

BEITRAGSFESTSETZUNG und BEITRAGSKLASSENBILDUNG in der KFZ-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Hans Dieter Meyer

Vorwort: RALPH NADER

in Zusammenarbeit mit
NATIONAL INSURANCE CONSUMER ORGANIZATION der USA (NICO)
344 Commerce Street, Alexandria, Virginia 22314, USA

Dezember 1980

© 1980 Hans Dieter Meyer, Kontakt <mailto:hansdmeyer@versanet.de>

FOREWORD by RALPH NADER

For years I have been concerned about the lack of adequate insurance expertise within the consumer movement. I am pleased that the National Insurance Consumer Organization (NICO) of the United States is now operating to help fill this gap through international cooperation among insurance consumerists. Reform of insurance has begun.

In the United States insurance is a big business, with two and one half times the assets of the oil industry, nine times the assets of the auto industry and two-thirds of the assets of the combined Fortune 500. According to the Federal Trade Commission, insurance premiums absorb 11.6% of the average consumers disposable personal income in America.)

In the United States insurance is not regulated by the federal Government; it does not come under the federal anti-trust laws. Although the Supreme Court held that insurance is an inter-state business, engaged in inter-state commerce, Congress has delegated the regulation of this industry to the states without establishing any standards of performance. Thus, for instance, cartelized ratemaking still flourishes in this highly protected and favored industry.

Insurance has long been viewed as an area of unique public interest since, should a company go bankrupt, the claimant is left with little or no recourse. Thus, even the staunchest free marketeer accepts the financial regulation of insurance. The service is unique, since it is people funded and supplied. The „product“ of insurance is the performance and record of the people. The premiums paid in by the people are sufficient to cover the losses and expenses of operation. Therefore, the real insurance company is the people. We are the insurance company, with that what now are called the insurance companies serving the function of glorified bookkeepers.

Insurance is just that -- people getting together to help each other in times of need and assuring that no one will suffer a particular unexpected financial set back alone. Although this definition of insurance goes back to the very roots of the institution and is known as „spread of risks“, there has been in recent decades the displacement of this concept by the insurance companies' propaganda that would have us believe that they are the sole risk bearer rather than the people. Statistics show that the property/casualty insurance industry has never had a negative cash flow year in at least the last 20 years. Thus it is clear that the people are the insurer in fact as well as in theory.

Why would insurers advance the notion that they are at risk rather than the people? The plain and simple truth is that this enables the industry to ask for higher profits than would be considered at all reasonable for their true role of accounting and claims disbursement. It fosters such practices as up rating the young, cancelling the old, not renewing the female divorcee, and redlining areas in our nation's cities.

If you went to a dry cleaner and were told that you would have to clean your own suit or dress and that the charge would be for the service plus a percentage of the value of the garment, would you accept the offer? This is essentially

the way insurance companies operate in the nation today. The economic result or „product“ of insurance is the record of safety or accident of you, the consumers. The funds are supplied by you, the consumers. The insurance company does do an important accounting and claims settlement service, and is dues some profit for that; but current ratemaking practice allows the insurers to keep a percentage of the overall premium, including a percentage on that major part of the premium for which the product and the money are wholly consumer supplied.

Moreover, the insurance companies collect these premiums in advance of any service performed and invest these policyholder advanced monies in securities yielding investment return. This investment of consumer's money (or „float“) has been long recognized as an issue of importance to consumers by regulators, as described in the first study of NICO (by Robert Hunter) „Investment Income In Ratemaking“. Yet, in the United States, most states continue to ignore this important and obvious element in setting rates, much less explore the more subtle, yet substantive issues mentioned above.

This important study reviews classification of automobile insurance -- an area much abused in the United States. The author, Hans Dieter Meyer, makes it clear that competition through classification discrimination is not appropriate. Mr. Howard Clark, former South Carolina Insurance Commissioner and now director of NICO, will represent the National Insurance Consumer Organization of the United States in German Hearings to warn Germany about the abuses in America and to request that the German Government be aware of that.

The consumer movement is devoting more attention to insurance. This paper signals a beginning of important international consumer cooperation in studying and reforming this industry.

Ralph Nader

Washington, December 1980

Vorwort des Verfassers

Dieses „statement“ ist die Zusammenfassung einer Studie, die der Verfasser (Jurist, gerichtlich zugelassener Versicherungsberater) erarbeitet hat mit Unterstützung von

J. Robert Hunter Statistiker, ehemals Chefstatistiker und später Administrator der Federal Insurance Administration der USA, jetzt Präsident der von Ralph Nader mitgegründeten National Insurance Consumer Organization der USA (NICO).

Howard B. Clark Jurist, ehemals Chief Insurance Commissioner von South Carolina und Special Assistant des Federal Insurance Administrators der USA, jetzt NICO-Direktor.

Bei Abschluss der Arbeiten an der Gemeinschaftsstudie haben die Beteiligten Ende November 1980 in den USA beschlossen, die von keiner Seite finanzierte Arbeit nicht zu veröffentlichen, sondern nur als Auftragsstudie abzugeben oder für Verfassungsklagen oder Schadenersatzprozesse wegen Amtspflichtverletzungen von Behörden zu verwenden. Der Verfasser war also gezwungen, im Dezember innerhalb weniger Tage die vorliegende Zusammenfassung zuschreiben und herzustellen. Sie konnte schon deshalb nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Arbeit erfüllen. Diese Zusammenfassung konnte auch nicht mehr überarbeitet werden.

Dieses „statement“ soll vor allem als eine „Materialsammlung“ dazu beitragen, dass die Öffentlichkeit ausgewogen informiert wird. Es soll aufgezeigt werden, wie wichtig eine neutrale Untersuchung der Vorgänge im Versicherungswesen ist, die bisher von den Verantwortlichen abgelehnt wird. Es kann nicht länger angehen, dass die „Versicherungswirtschaft“ und ihre Verbände Jahr für Jahr -zig Millionen DM des Versichertengeldes gegen die Interessen der Versicherten einsetzt und die Versicherten selbst keine Mittel, nicht einmal eine qualifizierte Mitwirkung bei der Gestaltung „ihrer“ Versicherung und der Verwendung ihres Geldes besitzen.

Ich danke schon jetzt allen Journalisten und Medien, die sich im Interesse der Millionen versicherten Bundesbürger ernsthaft und eingehend mit dieser Arbeit befassen, die ein „275-Milliarden-DM-Thema“ betrifft.

Ich danke meinen amerikanischen Freunden und meiner Frau Dalia für die Unterstützung bei meiner Arbeit.

Hans Dieter Meyer

Hamburg, Dezember 1980

QUELLENANGABEN

Es wurde bewußt auf genaue Quellenangaben verzichtet. Zitiert sind vor allem:

- „Deutsche Studie“ „Untersuchung zur Regionalstruktur in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung“, Institut für Verkehrswissenschaft an der Universität zu Köln, Okt. 1980
- „US-Report“ „Private Passenger Automobile Insurance Risk Classification“, A Report of the Advisory Committee (NAIC D-3), Mai 1979
- „Senats-Hearing“ „Hearings before the Subcommittee on Citizens and Shareholders Rights and Remedies of the Committee on the Judiciary, United States Senate“, Part1, „Discrimination by Property and Casualty Insurance Companies: The Fairness in the Coverage and Cost of Insurance“, Januar 1978
- „FIA - Report“ „Full Insurance Availability“, Report of the Federal Insurance Administration, September 1974

INHALT

	Seite
Vorworte	2
Einleitung	8
Entstehung der derzeitigen Tarife	
9	
Folgen der derzeitigen Tarife für die Pflichtversicherten	13
Argumente der Befürworter in Stichworten	15
Argument der Gegner der derzeitigen Tarife	
16	
Pflichtversicherung	18
Versicherungstechnik der Beitragsfestsetzung	18
Äquivalenzprinzip	19
Bewertung von individ. Gefahr/Risiko	20
„Risiko-Interponent“ / „Gefahr-Interponent“	21
Bewertung von Risiko/Gefahr in der Kfz-Haftpflichtversicherung	
22	
Abweichungen der derzeitigen Tarife von Versicherungstechnik	
24	
Falsche Gruppenklassifikation	26
Mögliche Tarifierung nach PS, Kilometer, Fahrvergangenheit	
28	
Beitragsfestsetzung nach derzeitigen Tarifen	
31	
Bedeutung der Statistiken für derzeitige Tarife	31
Statistische Fehler	32
Folgen der statistischen Fehler	34
Unmöglichkeit der Erfassung von individuellem Merkmalen	35
Widersprüche der Statistiker	39
Subvention nach derzeitigen Tarifen	41
Keine Prämien gerechtigkeit	43
Grundkonflikt „Versicherung“ - „Gewinne“ aus Schadenausgleich	44
Selektion („Nichtleistungs-Wettbewerb“)	48
Wettbewerb	48
„Produkt“ der Versicherungsunternehmen (VU) - Volkswirtschaftliche	
Gesamtrechnung - Versicherung ist Leistung der Versicherten	49
Schadenzahlungen sind keine Kosten - Prämie ist kein Preis	
51	
Keine Angabe des Dienstleistungspreises für „Produkt der VU	
Keine Wettbewerbsvoraussetzungen für die Dienstleistungen der VU	
52	

EU-BdV-Projekt „ Kfz-Tarife“ [Datei: 02-MeyerHD-Beitragsfestsetzung.doc]	
Sonstige: Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung (<i>Meyer, H.D.</i>)	7
„Vorteile“ des derzeitigen Systems für VU: Überschüsse aus Schadenausgleich „Gewinne“	53
Kontrolle der „Versicherungswirtschaft“ über Wissenschaft, Gesetzgeber und Aufsicht	55
§ 1 Versicherungsvertragsgesetz unvollkommen - „Risikotragungstheorie“	
56	
Kein Eigentumsübergang am Versichertengeld, Sicherheitsmittel im Eigentum der Versicherten	57
Widersprüche der „Versicherungswirtschaft“	57
Aufteilung der Versicherungsprämie nicht „Aufschlüsselung eines Preises“	
61	
Grundkonflikt tritt bei Kfz-Tarifen zutage	62
Indirekte Prämienaufteilung in Japan, Philippinen, USA	63
Neues System nur einheitlich realisierbar	
64	
Falsches Provisionssystem	66
20% Umsatzrendite der Versicherungsunternehmen	
67	
Zusammenfassung	68
Presseinformation von Dr. Anke Martiny, MdB	71
Statement von US Insurance Commissioners	
73	

Es gibt keinen Zweifel, dass einzelne Gruppen von Autofahrern einen unterschiedlichen Beitragsbedarf in der Kfz-Haftpflichtversicherung aufweisen, wenn man sie nach irgendwelchen Merkmalen zusammenfasst. Die entscheidende Frage für die Beitragsklassenbildung in der Autoversicherung ist, ob dann jede Gruppe ihren Beitragsbedarf selbst decken soll.

Die derzeitige Tarifstruktur in Deutschland und in den USA bejaht diese Frage. Und die Befürworter und Verteidiger dieser Tarife lassen sich auf keine weiteren Diskussionen ein mit dem Argument: „Wenn statistisch erwiesen ist, dass eine nach irgendwelchen Merkmalen gebildete Gruppe einen höheren Schadenbedarf hat, dann sollen auch alle Mitglieder dieser Gruppe höhere Beiträge zahlen.“

Um gleich am Anfang zu zeigen, dass die Frage der Beitragsklassenbildung und Beitragsfestsetzung in einer gesetzlichen Pflichtversicherung nicht so einfach abzutun ist, vorweg drei wesentliche Gegenargumente,

- dass die Beitragsklassenbildung nichts mit der Beurteilung von Versicherungengruppen zu tun hat, sondern mit der Beurteilung des einzelnen Versicherten,
- dass es bei der „Versicherung“, die gerade die Verteilung des „Schadenbedarfs“ auf viele anstrebt, unsinnig ist, den „Schadenbedarf“ (des einzelnen) als Merkmal für die Beitragsfestsetzung zu verwenden,
- dass die Gruppenstatistiken darüber hinaus falsch angewendet werden und für Versicherungengruppen, die es in Wirklichkeit überhaupt nicht gibt.

Zum Fehler, dass nach den derzeitigen Tarifen keine Einzel-Beurteilung des Versicherten erfolgt, ein Beispiel aus einem anderen Bereich:

In den USA wie in Deutschland gelten bundesweit einheitliche Einkommensteuersätze. Keiner kann im voraus das individuelle Einkommen des einzelnen Bürgers feststellen. Deshalb werden geschätzte Steuervorauszahlungen erhoben. Nach Ablauf des Jahres wird das individuelle Einkommen des Steuerzahlers ermittelt und der entsprechende Steuersatz so wie die tatsächlich zu zahlende Steuer festgestellt. Wer wenig verdient hat, erhält einen niedrigen, wer viel verdient hat, erhält einen höheren Steuersatz. Es lässt sich sicher statistisch belegen, dass die Gruppen der Angestellten und Arbeiter in Hamburg oder in Washington mehr verdienen als anderswo in ihrem Land. Niemand würde aber auf die Idee kommen zu fordern: „Dann sollen auch alle Angestellten und Arbeiter aus Hamburg oder Washington einen höheren Steuersatz erhalten!“ Denn damit würde die individuelle Beurteilung und Einstufung des einzelnen Steuerzahlers beseitigt. Gleiche Steuerpflichtige mit gleichem Einkommen würden bundesweit regional unterschiedliche Steuersätze haben. Und dieses wäre ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz.

