten dagegen nach einer entsprechenden Regelung der Aufsichtsbehörde an die Versicherten erstatten oder in Reserven überführt werden, die im Eigentum der Versicherten bleiben und deren Kapitalanlage durch die Aufsichtsbehörden geregelt und überwacht wird. Die Versicherungsbehörde müsste außerdem die Bedingungen und Beitragsklassen für die Schadenbeiträge festsetzen und einen Ausgleichsfonds als

Ersatz für die Rückversicherung im Massengeschäft bilden.

### **Schlussbemerkungen (Verbraucherbedarf, Innovation, Wettbewerb, Diversifikation, Kommunikationstechnologie)**

Es ist höchste Zeit, dass alle hier angeschnittenen Probleme – ausgehend von der „Versicherung als gegenseitiger Hilfe der Versicherten“ – in neutraler und wissenschaftlicher Form untersucht und Lösungen gefunden werden für die allgemeingültige (gesetzliche) Regelung der „Versicherung“ und für eine Regelung der Dienstleistungen im Versicherungswesen und ihrer Vergütungen. Die Auswirkungen eines Strukturwandels auf das Versicherungswesen (Agenten- und Provisionssystem, Rückversicherung, Wettbewerb) und auf andere Bereiche (Diversifikation, Fusion und Einsatz von Kommunikationstechnologien im Finanzdienstleistungswesen) müssten untersucht werden. Insbesondere sollten sich aber alle Regelungen und Veränderungen am Bedarf des Verbrauchers ausrichten, der bisher im Versicherungswesen nur die Rolle eines Abschlussopfers gespielt hat und der die Unvollkommenheit staatlicher Gesetzgebung und Aufsicht teuer bezahlten musste dadurch, dass die Aktiengesellschaften sich an seinem Geld bereichert, daraus Dividenden gezahlt und ihre „Eigenvermögen“ gebildet und sein Geld für unrentable Arbeitsweise verschwendet haben.

Erst wenn Wettbewerbsvoraussetzungen und Transparenz durch wahre Informationen geschaffen worden sind, wenn der Verbraucher erkennen kann, was im Versicherungswesen vorgeht, wenn ihm Alternativen geboten werden und er diese wahrnehmen kann, wenn er die Freiheit hat, jederzeit seine Versicherung zu wechseln, erst dann kann der Verbraucher seine Funktion im Markt übernehmen und Wettbewerb auch im Versicherungswesen (im Bereich der Dienstleistungen) hergestellt werden.

Wettbewerb im Versicherungswesen haben vor allem die Aktiengesellschaften zu fürchten und so werden diese weiterhin alles tun, um diesen zu verhindern. In Japan sind die Aktiengesellschaften im Zuge der Wirtschaftsdemokratisierung fast vollständig aus dem Versicherungswesen verdrängt. In den USA nehmen ihre Marktanteile ständig ab und belaufen sich noch auf etwa ein Drittel. In Deutschland haben die Aktiengesellschaften ihren Marktanteil von zwei Drittel bislang erfolgreich verteidigt, indem sie die totale Intransparenz durch Informationsunterdrückung erhalten haben und gewaltige Kosten für die Außenorganisation und Agenten aufwenden, um die Versicherten langfristig an sich zu binden. Sie haben dadurch den Wechsel zu Billigversicherern erheblich erschwert oder ganz unmöglich gemacht.

Eine Alternative zu den Aktiengesellschaften – vielen Verbrauchern als solche gar nicht bekannt – sind die Gegenseitigkeitsversicherungsvereine, die gewinnlos und mit wesentlich niedrigeren Kosten und Beiträgen arbeiten. Aber auch diese haben zwei wesentliche Fehler:

Die unverständliche totale Anpassung an die Arbeitsweise (und „Produktionstheorien“) der Aktiengesellschaften, indem sie (unter Steuerbelastung) auch gewaltige Kapitalreserven aufbauten und den nachträglichen jährlichen Ausgleich des Schadenaufwandes durch Nachschusszahlungen aufgaben. Im Gegensatz zu den Aktiengesellschaften bleibt alles Kapital der Gegenseitigkeitsversicherer Eigentum der Versichertengemeinschaft. Aber eine Enteignung findet auch hier statt, weil kein Mitglied einen Anspruch auf Auszahlung seines Kapitalanteils hat, wenn er aus dem Verein ausscheidet. Das einzelne Mitglied verschenkt also Geld. Aber wer ist bereichert ? – Die Frage nach dem Eigentum an den Beiträgen und Kapitalreserven, nach dem Sinn oder Unsinn der „festen Prämien und Beiträge“ und dem Aufbau riesiger Sicherheitskapi-

talreserven (vor allem auch im Massengeschäft) ist bis heute auch noch nicht für die Gegenseitigkeitsversicherung ausreichend untersucht und beantwortet worden.