Versicherte wollen den Schadenbedarf, der nur bei wenigen entsteht, in einer Gemeinschaft ausgleichen und auf alle verteilen. Dann ist es aber unsinnig, die Beiträge nach dem „Schadenbedarf“ abzustufen zu wollen, weil dieses Verfahren den Schadenausgleichsvorgang stört oder sogar zerstört. Geschädigte müssten ihre Schäden selbst bezahlen. Das wäre genauso unsinnig, als wenn man die Preise für Lotterielose nach ihrem Gewinn abzustufen wollte, was dazu führen würde, dass nur noch Gewinner ihre Lose bezahlen müssten.

Damit wäre aber das Glücksspiel in der Lotterie ebenso beendet wie in der Versicherung die Subvention oder der gemeinschaftliche Schadenausgleich. Der „Schadenbedarf“ (dazu noch von Gruppen), der also von den Befürwortern der derzeitigen Tarifstruktur immer wieder als Instrument der Beitragsklassenbildung für Versicherte angewendet wird, ist ein völlig ungeeignetes Mittel bei der Beitragsfestsetzung für einzelne Versicherte.

Die Gruppen der Versicherten mit gleichen Merkmalen, die hier angeblich ihren Beitragsbedarf selbst decken sollen, gibt es in Wirklichkeit gar nicht. Der ehemalige Federal Insurance Administrator der USA und frühere Chefstatistiker dieser Behörde, J. Robert Hunter, hat für den amerikanischen Bundesstaat Illinois ermittelt, dass es dort über 13 Millionen Tarif- und Versichertengruppen für nur 11 Millionen Bürger mit nur 5 Millionen Autos gibt, wenn man die statistischen Regeln befolgt wie sinnvolles Zählen, Vergleichen und Auswerten, Trennung nach Verschiedenartigkeit, Gruppenhomogenität in Bezug auf die Fragestellung, Verbot der Verallgemeinerung von Durchschnittsergebnissen heterogener Gruppen. Auf Deutschland übertragen bedeutet diese Feststellung zum Beispiel: Wenn man von 2 Millionen Beamten ausgeht, die in 331 Zulassungsbezirken wohnen und bei etwa 100 Versicherungsunternehmen in 10 Fahrzeugklassen und 10 Schadenfreiheitsklassen versichert sind, dann gibt es je Versicherungsunternehmen und Zulassungsbezirk in jeder Tarifgruppe nur einen 0,6-Beamten, der nach den Befürwortern der derzeitigen Tarifstruktur seinen „Schadenbedarf“ selbst decken soll - d.h. Beitragsfreiheit, solange kein Schaden anfällt, Selbstbezahlung im Falle eines Schadens.

Es wurde eingangs festgestellt, dass Gruppen von Versicherten einen unterschiedlichen Beitragsbedarf haben, wenn man sie nach irgendwelchen Merkmalen zusammenfasst. Es gibt keinen Zweifel, dass unter solchen Voraussetzungen und bei gleichen Beiträgen für die Versicherten Versicherungsunternehmen höhere Überschüsse erzielen können, wenn sie Versicherte nach solchen Gruppenmerkmalen auswählen (selektieren) können, die auf einen geringeren „Schadenbedarf“ hinweisen (z.B. Beamte).

Durch diese Gegebenheiten sind die heutigen Autoversicherungstarife entstanden. Dabei war die Entwicklung in den USA „dramatischer“ als in Deutschland.

In den USA gibt es zwar eine Versicherungspflicht für alle Fahrzeughalter wie in Deutschland, aber nicht - wie in Deutschland - einen allgemeinen Annahmepflicht für die Versicherungsunternehmen. Das heißt, die Versicherungsunternehmen brauchen nicht jeden zur Versicherung Verpflichteten anzunehmen. Dadurch war natürlich die Möglichkeit der Selektion in den USA größer als in Deutschland. Die Unternehmen können dort frei selektieren und ebenso frei auf die Selektion anderer Unternehmen reagieren. Sie müssen sogar auf jede Selektion der Konkurrenz reagieren. Wenn nämlich bei dem Subventionsvorgang „Versicherung“ einzelne Versicherungsunternehmen Gruppen von Fahrzeughaltern mit Merkmalen für einen geringeren „Schadenbedarf“ entdeckt haben und aus der Pflichtversichertengemeinschaft ausselektieren, dann entsteht bei den anderen Versicherungsunternehmen automatisch ein höherer Beitragsbedarf. Die Selektion verschiebt also nur den Beitragsbedarf von Unternehmen 'zu Unternehmen, ohne ihn volkswirtschaftlich zu senken.

Das heißt, die nicht selektierenden Unternehmen erzielen geringere Überschüsse oder sogar Verluste und müssen höhere Prämien fordern. Das würde aber dazu führen, dass Versicherte mit den entsprechenden Selektionsmerkmalen zu den selektierenden Unternehmen abwandern und sich dort zu Beiträgen versichern, die sie vorher gezahlt haben, oder die sogar niedriger sind.

Ein Versicherungsunternehmen, das nicht sofort auf die Selektion reagiert durch die Einführung gleicher Tarifgruppen, würde mit der Gruppe der Pflichtversicherten allein gelassen, die einen höheren Beitragsbedarf haben. Wenn es praktisch möglich wäre, den 'Schadenbedarf' einzelner Kraftfahrer vorherzusagen, würde diese Selektion im Endergebnis dazu führen, dass die Versicherten ohne „Schadenbedarf“ keinen Beitrag mehr zu zahlen brauchten. Dagegen müssten die Versicherten mit „Schadenbedarf“ - neben den Kosten für ihre Versicherungsverträge - auch noch ihre Schäden selbst bezahlen. Derartige Versicherungsverträge wären natürlich unsinnig, weil die Schadenfreien, die keinen Beitrag zahlen, wie die von Schaden Betroffenen, die ihre Schäden selbst bezahlen, keine „Versicherten“ mehr sind. Versicherung funktioniert nur, wenn in einer Gemeinschaft Nichtbetroffene für die Betroffenen mit bezahlen.

Nur die Unmöglichkeit, den „Schadenbedarf“ der einzelnen Versicherten vorauszusagen, setzt der Selektion und der völligen Auflösung der Versicherungsidee Grenzen und verhindert auch die Offenlegung des Charakters, den ein Versicherungsvertrag für Versicherungsunternehmen hat, die nach Gewinnen aus dem Schadenausgleich der Versicherten streben. Ein amerikanischer Verbandspräsident der „Versicherungswirtschaft“ meinte dazu mit der typischen amerikanischen Offenheit:

„If we knew with certainty, who were going to have losses, we would avoid them.“ (Wenn wir wüssten, wer Schäden hat, würden wir diese nicht versichern).

Dann stellt sich natürlich die Frage nach dem Sinn der Versicherung, vor allem nach dem Sinn einer „Versicherung“ durch Unternehmen, die nach den Überschüssen aus dem Schadenausgleich als „Gewinn“ streben und möglichst nur noch Schadenfreie versichern.

Auch wenn alle Versicherungsunternehmen alle Versicherten nach gleichen Tarifen versichern müssen, entstehen immer noch unterschiedliche Überschüsse. Solche unterschiedlichen Überschüsse sind in Deutschland trotz Annahmewzwanges und - bis vor etwa 20 Jahren - gleicher Tarife durch die historisch entwickelten „Regionalversicherer“ entstanden, die sich nur in bestimmten Bundesländern oder Bezirken betätigen. Diese Regionen sind überwiegend ländliche Gebiete mit geringerer Verkehrsdichte. Selbst wenn ein „Regionalversicherer“ gleich viele oder sogar mehr schlechte Autofahrer im Bestand hat wie andere Unternehmen, dann ist sein Beitragsbedarf dennoch geringer, weil schlechte Autofahrer in ländlichen Regionen nicht so schnell auffällig werden. Dadurch entstanden und entstehen noch heute gewisse Beitragsbedarf- und Überschussunterschiede (Heterogenität) in den Beständen von Versicherungsunternehmen.

Dann machte die deutsche Versicherungsaufsichtsbehörde noch den Fehler und genehmigte einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit die Spezialversicherung von Beamten. Dieses Unternehmen wurde insoweit vom allgemeinen Annahmepflicht befreit, als es nur Beamte anzunehmen brauchte. Dies führte zu einer weiteren Beitragsbedarf- und Überschussheterogenität bei den Versicherungsunternehmen; denn die schlecht autofahrenden Beamten haben - als Gruppe - einen geringeren Beitragsbedarf, weil sie weniger fahren und damit weniger auffällig werden (wie im Grunde alle anderen Kraftfahrer auch, die wenig fahren, aber bisher als Gruppe nicht erfasst werden).

Da die Versicherungsunternehmen in Deutschland wegen des Annahmepflichtes auf diese historisch gegebene und staatlich zugelassene Selektion nicht reagieren konnten, verlangten sie eine staatlich verordnete Korrektur und Chancengleichheit bei der Selektion und Überschusserzielung. Dementsprechend erließ das für die Kfz-Versicherung zuständige Bundesministerium für Wirtschaft unter Mitwirkung des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen (und der Verbände) eine Tarifverordnung, die allen Versicherungsunternehmen die Bildung von Tarifgruppen nach Wohnort (Region) und Beruf (Beamte, Landwirte) gestattete. Damit war allen Versicherungsunternehmen die Reaktion auf die historische Regional- und staatlich zugelassene Beamten-Selektion möglich.

Die weitgehend unregelmäßige Selektion in den USA hat natürlich viel stärker zur Anwendung von weiteren Selektionsmerkmalen geführt wie in Deutschland, wo nur eine geregelte Selektion nach Regionen und Berufen stattfindet. In den USA verwenden fast alle Unternehmen die Selektionsmerkmale „Alter“, „Geschlecht“ und „Familienstand“, die für (tatsächlich nicht existente) Versicherungengruppen unterschiedliche „Schadenbedarfsquoten“ ergeben. Wie sich der Beitragsbedarf dieser (nicht existenten) Gruppen voneinander unterscheidet, darüber gibt ein Report aus den USA vom Mai 1979 Auskunft:

„The elimination of the present rating criteria implies that approximately 83% of the insured motorists (the adult drivers) will have an average increase of 16% in liability premiums to compensate for the 39% decrease given to the remaining 17% of higher risk drivers. Specifically, all young single male drivers (10% of all insureds), the young single female drivers (4% of all insureds) and the young married male drivers (16% of all insureds) will have a decrease in their liability premiums of 48%, 24% and 17% respectively.

The elimination of the rating criteria of sex and marital status will only affect the youthful drivers as adult insureds are not distinguished by these two factors. Should sex and marital status be eliminated, then the female drivers (25% of all youthful insured motorists) and the married male drivers (16% of all young insureds) will have an average liability premium increase of 26% and 37% respectively to offset the 14% decrease which the young single male drivers would be given.

Should sex be removed from the classification system, then the female drivers, comprising 24% of all youthful insured motorists will have

an average liability rate increase of 26%; the remaining 76% (all young male drivers) will have their rates decreased by 6%.

If marital status is removed as a rating classification, then 22% of all youthful male insureds, i.e. the married males under 25 years of age, will have an average increase in their liability premiums of 46% in order to offset the 8% decrease in premiums which would be given to the young single male motorists (78% of the young male driving population).“

Darüber hinaus werden in den USA weitere Merkmale verwendet wie Region, Stadtteil, Beruf, Bildung, Zahl der Familienmitglieder, Entfernung zum Arbeitsplatz, Verkehrsstrafen usw. Durch die Lokalisierung von Wohngebieten der farbigen, mexikanischen oder indianischen Bevölkerung, teilweise auch durch direkte Anwendung des Merkmals „Rasse“ oder „Hautfarbe“, werden darüber hinaus auch die Farbigen, Mexikaner und Indianer „antiselektiert“.

Da in den USA kein Annahmewang besteht, hat diese Praxis und Selektion zu erheblichen Schwierigkeiten für große Teile der Bevölkerung geführt, den gesetzlich erforderlichen Versicherungsschutz zu erhalten. Der Staat war gezwungen, sogenannte „assigned risk plans“ einzurichten, an die sich solche Autofahrer wenden, die keinen „freiwilligen“ Versicherungsschutz erhalten. Sie werden dann „zu gleichen Teilen“ den einzelnen Versicherungsunternehmen zugewiesen (assign). Die staatlich festgesetzten Prämien für solche „assigned risks“ sind natürlich entsprechend hoch.

Trotz der „assigned risk plans“ haben in einigen Gebieten der USA oft 20% der Bevölkerung keine Pflichtversicherung, weil sie diese wegen der durch die Ausselektierung hohen Prämien nicht bezahlen können. Bei geringen Mindestdeckungssummen von 10.000 Dollar kostet diese für sie oft mehr als 2.500 Dollar pro Jahr. So schrieb der Supervisor des County of Los Angeles 1977 an Präsident Carter:

„As a result of the high premiums, there are more than one million uninsured motorists in Los Angeles County alone. The nationwide figure may be as high as 25 million. These are people who often are good drivers and are law-abiding, solid citizens. Yet, they cannot afford automobile insurance.“

Der schon oben einmal zitierte Verbandspräsident der „Versicherungswirtschaft“ bezeichnete dieses in einem Senats-Hearing als „misfortune“ („Pech“) für diese Leute, dass sie in Gebieten mit höherem Schadenbedarf wohnen.

Die Folgen der derzeitigen Tarifstruktur in den USA und Deutschland verdeutlichen die nachstehenden Beispiele:

Deutschland:

Die vom Bundeswirtschaftsministerium beim Institut für Verkehrswissenschaft an der Universität zu Köln in Auftrag gegebene Studie hat für 5 der 331 Zulassungsbezirke Deutschlands ermittelt, dass die Normalbürger dort den höchsten „Schadenbedarf“ haben, die Beamten dieses

Bezirks dagegen den niedrigsten „Schadenbedarf“. Das bedeutet, dass in diesen Gebieten ein Arbeiter, der mit dem Autofahren anfängt, - ob jung oder alt - für einen Mittelklassewagen einen Jahresbeitrag von etwa 2.400,- DM zahlen soll. Ein Beamter, der dort mit dem Autofahren anfängt, soll dagegen nur etwa 1.500,- DM für das gleiche Fahrzeug zahlen. Ein 15 Jahre lang schadenfrei gefahrener Arbeiter soll in diesen Bezirken für das gleiche Fahrzeug 340,- DM zahlen, der ebenso 15 Jahre schadenfreie Beamte nur noch 210,- DM. Der langjährig schadenfreie Arbeiter zahlt in dieser Zeit aber ein paar tausend Mark mehr Versicherungsbeitrag als der ebenso schadenfrei gefahrene Beamte derselben Stadt. Die extremste Differenz zwischen schadenfreien Fahrern (Arbeiter als „Anfänger“ - langjährig schadenfreier Beamter) ist also 2.400,- DM zu 210,- DM, mehr als 1.000%

USA:

In einem Senats-Hearing wurde im Jahre 1978 festgestellt, dass in Los Angeles Fahrzeughalter aus „reichen“ Wohngebieten 580 \$ für ein Fahrzeug pro Jahr zahlen, für welches Bewohner aus „armen“ Wohngebieten der Farbigen und Mexikaner 1.383 \$ bezahlen müssen - bei gleicher Schadenfreiheit. Eine Fahrzeughalterin in einer ländlichen Gegend von Massachusetts bezahlt trotz mehrerer Schäden nur 160 \$ für einen „Malibu“, für den ein 24-jähriger Arbeiter aus einer „farbigen“ Wohngegend von Boston 2.512 \$ bezahlen muss - trotz 7-jähriger Schadenfreiheit, - Differenz mehr als 1.500% !

In Deutschland würde es nach der in dem Gutachten vorgeschlagenen Tarifstruktur etwa 100 Grenzen zwischen den regionalen Einheiten mit Beitragsunterschieden von bis zu mehreren hundert DM geben. Dazu im Senats-Hearing von 1978:

„Does it make sense for an individual in the Newark territory having to pay twice as much as an individual that could be living across the street ? -

(Ist es sinnvoll, dass ein Versicherter doppelt so viel Prämie zahlt wie ein gleichartiger Versicherter auf der anderen Straßenseite ?)

Niemand kann bestreiten, dass in den USA wie in Deutschland gleiche Fahrer gleicher Fahrzeuge mit gleicher Fahrvergangenheit durch die Zuordnung in irgendwelche Merkmalsgruppen diskriminiert und in erheblichem Umfang finanziell ungleich belastet werden.

In den USA bestreitet die Versicherungswirtschaft nicht mehr die Diskriminierung der einzelnen Versicherten durch die Tarifstruktur nach Merkmalsgruppen, bezeichnet sie aber als „valid“ und „fair“ und wegen des Wettbewerbs als notwendig.

In Deutschland hat sich noch niemand eingehend mit der Frage der Verfassungsmäßigkeit der Tarifstruktur nach Gruppenmerkmalen und ihre Folgen für die einzelnen pflichtversicherten Fahrzeughalter befaßt. Es liegen nur ein paar oberflächliche Äußerungen vor:

Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages, 1977:

„Es erscheint vertretbar, für solche Gruppen, die sich aus irgendwelchen Gründen im Verkehr anders verhalten und weniger Schaden verursachen, auch andere Tarife zur Verfügung zu stellen. Ein Verstoß gegen das Grundgesetz ist nicht gegeben, da nur gleiche Tatbestände gleich behandelt werden müssen, hier aber ungleiche Tatbestände gegeben sind.“

Bundeswirtschaftsministerium 1977, 1979:

„Die Gliederung der Unternehmenstarife in Tarifgruppen ist eine Folge des Wettbewerbs der Versicherungsunternehmen untereinander. Die neue Regionalstruktur steht nicht im Widerspruch zum Gleichheitsgrundsatz. Sowohl für die Ermittlung des Schadenbedarfs als auch für die Zuordnung der Regionen zu den Beitragsklassen gelten die gleichen Grundsätze. Gleiche Tatbestände werden gleich behandelt.“

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 1979:

„Die Regelung des § 7 Absatz 2, Satz 2 der Tarifverordnung (Wohnort als Tarifierungsmerkmal) ist nicht verfassungswidrig. Nach ständiger Rechtsprechung besitzt der Gesetzgeber eine weitgehende Gestaltungsfreiheit, soweit nicht die Regelung willkürlich erscheint und sich für sie ‚keine vernünftigen Erwägungen finden lassen, die sich aus der Natur der Sache ergeben‘ (Bundesverfassungsgericht). Die Berücksichtigung des Wohnorts als Tarifierungsmerkmal ist durch die Versicherungstechnik bedingt. Statistische Erhebungen haben gezeigt, dass der durchschnittliche Schadenverlauf von Kfz-Haftpflichtversicherungsverträgen, wenn sie nach den Wohnorten der Versicherungsnehmer regional zusammengefasst werden, deutliche Unterschiede aufweist.“

Bundesaufsichtsamt, 1977:

„Die Bildung berufsständischer Tarifgruppen ist eine Folge des Wettbewerbs. Die Versicherungsunternehmen sind bisher der Auffassung, dass es keine weiteren Berufsgruppen gäbe, für die sich wegen ihres Schadenverlaufs die Einrichtung einer besonderen Tarifgruppe rechtfertigen würde. Das Bundesaufsichtsamt ist trotzdem seit mehreren Jahren darum bemüht, eine Abschaffung der berufsständischen Tarifgruppen in die Wege zu leiten.“

HUK-Verband (Verband der Kraftverkehrsversicherer), 1977:

„Der Gleichheitssatz bei der Frage der Prämien differenzierung ist dann verletzt, wenn gleichartige Tatbestände ungleich behandelt werden. Der Regionaltarif zielt doch gerade darauf ab, nachgewiesene Unterschiede im Schadenverlauf prämienvirksam werden zu lassen.“

(Um den Fehler des Regional- oder Gruppendenkens offenkundig zu machen, soll die letzte Aussage auf das eingangs erwähnte Beispiel der Steuersätze übertragen werden. Dann müssten - nach Meinung des HUK-Verbandes

- auch regionale Unterschiede im Einkommen „steuersatzwirksam“ werden, d.h. alle Hamburger oder Washingtoner müßten einen höheren Steuersatz erhalten.)

Das deutsche Bundesaufsichtsamt hat sich allerdings im Jahre 1979 nicht mehr konsequent verhalten, als es der „Versicherungswirtschaft“ einen Sondertarif für Ausländer mit dem Hinweis auf „Diskriminierung“ verweigerte, obwohl Statistiken einen wesentlich höheren 'Schadenbedarf' der Gruppe von Ausländern nachweisen. Das Aufsichtsamt hat dabei vergessen, dass die Regionalstruktur auch nur auf statistischen Unterschieden im 'Schadenbedarf' regionaler Versichertengruppen beruht.

Die Befürworter der gegenwärtigen Tarifstruktur nach Gruppenmerkmalen verteidigen diese vor allem mit folgenden Argumenten:

- Es entspreche der Versicherungstechnik, Gruppen mit unterschiedlichem Schadenbedarf „zu bilden und diesen von den Mitgliedern solcher Gruppen decken zu lassen.“
- Dieses Verfahren sei durch Statistiken untermauert., die unterschiedlichen „Schadenbedarfswerte“ für verschiedene Merkmalsgruppen ausweisen.

Wenn die statistisch nachgewiesenen Unterschiede nicht prämienvirksam würden, käme es zu Subventionen zwischen den einzelnen Versichertengruppen. Das aber widerspreche der „Prämiengerechtigkeit“.

Wenn die Selektion oder Prämiendifferenzierung nach Gruppen-Schadenbedarfswerten aus Gründen der Gleichbehandlung der einzelnen Versicherten nicht mehr zulässig sei, würde (in den USA) die Bevölkerung wegen der dann einsetzenden intensiveren Selektion und Antiselektion noch größere Schwierigkeiten haben, Versicherungsschutz zu erhalten, und (in Deutschland) würden die Versicherungsunternehmen ungleiche Überschüsse (angeblich „Gewinne“) erzielen.

Die Tarifstruktur nach Gruppenmerkmalen sei eine Folge des Wettbewerbs und notwendig, damit eine Chancengleichheit der Unternehmen bei der Überschusserzielung gewährleistet ist.

(Vor allem USA:) Die Beitragsfestsetzung nach Durchschnitts-Schadenbedarfswerten von Gruppen entspreche dem Grundsatz des „cost based pricing“ (kostenbezogene Preisgestaltung).

Gleiche Tatbestände, gleiche Gruppen, würden gleich behandelt. Die Diskriminierung des einzelnen Versicherten sei „valid“ und „fair“, entspreche der Versicherungstechnik, sei notwendig aus Gründen des Wettbewerbs und eine Folge des „cost based pricing“.

Dagegen fordern die Gegner der derzeitigen Tarifstruktur unter Hinweis auf die oben dargestellten extremen Ungleichbehandlungen der einzelnen Versicherten die Abschaffung dieser Tarife mit der Begründung:

Diese Tarifstruktur entspreche nicht der Versicherungstechnik für die Beitragsklassenbildung, wonach jeder Versicherte den Beitrag zahlen soll, der seiner individuellen Gefahr entspricht.

Die Statistiken gingen nicht von der Versicherungstechnik aus. Die individuelle Gefahr des einzelnen Versicherten lasse sich überhaupt nicht statistisch ermitteln.

- Die Subvention und der Schadenausgleich müsse nach der Versicherungstechnik innerhalb der Pflichtversichertengemeinschaft und auch zwischen den einzelnen Beitragsklassen stattfinden. Nach der derzeitigen Tarifstruktur fände aber eine Subvention zwischen Pflichtversicherten mit gleicher individueller Gefahr statt, was nicht der Versicherungstechnik entspreche.
- Die Selektion sei nur eine Folge der falschen Struktur unseres Versicherungswesens, die es den Unternehmen ermögliche, sich die Überschüsse aus dem Schadenausgleich der Versicherten als „Gewinn“ anzueignen. Diese Überschüsse seien aber überhaupt keine Unternehmensgewinne.
- Versicherung, Schadenausgleich, Subvention und die damit verbundene Beitragsfestsetzung seien kein Gewinn- und Wettbewerbsbereich, sondern Leistung und Aufgabe der Versicherten. Der Wettbewerbs- und Gewinnbereich der Unternehmen seien allein ihre Dienstleistungen und dafür zu zahlende Preise. Deshalb müssten Dienstleistungsbereich und Versicherungsbereich sowie Versicherungsbeitrag und Dienstleistungspreis voneinander getrennt werden.
- Die Beitragsfestsetzung sei keine Preiskalkulation, weil die Schadenzahlungen aus kostenlos bereitgestelltem Versichertengeld niemals zu Kosten führen können.
- Der Gleichheitsgrundsatz sei für Gruppen überhaupt nicht anwendbar. Die einzelnen Versicherten würden durch die derzeitigen Tarife mit ihren Gruppenschadenbedarfsmerkmalen nicht in einer Weise gleich behandelt, wie es der Versicherungstechnik entspricht.

Als Alternative wird vorgeschlagen, die Beiträge - neben der Klassifikation von Fahrzeugen - nur noch nach der individuellen Gefahr abzustufen, die vom einzelnen Versicherten ausgeht und sich für diesen ebenso wie für alle anderen Versicherten feststellen lassen muss. Darüber hinaus sollen soziale und wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Fahrzeughalter gleicher Fahrzeuge sollen solange gleiche Beiträge zahlen, bis sie einen Schaden haben. Nach einem Schaden oder mehreren Schäden sollen die Schadenfahrer über längere Zeit in 2 oder 3 Klassen mit höherem Beitrag (Malus) eingestuft werden.

Für alle Unternehmen muss der Annahmewang bestehen bleiben. Spezialversicherung ist weiterhin möglich. Die Überschüsse der Unternehmen im Bereich des Schadenausgleiches werden innerhalb der Pflichtversichertengemeinschaft rechnerisch ausgeglichen, damit eine gleichmäßige Reservenbildung, Beitragsanrechnung oder Beitragsrückerstattung für alle Pflichtversicherten erfolgen kann.

Die Versicherungswirtschaft wehrt sich gegen die Einführung gleicher Beiträge für gleiche Versicherte, gekoppelt mit einem Malus-System, weil derartige Tarife wieder zu unterschiedlichen Überschüssen bei den Unternehmen führen würden - je nach der Bestandszusammensetzung hinsichtlich Regionen, Berufen usw. Dieses Argument verliert seine Wirkung durch den Vorschlag, diese unterschiedlichen Überschüsse, die die Unternehmen ohnehin nicht durch eigene Leistungen beeinflussen können, innerhalb der Pflichtversicherungsgemeinschaft rechnerisch auszugleichen.