Um Marktvorteile zu erringen, starteten und betreiben einige Gegenseitigkeitsversicherer noch heute den Kampf um die Beitragsklassenbildung (z. B. für Beamte und andere „gute Risiken“). Sie verkennen aber, dass sie damit die soziale Idee der Versicherung als einem gegenseitigen unentgeltlichen Schadenausgleich innerhalb einer sozialen Gemeinschaft aushöhlen.

Dennoch gibt es zwei wesentliche Vorzüge in der Gegenseitigkeitsversicherung:

- keine ungerechtfertigte Bereicherung von Firmen,
- billigere Beiträge als Ergebnis einer rationelleren Arbeitsweise.

Durch die Kompliziertheit im Versicherungswesen, die die Aktiengesellschaften durch ihre eigenartige „Versicherung zur festen Prämie“ verursacht haben, durch die Bankrottgefahren dieser Versicherungsform und die Schwierigkeiten – wenn nicht sogar Unmöglichkeit –, die Wege des Verbrauchergeldes zu verfolgen und dieses Geld zu schützen, hat sich die sogenannte „Versicherungswirtschaft“ in vielfacher Hinsicht eine „splendid isolation“ verschafft. Vor allem wurde verwandten Bereichen wie Banken und Sparkassen das Eindringen verwehrt, weil dann die Wege des Verbrauchergeldes noch unübersichtlicher und eine Kontrolle und der Schutz der Versicherten noch komplizierter geworden wären. So hat die Kompliziertheit der „Versicherung zur festen, ungeteilten Prämie“ den Aktiengesellschaften nicht nur risikolose und zufallsbedingte Gewinne verschafft, sondern auch noch jede Konkurrenz aus anderen Bereichen ferngehalten, wogegen sich die sogenannten Versiche-

rungsgesellschaften mit der Kapital-Lebensversicherung, mit der Versicherung von Kleinrisiken und Kleinschäden schon lange in Bereichen der Banken und des Sparens bewegen.

Jetzt dringen aber in den USA bereits bank holdings in das Versicherungswesen ein und dürfen nach einem Urteil des Höchsten Gerichtes alle Versicherungen über den Bankschalter ihrer Unternehmen anbieten und abschließen. Dieses Eindringen anderer Finanzdienstleistungsunternehmen in das „Reservat der Versicherungswirtschaft“ ist in vollem Umfang und ohne Gefahr für die Versicherten möglich, wenn die Prämie aufgeteilt ist und dadurch die Versicherung dem Sparen und Giroverkehr angeglichen wird: Hier das Geld der Versicherten, das für einen gemeinschaftlichen Schadenausgleich eingezahlt wird – hier die Gebühren der Unternehmen für ihre Dienstleistungen ! – Die Wege des Versichertengeldes sind dann ganz leicht zu verfolgen und zu kontrollieren und die Dienstleistungsunternehmen haben mit der Versicherung und dem „Tragen irgendwelcher Risiken“ der Versicherten nichts mehr zu tun. Die Leistungen der Unternehmen im Versicherungswesen sind ganz einfach Finanzdienstleistungen (Verwaltung und Verteilung fremden Geldes).

Der Verbraucher hat einen einheitlichen Bedarf an einer alles umfassenden Finanzdienstleistung, an einem „one stop financial service“ für sein frei verfügbares Einkommen und Vermögen. Er möchte möglichst an einer Stelle neutral und umfassend beraten und von dieser auch in allen Finanzfragen ständig betreut werden. Er möchte auch möglichst nur dieser einen Stelle seine persönlichen Daten anvertrauen, die der Bank oder Sparkasse ohnehin weitgehend bekannt sind. Damit der Versicherungsschutz ständig seinen veränderten Verhältnissen angepasst wird, muss der Kunde ein Interesse daran haben, dass der Daten- und Informationsaustausch in Form von Rechten und Pflichten geregelt wird und regelmäßig und schriftlich erfolgt, wie es z. B. in den USA durch Fragebogen bei der Erneuerung

der kurzfristigen Verträge geschieht. Der Verbraucher hat wesentlich mehr Vertrauen und Kontakt (in Zukunft über neue Kommunikationstechnologien) zu Banken und Sparkassen, die mehr Filialen besitzen, als es Agenten im Versicherungswesen gibt. Die Banken und Sparkassen können wesentlich mehr und neuartige Alternativen bei der Versicherung bieten (Kombination von Sparvertrag und Versicherung mit entsprechendem Selbstbehalt, Bündelung aller Versicherungen, monatliche Abbuchungen vom Konto, Kombination von Risikolebensversicherungen mit einer flexiblen Vermögensbildung über Sparen, Kapital- oder Sachvermögensanlagen zur Erzielung von Erträgen und Wertsteigerungen).

Durch die Prämienaufteilung und genaue Abrechnung der fremden Gelder könnten auch andere Finanzdienstleistungsunternehmen im Versicherungswesen Dienstleistungen erbringen (Diversifikationen, Fusionen), was nicht nur dem Verbraucher nützen, sondern auch Wettbewerb, Innovation, Rationalisierung und den Einsatz und die Nutzung moderner Technologien für eine dringend notwendige Kundenbetreuung fördern würde.

Diese kleine booklet sollte aufzeigen, dass es noch Vieles zu untersuchen gibt im Versicherungswesen, das erst durch die „spekulierenden“ Aktiengesellschaften kompliziert gemacht worden ist und dessen Gestaltung bis heute der sogenannten „Versicherungswirtschaft“ und ihren Wissenschaftlern selbst überlassen war (mit all den dargestellten Folgen und Missständen, die weder Wettbewerb noch eine staatliche Aufsicht beseitigen können).

Ausgangspunkt und Gegenstand aller Untersuchungen muss dabei sein – die Versicherung, die nur von den Versicherten durch gegenseitige, unentgeltliche Hilfe erbracht werden kann und niemals als wirtschaftliche Leistung eines Unternehmens ! – Ohne Prämienaufteilung, ohne Trennung von Versicherung und Dienstleistung lassen sich die Probleme im Versicherungswesen nicht lösen.

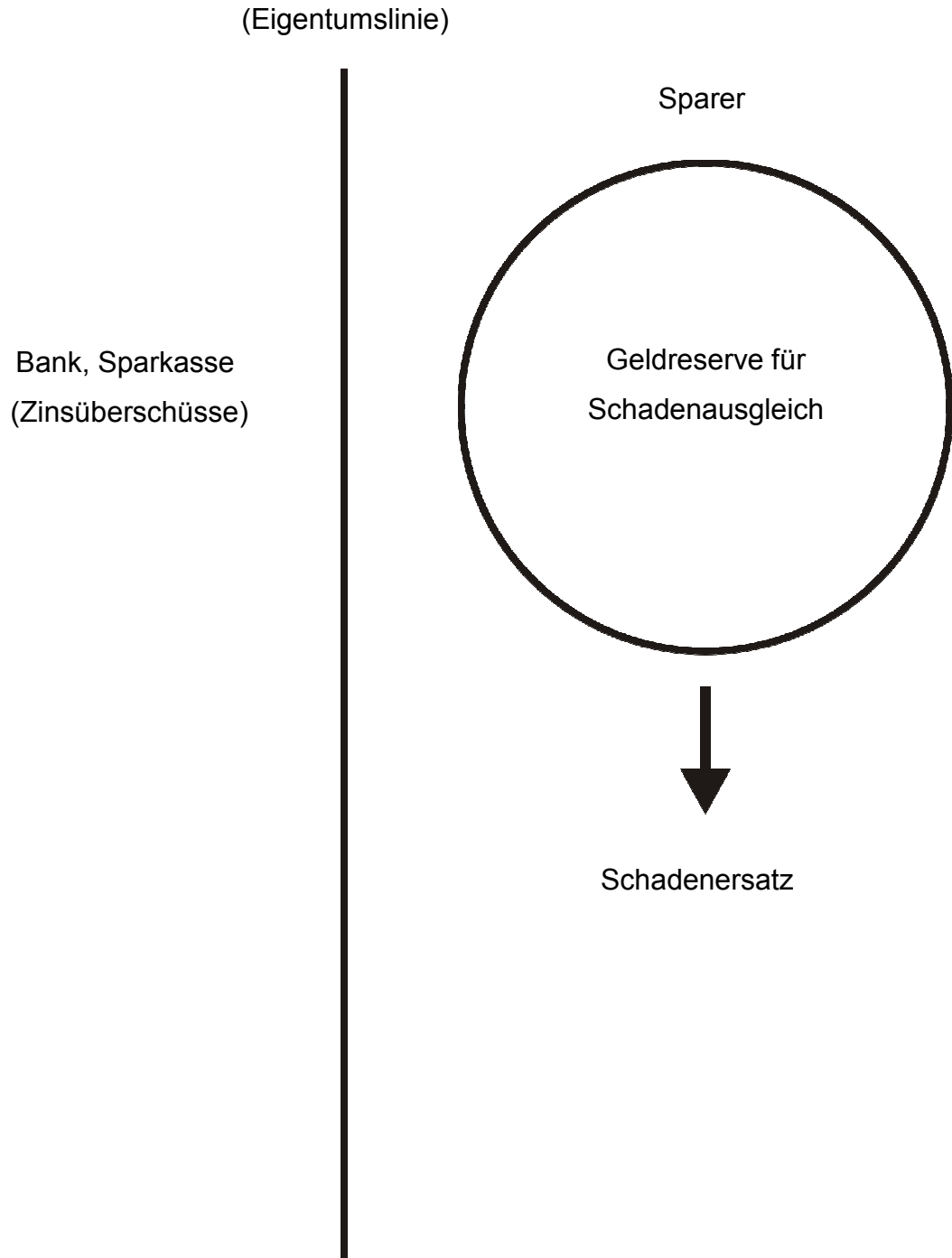
Solange die mit der Ungewissheit der Zukunft belastete „Versicherung“ nicht aus Erwerbswirtschaft und Wettbewerb oder Konkurrenzkampf herausgehalten wird, werden die Enteignung der Versicherten und die ungerechtfertigte Bereicherung der Aktiengesellschaften genauso weitergehen wie soziale und finanzielle Ungleichbehandlungen der Verbraucher.