Es gibt bisher noch keine neutrale wissenschaftliche Studie in den USA wie in Deutschland, die alle für die Tarifstruktur einer gesetzlichen Kfz-Haftpflicht-Pflichtversicherung entscheidenden Fragen untersucht hat. Eine solche Studie haben jetzt die Experten der National Insurance Consumer Organization der USA und ausgearbeitet. Nachfolgend sollen in einer Zusammenfassung nur die wesentlichen Argumente angedeutet werden, mit denen die derzeitige Tarifstruktur auf dem Rechtswege (Verfassungsklage, Schadenersatzklage gegen Regierung und Versicherungsaufsicht wegen Amtspflichtverletzungen) angegriffen werden kann, wofür weiteres umfangreiches wissenschaftliches Belegmaterial gesammelt wurde:

Zum Schutze der Verkehrsofper haben die Bundesrepublik Deutschland und alle Staaten der USA die Fahrzeughalter zum Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung gesetzlich verpflichtet. Dadurch haben sie eine nationale Pflichtversicherungsgemeinschaft geschaffen, die den Schadenausgleich herstellen und dafür die entsprechenden Beiträge bereitstellen muss.

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, 1979:

„Durch die allgemeine Versicherungspflicht werden die Kraftfahrzeughalter zu einer Gefahrengemeinschaft zusammengefasst. Die von dieser Gemeinschaft über Beiträge aufzubringenden finanziellen Mittel müssen im Interesse der geschädigten Verkehrsofper ausreichen, deren Ersatzansprüche zu befriedigen.“

Die Organisation der Pflichtversicherungsgemeinschaft und die Verwaltung der von ihr aufgebrachten Mittel sind privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen übertragen worden.

Diese Unternehmen werden von einer staatlichen Aufsicht kontrolliert. Dabei soll diese Aufsicht nach Meinung der Befürworter der derzeitigen Tarifstruktur „hauptsächlich gegen unzureichende Prämien“ (also auf ausreichende Prämieinnahmen der Unternehmen) gerichtet sein. Die Gegner der derzeitigen Tarife meinen dagegen, dass es die Aufgabe des Staates und seiner Versicherungsaufsicht sei zu verhindern, dass sich die Versicherungsunternehmen ungerechtfertigt am Geld der Versicherten bereichern und dieses bei der Erbringung ihrer Dienstleistungen unrationell, einsetzen.

Bei einer gesetzlichen Pflichtversicherung hat der Staat außerdem dafür zu sorgen, dass alle Pflichtversicherten im Bereich des Schadenausgleichs und der Mittelbereitstellung gleich behandelt werden. Maßstab und Richtlinie für die

Gleichbehandlung ist die Versicherungstechnik, insbesondere die Versicherungstechnik bei der Beitragsklassenbildung und Beitragsfestsetzung.

Die Versicherungstechnik bei der Beitragsklassenbildung und Beitragsfestsetzung ist auch Ausgangspunkt und Ausgangsfrage für den Einsatz von Statistiken. Bevor also irgendwelche Statistiken gemacht werden, muss die Versicherungstechnik für die Klassifikation der Versicherten eingehend untersucht werden, um festzustellen, in welchem Bereich und inwieweit Statistiken dabei überhaupt Anwendung finden können, insbesondere von welcher Aufgaben- und Fragestellung sie ausgehen müssen.

Versicherung ist die gemeinschaftliche Bereitstellung von Geld zur Beseitigung finanzieller Risiken durch die Vorsorge für einen gemeinschaftlichen Schadenausgleich.

Die Versichertengemeinschaft hat aber nicht nur das Problem der Mittelaufbringung zu lösen, sondern auch das Problem der Verteilung dieser Beitragslast auf die einzelnen Versicherten.

Darüber hinaus müssen die Versicherten den Versicherungsunternehmen die Kosten für ihre Dienstleistungen und einen angemessenen Gewinn vergüten.

Die Beitragsfestsetzung erfolgt in mehreren Ebenen:

- Ermittlung des Beitragsbedarfs der Versichertengemeinschaft aufgrund der Erfahrungswerte aus der Vergangenheit unter Berücksichtigung erkennbarer Trends,
- Verteilung des Beitragsbedarfs auf die Versicherten (Subventionsgrad),
- Bildung von Beitragsklassen zur Berücksichtigung der individuellen Gefahr, die der einzelne Versicherte in die Gemeinschaft einbringt.

Zu diesen Vorgängen kommt noch die Kalkulation eines Preises (Kosten und Gewinn) durch die Versicherungsunternehmen. Dieser Preis wird für die Dienstleistungen der Unternehmen und Agenten erhoben, die diese bei der Organisation der Versichertengemeinschaft, der Geldverwaltung, Schadenregulierung und Beratung erbringen.

BEITRAGSFESTSETZUNG UND BEITRAGSKLASSENBILDUNG

(Diagramm)

In der zweiten Ebene ist von den Pflichtversicherten (oder in ihrem Sinne) die Entscheidung zu treffen, inwieweit eine Subvention stattfinden soll und inwieweit noch eine Aufteilung des erforderlichen Beitragsbedarfs nach der individuellen Gefahr des einzelnen Versicherten, eine Beitragsabstufung und Beitragsklassenbildung erfolgen soll. In dieser Ebene liegt eine Ungleichbehandlung der Versicherten in der „Natur der Sache“. Nichtbetroffene müssen für Betroffene mitbezahlen.

In der 3. Ebene erfolgt dann die Klassifikation der einzelnen Versicherten und die Bestimmung ihres Beitragssatzes. Dafür gelten in Deutschland wie in den USA gleiche versicherungstechnische Regeln:

Prof. Max Gürtler:

„Jeder Versicherungsnehmer soll die Prämie zahlen, die der Höhe des Risikos angemessen ist.“

Ähnlich auch am Anfang die Auftragsstudie des Bundeswirtschaftsministeriums:

„Dies bedeutet, dass jede versicherungstechnische Einheit mit dem Prämiensatz zu belasten ist, der seiner individuellen Gefahr entspricht.“

Stanford Research Institute, 1976:

„An insurance pricing system charges all policyholders exactly what their inherent risks demand and spreads the remaining fortuitous risk over the insured population.“

Dieser Grundsatz der Beitragsabstufung nach dem individuellen Risiko oder der individuellen Gefahr des einzelnen Versicherten wird als das versicherungstechnische „Äquivalenzprinzip“ bezeichnet.

Dieses Äquivalenzprinzip erfordert, dass - wenn eine Beitragsabstufung erfolgt - diese innerhalb der Versichertengemeinschaft für alle Versicherten mit gleichem Risiko oder gleicher Gefahr in gleicher Weise erfolgen muss. In diesem Bereich ist also bei einer gesetzlich verordneten Pflichtversicherung der Gleichbehandlungsgrundsatz zu beachten. Für eine weitere Subvention, die über die Subvention innerhalb der Versichertengemeinschaft hinausgeht, ist zwischen Versicherten mit gleicher und auch unterschiedlicher Gefahr kein Raum mehr.

Mit „Schadenbedarf“ und Schadenausgleich hat diese Ebene der Beitragsfestsetzung und die Beitragsklassenbildung nichts mehr zu tun. Dieses muss und soll hier besonders betont werden, dass der Beitragsbedarf nur eine Bedeutung in der ersten Ebene der Beitragsbildung und auch nur für die Versichertengemeinschaft hat, dass er aber überhaupt keine Bedeutung bei der Abstufung des Beitrages nach der individuellen Gefahr des einzelnen Versicherten hat. Diese Gefahr des einzelnen Versicherten lässt sich unmöglich an seinem bisherigen „Schadenbedarf“ messen. Das führt zur Selbstbezahlung von Schäden.

Es ist auch falsch zu glauben, Beitragsklassen müssten ihren Beitragsbedarf selbst decken und deshalb groß genug sein. Durch eine solche Forderung würden alle Beitragsklassen automatisch zu neuen Versichertengemeinschaften werden.

Stanford Research Institute, 1976:

„It is an incorrect view that the essence of classification lies in having large classes to allow pooling of risk within each class.“

In anderen Versicherungszweigen kann es bei einzelnen Versicherungsunternehmen durchaus nur ein einziges versichertes Risiko in einer Beitragsklasse geben (z.B. in der Industrie-Feuerversicherung).

Die individuelle Gefahr oder das individuelle Risiko müssen nach herrschender Meinung einen Einfluss auf Schadeneintritt und/oder Schadenumfang haben. Sie müssen sich technisch tatsächlich und objektiv - d.h. für alle Versicherten - erfassen lassen.

Sievers, Präsident des HUK-Verbandes, 1980:

„Es ist eine in der Assekuranz gefestigte Ansicht, dass es nur darauf ankommt, welche Gefahr und welches Risiko der einzelne Versicherungsnehmer in die Gefahrgemeinschaft einbringt. „

Deutsche Studie, 1980:

„Allerdings dürfen dabei nur jene Risikomerkmale berücksichtigt werden, deren Einfluss auf das versicherte Wagnis sich statistisch einwandfrei nachweisen lässt.“

Gefahr und Risiko selbst sind naturgemäß etwas nicht Greifbares. Ihre Erfassung und Bewertung kann nur über Merkmale erfolgen, die eine Vorhersage ermöglichen über Vorgänge im Schadenfall.

Wie solche Merkmale tatsächlich festgestellt werden können, welchen Einfluss sie im Schadenfall haben und welche Vorgänge sich überhaupt im Schadenfalle abspielen, ist noch niemals eingehend untersucht und dargestellt worden. In dem Gutachten der NICO wird erstmals der Versuch einer solchen Darstellung unternommen.

Ausgangspunkt und Motiv für die „Versicherung“ ist, dass der Bedarfer ein Risiko besitzt und dieses gewissen Gefahren aussetzt.

H.D. Meyer, „Insurance and Regulation - Services and Competition“, 1979:

„It is important to recognize what is frequently overlooked: insurance, danger, risk and damage are connected with the capabilities in its widest sense. Only in the second stage „things and money“ as capabilities in the narrow sense are objects of insurance which get their value only by giving capabilities to people. The most important capabilities in connection with things is the ability to use, sell and value them. „

Ein Auto vermittelt die Fähigkeit des Autofahrens. Diese Fähigkeit ist durch den Diebstahl oder Brand des Autos gefährdet. Das Risiko aus dem Autobesitz und der Fähigkeit, das Auto zu fahren, ist also durch den Gegenstand „Auto“ der Gefahr des Diebstahls oder des Feuers ausgesetzt.

Diese Gegenstände, die einerseits Fähigkeiten und Risiken vermitteln und andererseits Gefahren ausgesetzt werden, sollen als „Risiko-Interponent“ (Risikovermittler) bezeichnet werden.

Diese Risiko-Interponenten machen grundsätzlich die Bewertung des finanziellen Risikos überhaupt erst möglich, das Gegenstand jeder Versicherung ist. Der Wert des Risikos oder der Fähigkeit „Wohnen im Haus“ wird zum Beispiel

nicht durch den Zeitwert, sondern durch den Wiederaufbauwert (Neuwert) des Hauses repräsentiert (ein Grund zur Einführung der Neuwertversicherung für Wohngebäude in Deutschland).

Der Wert des Risiko-Interponenten ist also ein entscheidendes Risiko-merkmal, das ganz entscheidend den möglichen Schadenumfang und damit auch die Versicherungssumme in der Sachversicherung bestimmt.

Darüber hinaus liefern bestimmte Eigenschaften des Risiko-Interponenten Ansatzpunkte für die Bewertung des Risikos. Ist ein Haus aus Holz gebaut, ist das Risiko gegenüber der Gefahr des Feuers erhöht, und zwar gleich in zweifacher Hinsicht: erstens ist der Schadeneintritt leichter und wahrscheinlicher; zweitens ist der Schadenumfang bei einer Holzbauweise größer.

Diese Risikomerkmale unterscheiden sich von Selektions- oder Gruppenschadenbedarfs-Merkmalen ganz eindeutig dadurch, dass die von ihnen repräsentierten Eigenschaften oder Eigenheiten nicht nur ursächlich sind für eine Beitragsbedarfssenkung oder -steigerung in einer Versichertengemeinschaft, sondern auch für die Senkung oder Steigerung des gesamten volkswirtschaftlichen Beitragsbedarfs-. Nur wenn diese Wirkung feststeht, darf ein Risiko-merkmal als solches bei der Beitragsabstufung und

Beitragsklassenbildung Verwendung finden. Diese Voraussetzung erfüllen nicht die Selektionsmerkmale Beruf, Wohnort, Alter, Geschlecht, Familienstand usw., die alle nur eine Verschiebung des Beitragsbedarfs innerhalb der Volkswirtschaft oder Pflichtversichertengemeinschaft bewirken, nicht aber eine Senkung oder Steigerung.

Merkmale, die Einfluss auf den Schadeneintritt und Schadenumfang haben, lassen sich in der Regel für den Risiko-Interponenten objektiv feststellen und bewerten. Dadurch sind gleichzeitig Rückschlüsse auf die Gefahr und die Intensität der Gefahr möglich.

Auch die Gefahr hat Interponenten (Vermittler), die das Risiko gefährden und von denen letztlich einer den Schadenfall auslöst (z.B. ein Blitz). So gesehen kann man den Schadeneintritt auch als den „Augenblick des Zusammentreffens“ eines Gefahren-Interponenten mit dem Risiko-Interponenten bezeichnen. Dieser Augenblick des Zusammentreffens ist ungewiss und unvorhersehbar. Hier herrscht die Ungewissheit der Zukunft, die für die Versicherung grundlegende Bedeutung hat.