### **Grafische Darstellungen**

Im Folgenden sollen die Grundprobleme der Versicherung noch einmal grafisch dargestellt werden. Dabei ist vor Allem zu achten

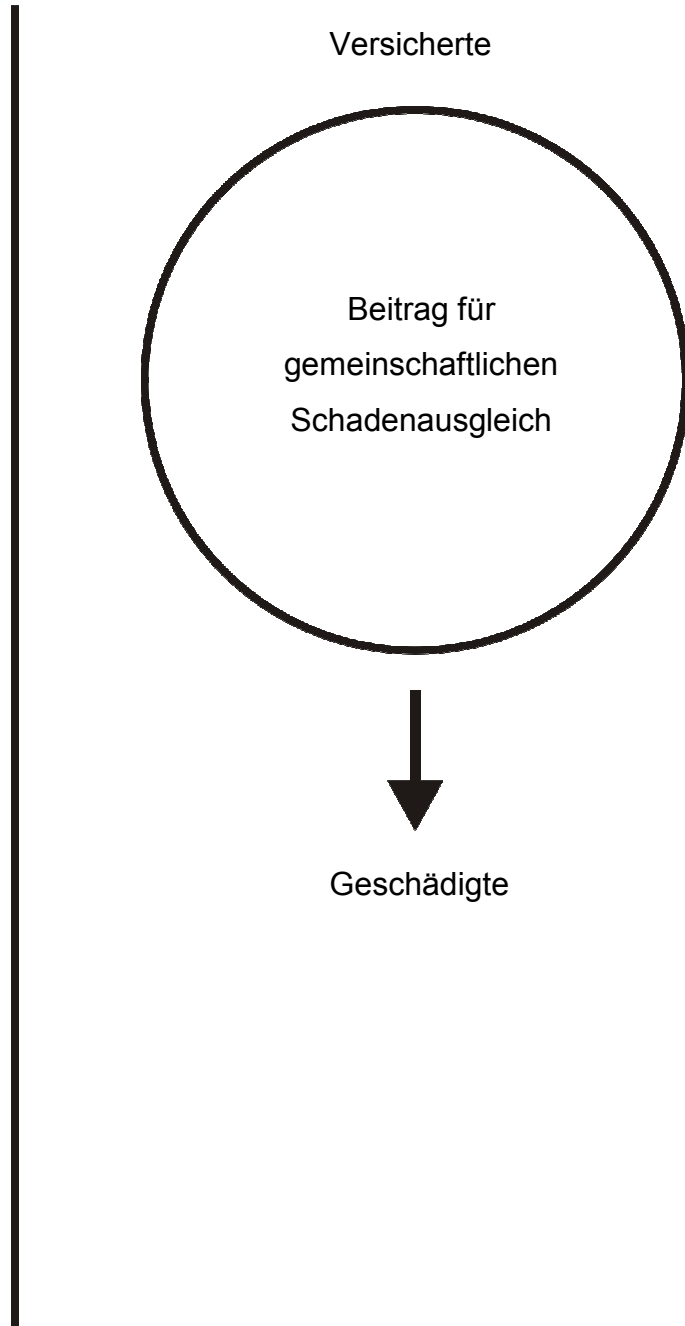
- auf die „Eigentumslinie“ und wie sich das Eigentum am Geld bei den einzelnen „Versicherungsformen“ verändert,
- und auf den Einfluss des Zufalls, insbesondere wie das Problem der Ungewissheit der Zukunft bei der „Versicherung zur festen Prämie“ in den Bereich der Aktiengesellschaften hinüberwechselt und dort zum „Profitproblem“ wird und die zufallsbedingten Gewinne verursacht (Seite 73).

## Selbstversicherung (durch Sparen)

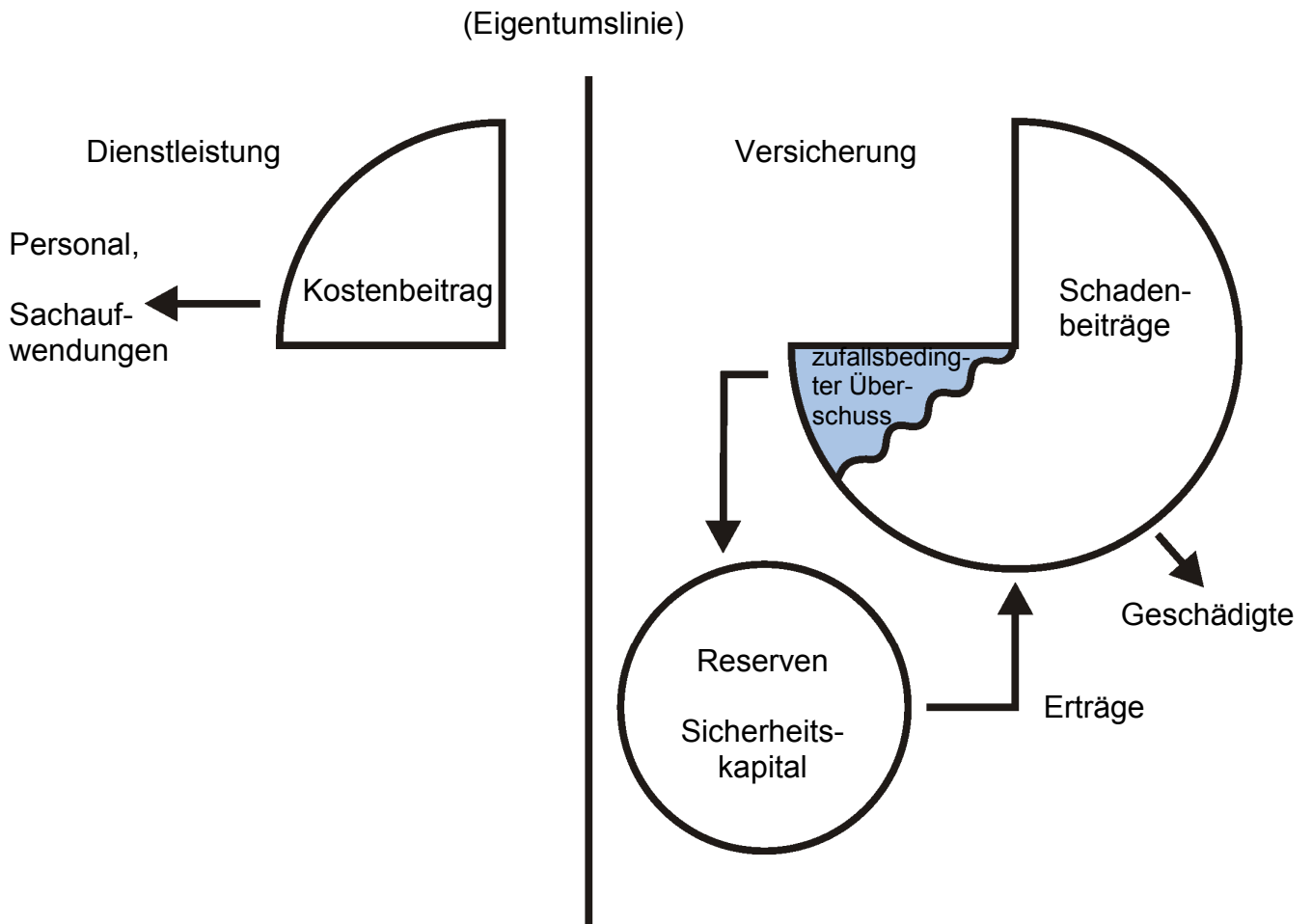


**Versicherung in einer