Während in der Sachversicherung der Risikobereich über den Risiko-Interponenten noch bewertet werden kann, ist der Gefahrenbereich kaum erfassbar, insbesondere ist der Gefahren-Interponent, der das Schadenereignis letztlich auslöst, unbekannt. Allerdings lassen sich Gefahr und Intensität ganz allgemein durch Rückschlüsse von dem Risiko-Interponenten und seinen Merkmalen bestimmen. Durch eine unmittelbare Wechselbeziehung sind die Risikomerkmale gleichzeitig auch „Gefahrenmerkmale“. (Kein Wert - kein Risiko - keine Gefahr; Geringer Wert - geringes Risiko - geringe Gefahr; Holzbauweise - erhöhtes Risiko - erhöhte Gefahr)

RISIKO/GEFAHR- KONSTELLATION in der FEUERVERSICHERUNG (Diagramm)

In der Sach- und Personenversicherung macht die Feststellung von Risikomerkmale, des „inherent risk“ (innewohnenden Risikos), weniger Schwierigkeiten. Deshalb ist in der Sachversicherung in Deutschland auch noch kein Versicherungsunternehmen - wie im Bereich der Kfz-Versicherung auf die Idee gekommen, zum Zwecke der Klassifikation und Beitragsaufteilung den Beitragsbedarf einer Region auf die einzelnen Bewohner zu verteilen. Für die Sachversicherung wird noch das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip angewendet, wonach jeder einzelne Risiko-Interponent im Bereich jedes einzelnen Versicherten individuell bewertet und klassifiziert wird.

Das hier dargestellte Schema ist aber ein ganz anderes für die Pflichtversicherung der Fahrzeughalter; denn diese ist eine Haftpflichtversicherung.

Hier ist zwar auch das versicherte Risiko das Vermögen des Versicherten. Aber der eigentliche Schaden entsteht außerhalb des Bereichs des Versicherten bei einem Anspruchsteller. Dieser Schaden wird durch ein für die Haftung entscheidendes Fehlverhalten des Fahrers ausgelöst oder durch Mängel des Fahrzeugs.

Die Ursachen für die Haftung eines Fahrzeughalters und somit für die Entstehung eines Haftpflichtschadens sind in § 7 Straßenverkehrs-Gesetz beschrieben:

„(Haftung des Fahrzeughalters) (1) Wird bei dem Betrieb eines Kraftfahrzeugs ein Mensch getötet, der Körper oder die Gesundheit eines Menschen verletzt oder eine Sache beschädigt, so ist der Halter des Fahrzeugs verpflichtet, dem Verletzten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

(2) Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Unfall durch ein unabwendbares Ereignis verursacht wird, das weder auf einem Fehler in der Beschaffenheit des Fahrzeugs noch auf einem Versagen seiner Einrichtungen beruht. Als unabwendbar gilt ein Ereignis insbesondere dann, wenn ... sowohl der Halter als der Führer des Fahrzeugs jede nach den Umständen des Falles gebotene Sorgfalt beobachtet hat.“

Dieser Haftungstatbestand ist die entscheidende Grundlage für die Bewertung der Gefahr in einer Kfz-Haftpflichtversicherung. Die Gefahr für das Vermögen des Versicherten ist also ein Haftpflichtanspruch, der durch das Fehlverhalten des Fahrers oder Mängel am Fahrzeug ausgelöst wird.

Der Fahrer und das Fahrzeug sind also „Gefahren-Interponenten“ für das Risiko des Haftpflichtversicherten, für sein Vermögen.

Der Risiko-Interponent, der Eintritt und Umfang des eigentlichen Schadens und des Haftpflichtanspruchs mitbestimmt, ist hier im voraus völlig unbekannt und liegt außerhalb des (Einfluss-) Bereiches des Versicherten (Vermögen, Fahrzeug und Person des Anspruchstellers).

Die Frage ist also, ob und inwieweit sich bei der Kfz-Haftpflichtversicherung Merkmale feststellen lassen, die eine Bewertung des Risikos und der Gefahr zulassen. Was geschieht im Augenblick des zufälligen Zusammentreffens von

Risiko- und Gefahren-Interponent und beeinflusst Schadeneintritt und Schadenumfang ?

Der Umfang des Risikos in der Kfz-Haftpflichtversicherung wird weitgehend durch externe Werte bestimmt. Der Versicherte kann hundert Fehler machen und niemanden schädigen. Er kann - betrunken oder ermüdet -in den Straßengraben fahren (kein Haftpflichtschaden). Er kann eine Fliege, einen Hund, ein Kind oder eine Familie töten. Ein Risiko-Interponent ist also im voraus nicht erfassbar.

Aber auch der Fahrer als der Gefahren-Interponent, der den Haftpflichtschaden durch einen Fehler auslösen muss, ist im voraus nicht erfassbar oder bewertbar. Erstens ist er oft nicht einmal bekannt. Zweitens läßt sich die Gefahr, die von ihm ausgeht, sein Fahrverhalten, seine Reaktion, seine Konstitution im Augenblick des Zusammentreffens mit dem Risiko-Interponenten auch nicht objektiv feststellen.

Genau diese Konstellation macht die Bewertung der Vorgänge bei einem Kfz-Haftpflichtschaden und die Erfassung entsprechender Merkmale mit Voraussagekraft für Schadeneintritt und -umfang so schwierig und ist die Ursache für die totale Konfusion um die Beitragsklassenbildung in der Autoversicherung und dafür, dass die Verantwortlichen für die derzeitige Tarifstruktur „resignierend“ die Versicherungstechnik verlassen und Gruppen-Schadenbedarfs-Tarife eingeführt haben.

RISIKO-/GEFAHR- KONSTELLATION IN DER Kfz-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Das Stanford Research Institute hat die Versicherungstechnik bei der Beitragsfestsetzung so beschrieben, dass jeder Versicherte den Beitragssatz zahlen soll, der dem ihm innewohnenden Risiko (inherent risk) entspricht, und dass das verbleibende Zufallsrisiko auf die Versichertengemeinschaft verteilt werden soll (spreading the fortuitous risk). Dasselbe Institut hat auch festgestellt:

„The crux of the problem is to identify the limit between what is predictable and what is due to chance.“ (Die „Crux“ ist herauszufinden, was vorauszusagen und was zufallsbezogen ist.)

Bei einer Gebäude-Feuerversicherung kann man voraussagen, dass ein Holzhaus leichter und in größerem Umfang brennt, und dass der Höchstschaden den Wert des Hauses nicht übersteigt. Derartige Voraussagen sind in der Kfz-Haftpflichtversicherung unmöglich. Hier ist nahezu alles nicht im voraus bestimmbar.

Heinz Sievers, Präsident des HUK-Verbandes, 1979:

„Niemand kann Aussagen über das voraussichtliche Fahrverhalten machen.“

„Deutsche Versicherungswirtschaft“, 1936:

„Die Gefahr wird durch vielerlei Faktoren bestimmt. Der wichtigste Faktor ist der persönliche, also die Eigenschaften desjenigen, der das Fahrzeug lenkt. Gerade dieser aber entzieht sich schon deswegen jeder Tarifierung, weil man in der Regel nicht weiß, wer alles während der Versicherungsdauer das Fahrzeug führen wird. Selbst aber, wenn dies von vornherein feststände, kann man nach der Person des Lenkers nicht tarifieren, weil es dafür keinen Maßstab gibt.“

US Report, 1979:

„On an individual basis, accident involvement is so infrequent that this random element of accidental loss overwhelms and masks the predictable, or expected loss component. It is immediately apparent that there is a complete inability in the real world to measure the expected loss precisely on an individual basis.“

Im Senats-Hearing, 1978:

„No one is capable of predicting exactly what losses each individual insured will sustain. This is why groupings or classes are necessary.“

Die deutsche Studie übergeht diese Problematik und äußert an einer Stelle nur, dass die Forderung nach einem Prämiensatz, der der individuellen Gefahr entspricht, „aus Gründen der Verwaltungsökonomie nur für Wagnisgruppen gelten“ könne.

In der Kfz-Haftpflichtversicherung lässt sich nur eines objektiv und für den einzelnen Pflichtversicherten erfassen. Das ist der Gefahren-Interponent „Fahrzeug“. Bei einem schweren und schnellen Fahrzeug wird der Schaden mit aller Wahrscheinlichkeit größer sein als bei einem langsamen Wagen (Argument für PS-Klassen).

Die aufgezählten Umstände und Besonderheiten bei der Kfz-Haftpflichtversicherung waren dann auch der Grund dafür, dass Autofahrer mit gleichen Fahrzeugen bis vor etwa 25 Jahren gleiche Versicherungsbeiträge zahlten, 0 entsprechend der Versicherungstechnik, die eine weitere Klassifizierung des einzelnen Versicherten verbietet, wenn keine objektiv und allgemeingültig feststellbaren Unterschiede vorliegen.

Erst als die Selektion einsetzte und sich regional und berufsständisch bedingte Beitragsbedarfs- und Überschussunterschiede in den Beständen der Versicherungsunternehmen andeuteten, wurde die neue Tarifstruktur eingeführt, aber nicht mit dem Ziel einer angeblich größeren Prämiengerechtigkeit, sondern allein mit dem Ziel einer Herbeiführung von Beitragsbedarfs- und Überschusshomogenität in den Beständen der Versicherungsunternehmen.

Bei dieser neuen Tarifierungsmethode werden Gefahrenmerkmale des einzelnen Versicherten nicht mehr berücksichtigt. Die Pflichtversicherten werden nur noch nach irgendwelchen Merkmalen, die keinen Einfluss auf den einzelnen Haftpflichtschaden haben, in Gruppen zusammengefasst, die einen zu anderen Gruppen abweichenden Beitragsbedarf aufweisen und deshalb Gegensatz der Selektion oder Antiselektion sein können.

Dass man vom versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip (S.17) und der Klassifizierung des einzelnen Versicherten nach seiner individuellen Gefahr völlig abgegangen war, beweisen die nachfolgenden Äußerungen:

Deutsche Studie:

„In welche Regionalklasse ein Versicherungsnehmer eingestuft wird, hängt davon ab, wie sich der Schadenbedarf im jeweiligen Bezirk gestaltet, in dem der Zulassungsort seines Kraftfahrzeuges liegt. Nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip soll die Prämie für die Versicherung eines Wagnisses der betrachteten Wagnisgruppe mit dem Erwartungswert des Schadenbedarfs in dieser Gruppe übereinstimmen. Weil der Erwartungswert unbekannt ist, wird er durch den allgemeinen Schadenbedarf approximiert. Nach dem Äquivalenzprinzip sollen die Prämien für homogene Teilbestände jeweils ihrem Schadenbedarf entsprechen.“

American Insurance Association, 1980:

„Each driver is assigned to a group with similar characteristics and pays a price for insurance based as closely as possible on the losses which past experience indicated will be produced by that group. Auto insurance classifications discriminate among drivers on the basis of statistical evidence - evidence that makes such discrimination not only acceptable, but fair and logical.“

US Report:

„This is the classical concept of insurance rating: grouping by objective characteristics and charging the group average to the individual members.

Basically, insurers have used a system which attempts to group people in categories that in the past have shown demonstrably different risk exposure compared to other groups. Insurers establish these groups according to the loss experience that can be anticipated for a group.

This phase of the risk assessment process is the development of a classification scheme where loss data is grouped together into cells. The fair price for an individual in the cell would reflect this expected loss.

The use of age, sex and marital status variables is justified on the basis of their ability to predict losses for groups and, thus, to separate groups from a competitive perspective.“

Aus dem Senats-Hearing:

„It would be unfair discrimination from a statistical standpoint if the classes thus identified were not rated accordingly.

Since ratemaking on an individual basis is not feasible, certain groupings or classifications were developed as a means for the pricing of risks.“

Sievers, Präsident des HUK-Verbandes, 1979:

„Die Chancen der am Wettbewerb beteiligten Versicherer sind durch die erarbeitete Struktur weitgehend auf die gleiche Basis gestellt worden. Das wiederum hat dazu geführt, nicht nur gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen, sondern die im Durchschnitt richtig kalkulierte Prämie auch richtig nach Schadenverursachung großer Gruppen von Versicherungsnehmern zu differenzieren.“

Diese Diskriminierung des einzelnen Versicherten und die Klassifikation nach „Schadenbedarfsmerkmalen“ von Gruppen statt nach individuellen Gefahrenmerkmalen war das Thema des Senats-Hearings im Jahre 1978, in welchem der chairman des Senatskomitees, Senator Metzenbaum, sagte:

„It is my belief that characteristics such as age, sex, occupation, race, territory, and marital status should not be the basis for denying consumers insurance, or for making it available only at very high rates.

(Frage an einen „Versicherungsmanager) Do you think that people who are of different emotional makeups, that is, that somebody ought to making an evaluation based upon the kind of person that you are ? Do you think that anybody is capable of doing that ?

I don't think anybody argues about the need for the insurance company to make a profit. That is not the thrust and the direction of these Hearings. The question is this. There is the right of the individual and the ability of the individual to be able to obtain insurance without unfair discriminatory practices. I think it is the discriminatory practices that we are asking you to justify. It is the question of occupational discrimination. The question is: Do you think the insurance industry is fairly treating the American people. The question is this. Are you rated as an individual ?“

Diese Fragen des US-Senators Metzenbaum sind die Kernfragen der Tarifprobleme in der gesetzlichen Kfz-Haftpflichtversicherung: „Wird der einzelne Pflichtversicherte als Individuum klassifiziert ?“

Auf die entscheidende Bedeutung dieser Frage weisen weitere Äußerungen von Persönlichkeiten aus dem amerikanischen Versicherungswesen hin:

„Questions have been raised about the fairness of this system, and especially about its reliability as a predictor of risk for a particular individual. We have not tried to judge the propriety of these groupings and the resulting price differences.“

(The National Underwriter): „The major issues facing the insurance industry today involve classification, according to Federal Insurance Administrator Gloria Jimenez, who also sees a growing need to emphasize ‚individual risk‘ rather than ‚group risk‘ in the classification process. Mrs. Jimenez said that ‚there are some very significant new thoughts on classification which require full and open debate and rethinking of what heretofore were almost sacred insurance procedures‘.“

Insurance Commissioner Stone: „The most difficult lesson for those imbued with traditional post-war insurance thinking is that classification accuracy must be thought of in individual terms rather than group terms. To

understand insurance pricing, one must turn away from comparisons between classes of drivers. - Professor John W. Pratt is one of the most respected writers in the world on the subject of statistical decision theory. He urged that the notion of class precision be subordinated to the concept of measured degrees of individual pricing accuracy. It is wrong to discriminate against someone for being male.“

Niemand wird ernsthaft bestreiten, dass wegen der Unmöglichkeit der Erfassung des einzelnen Pflichtversicherten Tarife eingeführt worden sind, die nicht mehr den einzelnen Versicherten nach seiner individuellen Gefahr klassifizieren, sondern Versichertengruppen nach ihrem Beitragsbedarf.

Niemand wird ernsthaft bestreiten, dass dieses nicht der Versicherungstechnik entspricht. Dennoch bezeichnen das Insurance Service Office (Verbandsprämienbüro) und die deutschen Regierungsgutachter dieses Verfahren als das „versicherungstechnische Äquivalenzprinzip“ und als „classical concept of insurance rating“. Dabei wurde eingangs der deutschen Studie das Äquivalenzprinzip noch richtig dargestellt: „jede versicherungstechnische Einheit ist mit dem Prämienatz zu belasten, der seiner individuellen Gefahr entspricht.“ 150 Seiten weiter wird als angebliches Äquivalenzprinzip hingestellt: „Die Prämien für homogene Teilbestände sollen jeweils ihrem Schadenbedarf entsprechen.“ Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass diese beiden Tarifierungsmethoden nichts miteinander gemein haben, und dass es geradezu dilettantisch ist, diese beiden grundverschiedenen Methoden als das gleiche Prinzip zu bezeichnen. In keinem anderen Versicherungszweig wird das völlig verfälschte „Äquivalenzprinzip“ der Autoversicherungstarife angewendet.

Um eine Gleichbehandlung der pflichtversicherten Fahrzeughalter zu erreichen, wollen die Gegner der derzeitigen Tarifstruktur die ursprüngliche Versicherungstechnik bei der Beitragsklassenbildung und das ursprüngliche Äquivalenzprinzip für die Autoversicherungstarife angewendet wissen.

Dabei ist eine Klassifikationsmöglichkeit die nach der Fahrzeugstärke mit der Begründung: je größer und schwerer das Fahrzeug, umso höher der Haftpflichtanspruch im Falle eines Schadens.

Die Fahrzeugstärke könnte außerdem aus sozialen Gründen ein Tarifierungsmerkmal sein, oder deshalb, weil größere Wagen meistens eine höhere Kilometerleistung haben, die Fahrer also die „Versicherung“ mehr nutzen - eine Art „Nutzungsgebühr“ also, die nichts mit die Prämienabstufung nach der individuellen Gefahr zu tun hat, aber im Sinne der Versichertengemeinschaft vernünftig sein kann.

Die Kilometerleistung ist aber kein geeignetes Merkmal zur Abstufung der Gefahr; denn 5.000 Kilometer, die ein schlechter Fahrer im Jahr fährt, können „gefährlicher“ sein als 50.000 Kilometer, die ein guter Autofahrer fährt. Die Kilometerleistung zur Abstufung der individuellen Gefahr wäre also erst sinnvoll nach der Beurteilung des Fahrers nach seiner Gefahr in Bezug auf die Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens. Eine solche Bewertung der fahrerischen Qualitäten ist aber in objektiver Form nicht möglich. Gleiches gilt für das Fahren von guten und schlechten Fahrern in Gebieten mit größerer Verkehrsdichte.

Auch die Fahrvergangenheit eines Pflichtversicherten ist nach der Versicherungstechnik kein geeignetes Mittel für die Beurteilung und Klassifikation des einzelnen Versicherten nach seinem Fahrverhalten und seiner Gefahr in Bezug auf die Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens.

Wohl hat ein Fahrer, der einen Kfz-Haftpflichtschaden verschuldet hat, schlechtes Fahrverhalten oder falsche Reaktion gezeigt. Doch dürfen bei einer Gleichbehandlung aller Pflichtversicherten nur solche Merkmale verwendet werden, die sich für alle Versicherten in gleicher Weise feststellen lassen und somit in gleicher Weise angewendet werden können.

Mit Sicherheit gibt es, Tausende von Autofahrern, die sich bereits ebenso falsch verhalten haben wie andere Versicherte mit Schäden, wobei diese Tausende von Autofahrern keinen Haftpflichtschaden verschuldet haben, weil sie im Zeitpunkt ihres Fehlverhaltens nicht mit einem Risiko-Interponenten konfrontiert waren.

Um diese Fragestellung besser beurteilen zu können, soll sie auf einen anderen Bereich übertragen werden. Man stelle sich vor, die Holzbauweise von Häusern sei im voraus nicht feststellbar, sondern würde erst im Schadenfall zutage treten. Sollen dann nur die Versicherten eine höhere Prämie zahlen, bei denen das erhöhte Risiko erst im Schadenfall auffällig geworden ist ? -

Die Versicherungstechnik und das Gebot der Gleichbehandlung der Versicherten führen eindeutig zur Verneinung dieser Frage.

US Report, 1979:

„Such a rating plan might be successful if there existed a set of low risk drivers and a set of high risk drivers such that the latter could easily be distinguished from the former. Unfortunately, these two groups are not readily identifiable. Any driver may, on occasion, use poor judgment or perform imprudently or be unlucky. In fact, persons who are involved in accidents over a period of several years are not necessarily high risk drivers, nor are those who are accident free necessarily low risk drivers, On the basis of probability theory, low risk drivers will sometimes have accidents, and high risk drivers will sometimes go without an accident for a long period of time.“

Senats-Hearing, 1978:

„It is not always easy to identify those drivers who are high risks. In reality, the driving record of an individual applicant for automobile insurance often is not a very reliable tool for measuring the risk exposure of that individual. The reason is that auto accidents are relatively rare occurrences for individual drivers.“

Allerdings wird die Fragestellung nach der Berücksichtigung von Schäden für die Klassifikation in der Kfz-Haftpflichtversicherung eine andere, wenn Versicherte ein besonders fahrlässiges Fahrverhalten gezeigt haben oder regelmäßig und öfters Haftpflichtschäden verschulden.

Außerdem ist zu fragen, ob aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen jeder Versicherte „zur Abschreckung“ bei jedem Schaden mit einem Malus belegt werden sollte, damit nicht eine nachlässige Fahrweise bei den Pflichtversicherten um sich greift.

Wichtig ist zu erkennen, dass Beitragsklassenbildung nichts mit Statistiken und Preiskalkulation zu tun hat. Die Beitragsklassenbildung muss im Sinne der Versicherten und der Pflichtversichertengemeinschaft erfolgen und wird deshalb ganz wesentlich von sozialen Überlegungen und Forderungen bestimmt sowie nach der Subventionsbereitschaft.

Gemäß diesen Überlegungen und Feststellungen sollten nur 2 oder 3 Malus-Klassen eingeführt werden gegenüber den einheitlichen Beitragsklassen für schadenfreie Fahrer gleicher Fahrzeuge.

Bei einer Erhöhung der Beiträge nach einem Schadenfall darf auf keinen Fall der Schadenaufwand der schadenbehafteten Fahrer auf diese Gruppe umgelegt werden. Dieses Vorgehen würde gegen das Prinzip der Versicherung 'Nicht-Betroffene zahlen für Betroffene' verstoßen. Der Malus muss also nach dem Subventionsgrad festgesetzt werden, inwieweit Nicht-Betroffene für Betroffene zahlen sollen oder wollen unter Berücksichtigung der Tatsache, dass viele von ihnen viele der Schäden evtl. auch verschuldet hätten. Nur den nicht subventionierten Teil der Schäden müssten die Schadenfahrer unter sich aufteilen.

Die Klassifikation der einzelnen Versicherten und die Beitragsfestsetzung muss also nach der Versicherungstechnik in den nebenstehend abgebildeten Stufen vor sich gehen:

BEITRAGSFESTSETZUNG UND KLASSIFIZIERUNG DES EINZELNEN VERSICHERTEN (Diagramm)

Dagegen sieht die Beitragsfestsetzung nach der derzeitigen Tarifstruktur wie folgt aus (auffällig ist dabei der „statistische Kreisel“, der eine Argumentation liefert, die sich im Kreise dreht - was im folgenden Text näher erläutert wird):

BEITRAGSFESTSETZUNG NACH DERZEITIGER TARIFSTRUKTUR (Diagramm)

Die Bedeutung der Statistiken als Grundlage für die derzeitige Tarifstruktur wird immer wieder sowohl in den USA wie in Deutschland hervorgehoben.

USA: „Statistically based und justified“ - „distinctions backed by powerful statistics“ - „supported by a body of credible statistical data“.

Deutschland: „statistisch fundiert“ - „aus den Statistiken klar erkannt, dass die Schadenerwartung für bestimmte Kraftfahrer deutlich regionale Unterschiede aufweist“ - (Aufsichtsamt:) „Statistische Erhebungen haben gezeigt, dass der durchschnittliche Schadenverlauf von Kfz-Haftpflichtversicherungsverträgen, wenn sie nach dem Wohnort zusammengefasst werden, deutliche Unterschiede aufweist.“

Entscheidend für Statistiken ist die Ausgangsfragestellung. Wenn für das hier behandelte Thema die Ausgangsfrage so gestellt wird,

„Wie können die einzelnen pflichtversicherten Fahrzeughalter nach ihrer individuellen Gefahr in Bezug auf die Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens klassifiziert werden?“

dann hätte jeder verantwortungsbewusste Statistiker sagen müssen, dass diese Frage mit statistischen Mitteln nicht zu beantworten ist.

Aber die Fragestellung ist für die Versicherungs- und Auftragsstatistiker tatsächlich eine ganz andere:

„Wie können die Versicherungsunternehmen mehr Überschüsse erzielen oder wie können sie zumindest verhindern, dass andere Unternehmen höhere Überschüsse erzielen durch eine Auswahl der Versicherten (Selektion) ?“ -

Deutsche Studie:

„Mit der Prämiendifferenzierung, die auf Antrag der Versicherungsunternehmen eingeführt wurde, sollten vorher gegebene Wettbewerbsungleichheiten zwischen den Versicherungsunternehmen beseitigt werden.“

Senats-Hearing, 1978:

„Insurers seek to improve their risk assessment accuracy by identifying a subgroup with a lower risk from a large uniformly rated group, and if they can select this subgroup, they can improve their underwriting results.“

US-Report, 1979:

„Insurers will continue to experiment with private passenger auto classification plans. Insurers operating in a competitive environment are constantly seeking to identify better than average risks in order to maximize profits.“

Senats-Hearing:

„Every company, through selection and pricing, will attempt to identify and write the good drivers and avoid the bad drivers. This is the company's response to sound public policy, fair play and economic realities.“

Die vorangegangenen Zitate beweisen eindeutig, dass die Ausgangsfrage für die Statistiken, die der derzeitigen Tarifstruktur zugrunde liegen, nichts mit Klassifikation des einzelnen Pflichtversicherten und Beitragsgerechtigkeit zu tun haben.

Nachfolgend sollen die entscheidenden statistischen Fragen einmal im Sinne eines verantwortungsbewussten Statistikers und außerdem im Sinne der Versicherungs- und Auftragsstatistiker beantwortet werden.

Die erste Frage an die Statistiker nach der Klassifikation des einzelnen Versicherten war eben bereits dargestellt, auch die Antwort eines verantwortungsbewussten Statistikers, der hier keine Möglichkeit zum Einsatz von Statistiken sieht.

Die zweite Frage wäre dann:

„Wie können die Versicherungsunternehmen dann den Beitragsbedarf auf die Pflichtversichertengemeinschaft verteilen ?“ –

Ein verantwortungsbewusster Statistiker hätte darauf erwidert, dass auch dieses kein statistisches Problem, sondern eine einfache mathematische Aufteilung nach einem festgelegten Beitragsklassenschema ist.

Damit wäre die Beschäftigung eines verantwortungsbewussten Statistikers mit der Frage der Beitragsklassenbildung und Beitragsfestsetzung beendet.

Jetzt folgt aber die völlig andere - oben dargestellte - Ausgangsfrage der Versicherungsunternehmen nach ihren „Gewinnmöglichkeiten“ oder „Chancengleichheit“ bei der Selektion.