Gemeinschaft  
(gegenseitige unentgeltliche Hilfe)**

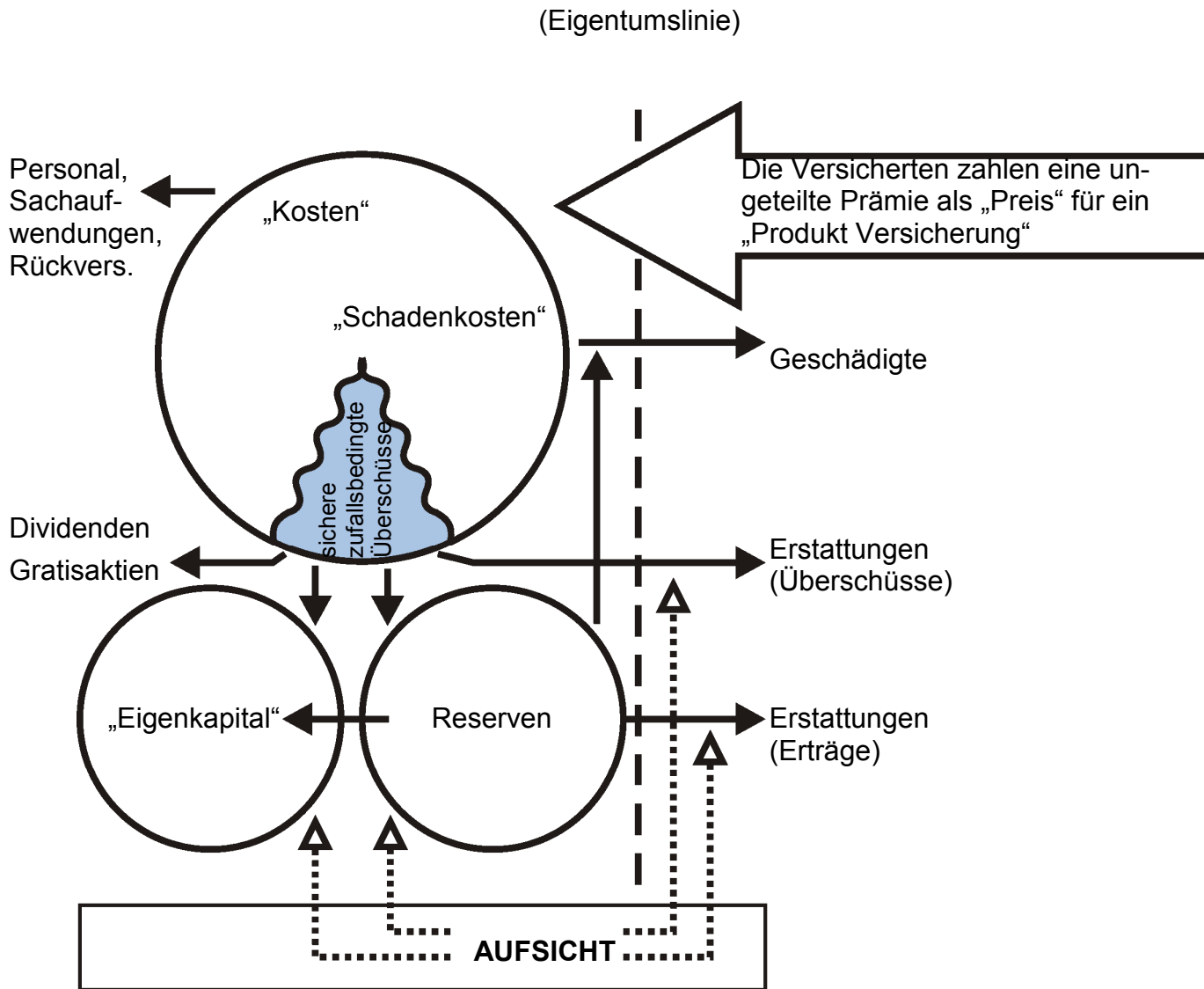
(Eigentumslinie)