Ein verantwortungsbewusster Statistiker hätte nach dem Sinn und vor allem auch nach den Auswirkungen von Statistiken nach irgendwelchen Überschussmerkmalen von Versichertengruppen gefragt, ob diese der Beitragsklassenbildung in einer gesetzlichen Pflichtversichertengemeinschaft und der Versicherungstechnik entsprechen, und ob bei der Verwendung solcher statistischer Untersuchungen und ihrer Ergebnisse die bei einer Pflichtversicherung zu beachtenden hoheitlichen Rahmenbedingungen befolgt werden - wie z.B. der Gleichbehandlungsgrundsatz der Verfassung.

Dann hätten diese Statistiker festgestellt, dass Statistiken nach Überschussmerkmalen nicht der Beitragsklassenbildung in einer Pflichtversicherung entsprechen, dass durch eine Klassifikation von Gruppen nach ihrem Schadenbedarf die Pflichtversichertengemeinschaft in eine Vielzahl neuer Versichertengemeinschaften aufgelöst werden würde, die ihren Beitragsbedarf selbst zu decken hätten. Die Subvention innerhalb der Pflichtversichertengemeinschaft wäre unterbrochen und auf die einzelnen Gruppen beschränkt. Pflichtversicherte mit gleichen individuellen Merkmalen wären auf eine Vielzahl von Gruppen mit unterschiedlichen Beiträgen verteilt und würden finanziell ungleich belastet. Dieses wäre eine Diskriminierung des einzelnen Pflichtversicherten wegen seiner Zugehörigkeit zu irgendeiner Gruppe mit einem bestimmten Überschussmerkmal.

Verantwortungsbewusste Statistiker hätten außerdem festgestellt, dass der Schadenaufwand kein geeignetes Mittel zur Klassifikation von Versicherten ist, weil eine solche „Klassifikation“ nur nach dem erfassbaren vergangenen Schadenaufwand erfolgen kann. Dieses würde aber bei Beachtung der statistischen Regeln zur Aufteilung der Versicherten in Gruppen mit und ohne Schäden und damit zur Selbstbezahlung von Schäden durch die Betroffenen führen. Von einem vergangenen Schadenaufwand kann auch nicht auf eine künftige Gefahr geschlossen werden, weil auch hier nur die Versicherten als „gefährliche“ gruppiert werden dürften, die einen Schaden hatten. Die Statistiker übersehen, dass der Beitragsbedarf auf die gesamte Versichertengemeinschaft verteilt,

aber nicht für den einzelnen Versicherten oder Gruppen, der Schadenaufwand festgestellt werden soll.

Die Versichertengemeinschaft darf nicht in Gruppen aufgelöst werden nach irgendwelchen Merkmalen, die mit der Frage der Beitragsklassenbildung nach der individuellen Gefahr in Bezug auf die Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens nicht in Zusammenhang stehen. Eine solche sinnlose Gruppenbildung kann zwar unterschiedliche Durchschnittsergebnisse hinsichtlich des Beitragsbedarfs der so formierten Gruppen bringen, doch dürfte ein „Durchschnittsschadenbedarf“ nicht verallgemeinert und auf den einzelnen Versicherten übertragen werden. Diese Methode würde zur Klassifikation von Gruppen, aber nicht der Versicherten führen. Diese Gruppen müssten nach dieser Methode ihren Beitragsbedarf selbst decken. Die Pflichtversichertengemeinschaft wäre aufgelöst. Und gleiche Individuen mit in Bezug auf die Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens gleicher Gefahr würden je nach ihrer Gruppenzugehörigkeit und dem Durchschnittsschadenbedarf dieser Gruppe - auf die gesamte Pflichtversichertengemeinschaft bezogen - ungleich behandelt.

Vor allen Dingen hätten verantwortungsbewusste Statistiker gemerkt, dass es bei der Klassifikation von einzelnen Versicherten unsinnig ist, erst Gruppen zu bilden und dann den einzelnen Versicherten nach Gruppenmerkmalen zu klassifizieren. Bei einer Individual-Klassifikation soll die Gruppe das Ergebnis, aber nicht Ausgangspunkt sein.

Die Versicherungs- und Auftragsstatistiker haben diese Überlegungen noch niemals angestellt, zumindest sich hierzu niemals geäußert. Sie haben - wie es in dem obigen Zitat eines amerikanischen Verbandskomitees heißt - angefangen und sind noch dabei, mit allen möglichen Gruppen von Versicherten und ihrem Beitragsbedarf zu „experimentieren“. In den USA ist wegen des fehlenden Annahmezwinges und einer dadurch unregelmäßigen Selektion der Raum für solche Experimente sehr groß.

Senats-Hearing, 1978:

„It is a process whereby geographical areas are divided into rating territories.“

In Deutschland ist die Selektion auf Regionen und Berufe beschränkt. Deshalb hat man hier von vornherein die Merkmale, nach denen man Gruppen erfassen und bilden wollte, „vereinbart“:

Deutsche Studie:

„Das Festlegen der regionalen Einheiten wurde für den KH-Tarif 1977 durch die Vereinbarung erledigt, als Regionen jeweils Großstädte und Regierungsbezirke zu wählen.“

Genau diese Gruppenbildung ist das eigentliche Problem und Thema der Beitragsklassenbildung. In Deutschland hat man diese Gruppen „vereinbart“, in den USA „experimentiert“ man damit. Die deutschen Auftragsgutachter haben jetzt für ihre Statistiken und als Beitragsklassen die „feinste Einteilung des

Bundesgebietes gewählt, für die statistische Unterlagen verfügbar sind“ und die für eine neue „Vereinbarung“ vorgeschlagen werden. Für solche vereinbarten oder Experimental-Gruppen von Versicherten haben die Versicherungs- und Auftragsstatistiker dann den Schadenaufwand ermittelt und festgestellt, ob dieser von anderen Gruppen abweicht. War der „Schadenbedarf „abweichend, wurde das vereinbarte oder im Experiment angewendete Gruppenmerkmal zum „Gefahrenmerkmal“, die Gruppe zur Beitragsklasse und der Durchschnittsbeitrag zum Gruppenbeitrag erhoben mit folgender Begründung:

Senats-Hearing:

„Geography is a factor because more accidents occur in congested traffic conditions. Thus, insurers correctly charge urban motorists more because their exposure to loss is greater.“

Deutsche Studie:

„Wenn Kraftfahrer an bestimmten Stellen im Verkehrsgebiet besonders oft versagen, wenn sich menschliches Versagen also auf bestimmte Knoten oder Strecken konzentriert, muss die Beschaffenheit dieser Orte oder Verbindungen für das Fehlverhalten mitverursachend sein.“

Jeder verantwortungsbewusste Statistiker hätte hier erkannt, dass solche Schlussfolgerungen und eine solche Methode gegen die statistischen Grundregeln verstößt.

Statistik ist sinnvolles Zusammenfassen, Zählen, Vergleichen, Auswerten und Beurteilen von Einheiten und Ergebnissen. Dabei dürfen nur Gruppen aus - in Bezug auf die Fragestellung - gleichartigen Einheiten zusammengefasst werden. Sind die Einheiten unterschiedlich oder sind sie mit unterschiedlichen Werten (in Bezug auf die Fragestellung) in die Statistiken eingegangen, darf das Gruppenergebnis nur auf die Gruppe bezogen und im Vergleich von Gruppen verwendet werden. Die Übertragung eines Durchschnittsergebnisses, das aus unterschiedlichen Einheiten oder Einheiten mit unterschiedlichen Werten gebildet worden ist, auf die einzelnen Einheiten ist unzulässig (Verbot der Verallgemeinerung).

Daraus folgt, dass die Feststellung eines abweichenden Schadenaufwands nur eine Aussagekraft für die nach irgendwelchen Merkmalen gebildete Gruppe hat, aber der „Durchschnittsschadenbedarf“ dieser Gruppe nicht auf die einzelnen Einheiten als ihr individueller Beitragsbedarf übertragen werden darf, weil diese in Bezug auf die Fragestellung nicht gleichartig sind. Diese Einheiten haben - wie oben bereits erwähnt - entweder keinen oder einen völlig unterschiedlichen „Schadenbedarf“: Wer diese statistischen Grundregeln nicht beachtet, kann aus einem 100-Jährigen in einer Gruppe von 20- bis 40-Jährigen einen 27-Jährigen machen.

Eine Übertragung des Gruppenergebnisses auf die einzelnen Einheiten wäre nur zulässig, wenn alle Versicherten alljährlich Schäden in gleicher Höhe verschulden und somit den gleichen „(Durchschnitts-)Schadenbedarf“ hätten.

Senats-Hearing (Commissioner Stone):

„If you can prove to me that someone is the average person in the group, then it is all right for them to pay the average rate for the group.“

Dass dieses nicht der Fall ist, dass Versichertengemeinschaften gerade deshalb gebildet werden, um die nur bei wenigen anfallenden Schäden auszugleichen, müsste allen Statistikern bekannt sein.

Jeder verantwortungsbewusste Statistiker würde es ablehnen, solche Gruppen als „homogen bezüglich ihres Schadenbedarfs“ zu bezeichnen, was die Versicherungs- und Auftragsstatistiker aber tun (die deutschen Gutachter gleich mehrfach auf Seiten 64, 146, 149, 163). Für Versicherte kann es niemals eine Homogenität bezüglich ihres „Schadenbedarfs“ geben. Dann brauchten diese sich nicht mehr zu versichern. Wenn aber 10 von 100 Versicherten Schäden in einer Gesamthöhe von 50.000,- DM haben, kann kein Statistiker der Welt diese Tatsache derart verdrehen, dass alle 100 Versicherten einen Zehntel-Schaden von 500,- DM haben.

Jeder verantwortungsbewusste Statistiker würde es auch ablehnen zu behaupten, dass jedes Merkmal ursächlich für die Unterschiede der einzelnen Einheiten ist, wenn eine entsprechende Gruppen-Zusammenfassung ein abweichendes Ergebnis liefert. Wenn das Durchschnittsalter von Bewohnern nach Straßen ermittelt wird und die Bewohner einer Straße ein besonders hohes Durchschnittsalter haben, dann ist diese Straße oder das Wohnen in dieser Straße (als Merkmal) sicher nicht ursächlich für das hohe Durchschnittsalter der Bewohner. Man kann also nicht die Behauptung aufstellen, wie es die deutschen Gutachter tun: „Wenn sich ein hohes Lebensalter in gewissen Straßen konzentriert, dann muss die Beschaffenheit dieser Straße für das hohe Lebensalter mitverursachend sein.“

Dieses ist eine geradezu dilettantische Schlussfolgerung, die aber die Versicherungs- und Auftragsstatistiker, tatsächlich als Beweis dafür anführen, dass jedes Gruppenmerkmal, das zu einem unterschiedlichen Gruppenergebnis führt, auch ein Verursachungsmerkmal sein soll.

Senats-Hearing:

„Territorial classification is a valid proven method of estimating exposure to loss.“

Die deutschen Gutachter sagen mit dem oben angeführten Zitat indirekt, was sich als direkte Behauptung wie folgt darstellt: „Wenn sich menschliches Versagen auf bestimmte Stellen im Verkehrsgebiet konzentriert, dann sind alle Fahrzeughalter, die in der Nähe dieser Stellen wohnen, menschliche Versager und sollen einen höheren Versicherungsbeitrag zahlen.“ (Wie wollen die Gutachter begründen, dass sich ausgerechnet an den Grenzen der Zulassungsbezirke das menschliche Versagen ändert ?-)

Jeder Statistiker müsste also ohne große Untersuchungen wissen, dass Wohnort, Beruf, Alter, Geschlecht oder Familienstand keinen Einfluss haben auf Eintritt und Umfang eines Kfz-Haftpflichtschadens, also kein Verursachungsmerkmal oder Gefahrenmerkmal sind. Jeder Statistiker müsste wissen,

dass Ursache für einen Kfz-Haftpflichtschaden nur das Fehlverhalten des Fahrers oder Mängel am Fahrzeug sind.

Senats-Hearing, Senator Metzenbaum:

„The insurance industry suggests that there is statistical justification for the classifications they are using. In fact, such categories have been challenged by industry critics as superficial, with no direct causal relationship to possible losses.“

Jeder Statistiker müsste eigentlich wissen, dass viele Gruppen von Versicherten einen unterschiedlichen Beitragsbedarf haben, wenn man sie nach irgendwelchen Merkmalen zusammenfasst. Mit Sicherheit würde eine Statistik, mit welcher man blauäugige, blonde, verheiratete Fahrzeughalter mit kleinen Füßen zusammenfasst und für diese Gruppe dann einen Beitrags- oder „Durchschnittsschadenbedarf“ ermittelt, einen erheblich niedrigeren Beitragsbedarf ergeben als für den Rest der Pflichtversicherten. Man hätte die meist schwarzhäarigen Ausländer mit ihrem höheren Schadenbedarf ausgeklammert und nur „kühle Blonde“ versichert. Man hätte die jungen Autofahrer ausgeschlossen. Und man hätte überwiegend Frauen (mit kleinen Füßen) versichert, die als Gruppe einen geringeren Beitragsbedarf haben als Männer. Es wäre aber ein statistisch methodischer Fehler, aus dem geringeren Beitragsbedarf einer so beliebig zusammengestellten Gruppe zu schließen, jeder der blaue Augen, blonde Haare und kleine Füße hat, sei ein guter Fahrer.