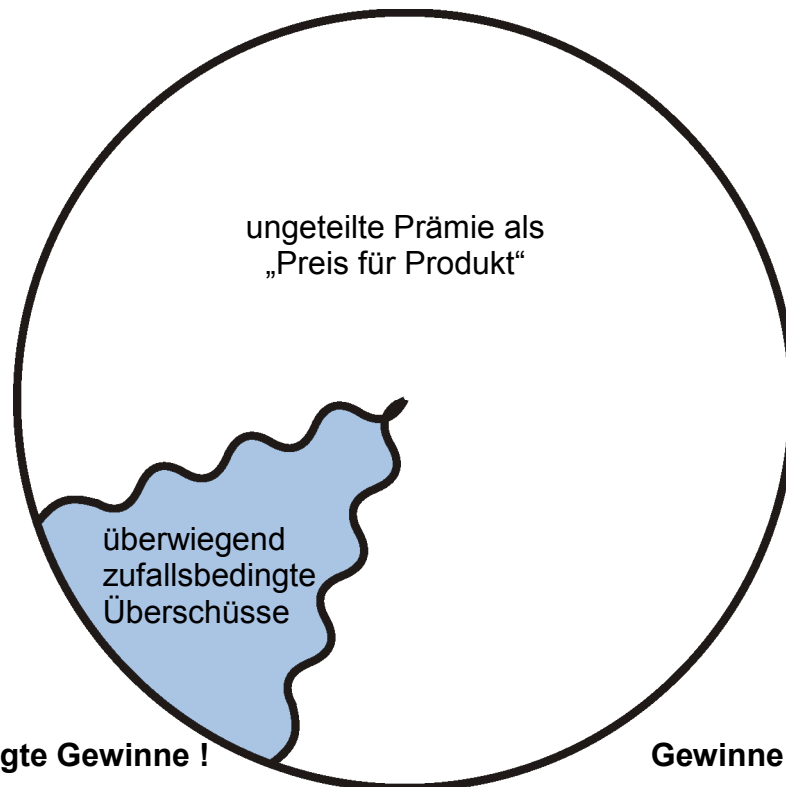
## Versicherung in einem Versicherungsverein



## „Versicherung zur festen Prämie“ durch AG



## Probleme der „Versicherung zur festen Prämie“ durch AG



### zufallsbedingte Gewinne !

Gewinnberechtigung ? –  
Leistung ? –  
Eigentum ? –  
Äquivalenz ? –

Intransparenz ! –  
kein Wettbewerb ! –  
Misstrauen ! –  
Kompliziertheit ! –  
Erfordernis der Aufsicht ! -

### Gewinne durch:

Überkalkulation  
Ablehnung von Schadenzahlungen  
Kürzung von Schadenzahlungen  
Selektion guter Risiken  
Beitragsklassenbildung  
Kündigung schlechter Risiken  
Nichterneuerung von Verträgen

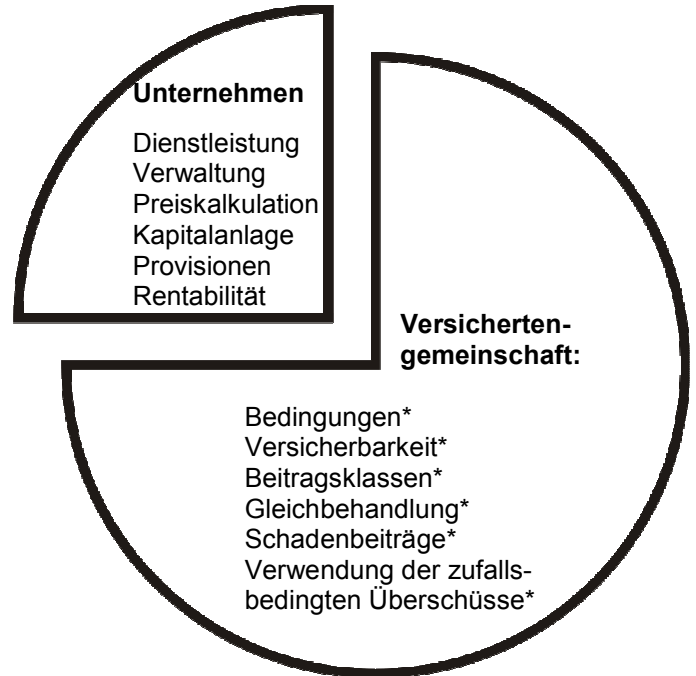
übertriebene Reservenbildung  
übertriebene Rückversicherung

## Problemverteilung

bei einer ungeteilten Prämie



bei einer geteilten Prämie

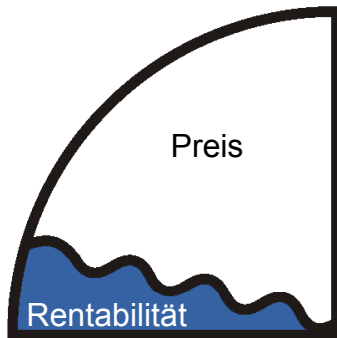


- \* Diese Probleme der Versicherung und der Ungewissheit können unmöglich Probleme von nach Gewinn, Überschüssen und Marktvorteilen strebenden Unternehmen sein, da sie dann nicht nach der sozialen Grundlage der Versicherung gelöst werden und zu zufallsbedingten Gewinnen führen.

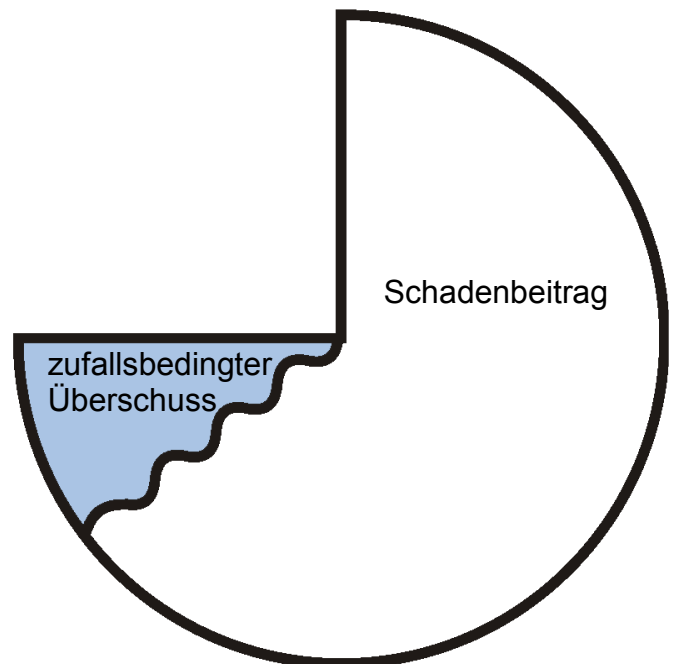
### Trennung von

Dienstleistung	-	Versicherung
Preis für Dienstleistung	-	Schadenbeitrag
Eigentum der Unternehmen	-	Eigentum der Versicherten
unternehmerisches Risiko	-	Ungewissheit der Zukunft
Überschüsse aus Rentabilität (Gewinne)	-	zufallsbedingte Überschüsse
Wettbewerbsbereich	-	Bereich staatl. Regulierung

Dienstleistung  
Wettbewerbsbereich ! -



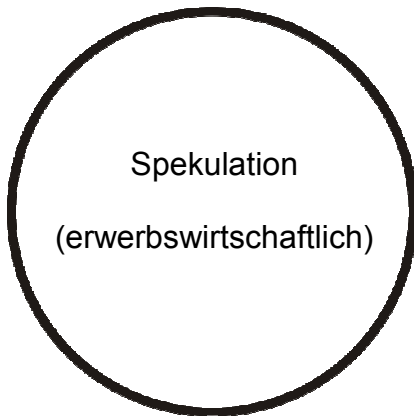
Versicherung  
kein Wettbewerbsbereich ! -



### 3 Alternativen der „Versicherung“

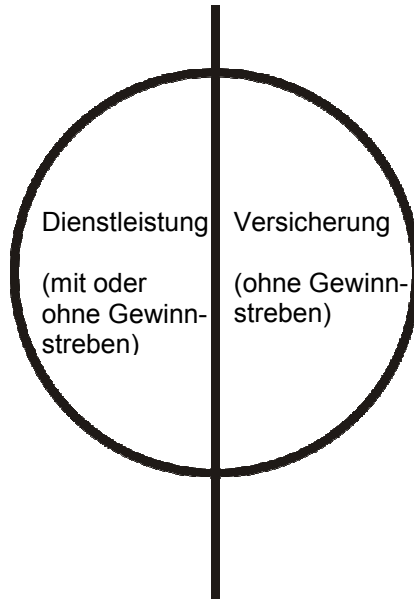
#### „Versicherung zur festen Prämie“

(ohne Wettbewerb und mit Schwierigkeiten der Regulierung)



#### Dienstleistung + Versicherung

Wettbewerb + Regulierung



#### Verstaatlichung

(ohne Wettbewerb)