Gruppenmerkmale können eine gewisse Aussagekraft für die Zusammensetzung und für Besonderheiten dieser Gruppen haben, aber nicht für den einzelnen Versicherten dieser Gruppe. So ist das Gruppenmerkmal „Beamter“ ein Hinweis darauf, dass die schlechten Autofahrer dieser Gruppe weniger fahren, diese Gruppe also - selbst wenn in ihr mehr schlechte Fahrer sind als in anderen - einen geringeren Beitragsbedarf hat. Ähnliches könnte für das Gruppenmerkmal „weibliches Geschlecht“ gelten.

Das Gruppenmerkmal „junges Alter“ ist ein Hinweis darauf, dass in dieser Gruppe mehr unerfahrene oder leichtsinnige Autofahrer sind, diese Gruppe also - selbst wenn in ihr mehr gute und reaktionsschnelle Fahrer sind wie in anderen Gruppen - einen hohen Beitragsbedarf hat. Untersuchungen in den USA haben ergeben, dass gerade unter den jungen Autofahrern eine höhere Zahl guter Autofahrer ist als bei den älteren.

Es ist aber nach den statistischen Regeln wie auch nach der Versicherungstechnik unzulässig, diesen Gruppen-Beitragsbedarf auf die einzelnen Versicherten dieser Gruppe zu übertragen und den „Durchschnitts-Schadenbedarf“ als Beitrag auf sie umzulegen, weil diese Gruppen nicht homogen sind.

Tatsächlich findet also nur eine Klassifikation einzelner Gruppen und nicht der einzelnen Pflichtversicherten statt. Die Versicherungs- und die Auftragsstatistiker haben dabei Beiträge für Versichertengemeinschaften ermittelt, die eigentlich ihren Beitragsbedarf selbst decken sollen, die es aber in Wirklichkeit gar nicht gibt. Auch das müssen die Versicherungs- und Auftragsstatistiker eigentlich erkannt haben.

Es wäre unzulässig bei einem bundeseinheitlichen Pflichtversichertengesetz eine Pflichtversichertengemeinschaft der Hamburger, Münchner oder Beamten zu gründen. Diese gibt es auch nicht. Die Versicherten und Beamten aus den 331 deutschen Zulassungsbezirken sind auf 100 Versicherungsunternehmen verstreut. Ein versicherungstechnischer Ausgleich zwischen den Unternehmen findet nicht statt. Diese Versicherten sind außerdem auf 10 PS-Klassen und 10 Schadenfreiheitsklassen verteilt, die -nach der Argumentation der Auftragsstatistiker - alle ihren Beitragsbedarf selbst decken sollen.

Auch hier gilt eine statistische Regel, dass für jede Fragestellung eine entsprechend neue Gruppe von Einheiten zu bilden ist, damit keine Überschneidungen vorkommen (Grundsatz der Trennung). Eine Mischung von Ergebnissen aus Gruppenstatistiken mit verschiedener Fragestellung und andersartigen Einheiten ist unzulässig.

Es gibt also tatsächlich in Deutschland Millionen und in den USA Milliarden Versichertengemeinschaften, die angeblich groß genug sein sollen, ihren Beitragsbedarf selbst zu decken. Nach dem statistischen Grundsatz der Trennung und der Vermeidung von Überschneidungen müssten die Versicherungs- und Auftragsstatistiker letztlich für jeden Versicherten als „Versichertengemeinschaft“ den „Schadenaufwand“ ermitteln und auf ihn als angebliches „Gefahrenmerkmal“ und Beitrag übertragen. Das würde wieder zur Beitragsfreiheit für Nichtbetroffene oder zur Selbstbezahlung von Schäden und damit zur völligen Auflösung der Pflichtversichertengemeinschaft führen. Dabei verlangen die deutschen Gutachter in ihrer Untersuchung aber, dass die (nicht existenten) Versichertengruppen aus kleinen Zulassungsbezirken zu Agglomeraten zusammengelegt werden sollen, wenn sie „zu klein sind, um den versicherungstechnischen Ausgleich zu ermöglichen“.

Tatsächlich haben die Versicherungs- und Auftragsstatistiker nicht den Beitragsbedarf für (nicht existente) Versichertengruppen ermittelt, sondern sie haben „Ersatzmerkmale“ für die einzelnen Versicherten geliefert, die in Ermangelung und an Stelle von Gefahrenmerkmalen verwendet werden sollen, ohne einen Einfluss auf Entstehung und Umfang des einzelnen Kfz-Haftpflichtschadens zu haben. Diese „Ersatzmerkmale“ zur Beurteilung des einzelnen Versicherten haben aber - auf die nicht existenten Gruppen bezogen - einen Einfluss auf den Beitragsbedarf oder die Schadenaufwendungen und damit auch auf die Überschüsse der Unternehmen.

Diese Gruppenmerkmale werden sogar in mannigfaltigen Kombinationen für die „Klassifikation“ des einzelnen Versicherten verwendet. Die Diskriminierung, die sich schon aus der Übertragung eines einzigen Gruppenmerkmals für den einzelnen Versicherten ergibt, wird also noch gesteigert durch die Kombination von 5 oder mehr Gruppenmerkmalen.

Es ist also festzuhalten: Nach der derzeitigen Tarifstruktur werden nicht die einzelnen Versicherten klassifiziert, sondern Versichertengruppen. Die Merkmale von Gruppen, die einen Einfluss auf den Beitragsbedarf dieser Gruppen und damit auch auf die Überschüsse der Versicherungsunternehmen gezeigt haben, werden als Ersatz für die beim einzelnen Versicherten nicht feststellbaren Gefahrenmerkmale in vielfacher Kombination verwendet, um die Beiträge für einzelne Versicherte zu finden.

BEITRAGSFESTSETZUNG NACH DERZEITIGER TARIFSTRUKTUR nach dem früheren Schadenaufwand nicht existenter Gruppen (Diagramm)

Tatsächlich versuchen die Statistiker durch die Ersatzmerkmale „Wohnort, Beruf, Alter, Geschlecht, Familienstand, Schadenfreiheit usw.“ sich einer Kombination der eigentlichen Risiko- und Gefahrenmerkmale „Fahrverhalten, Fahrgebiet, Fahrleistung“ anzunähern, die allein eine Klassifikation des einzelnen Versicherten nach seiner individuellen Gefahr zulassen würde, - - - wenn man sie erfassen könnte ! -

Selbst wenn man Fahrgebiet oder Kilometerleistungen als „Risikofaktoren“ oder „Gefahrenmerkmale“ anerkennt, dürfen diese nicht ohne weiteres als Tarifmerkmal verwendet werden, weil sie eine völlig unterschiedliche Bedeutung haben für gute, schlechte und ganz schlechte Fahrer. Das heißt zum Beispiel: Der gute Fahrer ist in dem Fahrgebiet X selbst bei einer jährlichen Fahrleistung von 50.000 Kilometer keine Gefahr. Der schlechte Fahrer ist in dem Fahrgebiet X schon bei einer jährlichen Fahrleistung von 5.000 Kilometer eine Gefahr. Der ganz schlechte Fahrer ist im Fahrgebiet X bei jedem Kilometer, den er fährt, eine große Gefahr.

Das bedeutet: Primär müsste erst einmal der Fahrer bewertet werden, bevor sekundär festgestellt werden kann, welche Bedeutung für ihn das Fahren in bestimmten Fahrgebieten und mit bestimmten Kilometerleistungen hat. Da aber die unterschiedliche Fahrqualität der Versicherten objektiv nicht erfassbar ist, kann auch ein nachrangiger Faktor „Fahrgebiet“ oder „Kilometerleistung“ objektiv nicht angewendet werden.

Dann müsste außerdem konsequenterweise nicht der Zulassungsbezirk, sondern das Fahrgebiet oder die Fahrgebiete und die in ihnen jeweils gefahrenen Kilometer erfasst werden - ein Problem, das nur zu lösen wäre, wenn alle Versicherungsunternehmen - ähnlich wie auf den französischen Autobahnen - an allen Einfallstraßen aller deutschen Fahrgebiete Tausende von „Beitragskassen-Häuschen“ aufstellen würden, die nach einem „Brandzeichen“ „guter, „schlechter“ oder „ganz schlechter“ Fahrer vor dem Durchfahren oder für das Befahren von Regionen die Versicherungsbeiträge kassieren.

Die eigentlichen Risikofaktoren „Fahrverhalten - Fahrgebiet - Fahrleistung“, die bei einer Klassifikation der individuellen Gefahr nur in einer Kombination angewendet werden dürfen, sind für sich allein nur schwer oder gar nicht, in ihrer Kombination aber mit Sicherheit nicht objektiv zu erfassen.

Wenn die Versicherungs- und Auftragsstatistiker offen das „Interesse der Versicherungsunternehmen an den Überschüssen“ als Ausgangspunkt für ihre Statistiken zugeben und nicht mehr von 'Prämiengerechtigkeit für die Versicherten' reden würden, könnte man ihnen zwar die statistischen Fehler dann nicht mehr vorwerfen, weil dann die Ausgangsfrage tatsächlich eine andere ist. Doch tragen sie dann auch die Mitverantwortung für die Auswirkungen ihrer Statistiken, dass Millionen pflichtversicherte Autofahrer in Milliardenhöhe ungleich behandelt werden.

Allerdings scheinen viele Auftragsstatistiker ernsthaft der Meinung zu sein, dass sie der Versicherungstechnik und dem Äquivalenzprinzip gefolgt sind und versicherungstechnisch verwertbare Merkmale gefunden haben für die Klassifizierung des einzelnen nach seiner Gefahr in Bezug auf die Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens.

Diesen Statistikern muss man allerdings - neben der Mitverantwortung für die finanzielle Ungleichbehandlung der Versicherten - auch noch grobes Versagen nicht nur im Bereich der Versicherungstechnik, sondern auch in ihrem eigenen Bereich der Statistik vorwerfen; denn ihre Argumentation dreht sich in einem unmöglichen Kreis: Sie bilden eine Gruppe nach irgendwelchen Merkmalen und ermitteln für diese den „Schadenbedarf“ und den „Durchschnitts-Schadenbedarf“. Und wenn dieser von dem „Durchschnitts-Schadenbedarf“ anderer Gruppen mit anderen Merkmalen abweicht, sollen die Merkmale, nach welchen diese Gruppen gebildet worden sind, „Gefahrenmerkmale“, die Gruppen selbst „Beitragsklassen“ und der „Durchschnitts-Schadenbedarf“ der Gruppe der „gerechte Beitrag“ des einzelnen Versicherten sein. Und der Kreis schließt sich dann mit der Behauptung, dass diese Gruppe „bezüglich ihres Schadenbedarfs“ homogen sein soll, weil für alle Einheiten der Gruppe der gleiche 'Durchschnitts-Schadenbedarf' ermittelt worden ist. Bei diesem statistischen Kreisel wird übersehen, dass die Einheiten anfänglich nicht homogen waren, sondern dass diese erst durch den „statistischen Mix“ homogenisiert worden sind. Danach müsste auch der 100-Jährige in der Gruppe der 20- bis 40-Jährigen „homogen“ sein - wegen des gleichen Durchschnittsalters ! -

Die deutschen Auftragsstatistiker sind außerdem in sich widersprüchlich vorgegangen. Sie stellen fest, dass „dem Versicherten zwar die Unfallverursachung, kaum aber die nicht vorhersehbare und nicht kontrollierbare Unfallschwere angelastet werden kann“. Anstatt dann aber konsequenterweise nur noch von der Zahl der Schäden (Schadenhäufigkeit) in den einzelnen Regionen auszugehen, gehen sie trotzdem vom Schadenbedarf aus, der die Schadenaufwendungen und damit die „Unfallschwere“ berücksichtigt. Sie bezeichnen den - für die Klassifikation in der Versicherung völlig ungeeigneten - „Schadenbedarf“ als „Ausgangspunkt für die Prämienkalkulation“, obwohl dieser - wie sie selbst ausführen - „keine Auskunft darüber gibt, wie die Aufwendungen entstanden sind“. Dann sagen sie, dass bei der „Differenzierung der Wagnisse nur jene Risikomerkmale berücksichtigt werden dürfen, deren Einfluss auf das versicherte Risiko sich statistisch einwandfrei nachweisen lässt“, und dass „die Ermittlung einzelner den Haftpflichtschaden 'auslösender Ursachen auf besondere Schwierigkeiten stößt“. Die Gutachter bezeichnen dann aber den Wohnort als „Risikomerkmale“, und Versichertengruppen sogar als „Risikofaktoren“:

„Nach den heute vorliegenden Erkenntnissen kann es statistisch als gesichert gelten, dass die Berufsgruppen der Landwirte und Beamten unabhängige Risikofaktoren sind.“

Den „Einfluss auf das versicherte Risiko“ durch die „Risikofaktoren“ Wohnort und Beruf glauben die deutschen Gutachter damit bewiesen zu haben, dass sie sagen: „Wenn sich menschliches Versagen an bestimmten Stellen im Verkehrsgebiet konzentriert, muss die Beschaffenheit dieser Orte für das Fehlverhalten mitverursachend sein.“ Dieser Versuch, lokalisierbare Unfallursachen als (nicht lokalisierbare) Kfz-Haftpflichtschadenursachen auszugeben, entlarvt sich selbst als Täuschungsmanöver durch die Methode, Kfz-Haftpflichtschäden dem Wohnort oder Zulassungsbezirk des Versicherten zuzurechnen - ohne Rücksicht darauf, wo sich der „Unfall“ ereignet hat. Die Fahrzeughalter aus dem kleinen Ort Wolfratshausen (20 km von München entfernt) zahlen mit Sicherheit nicht deshalb den höchsten Beitrag aller Pflichtversicherten in Deutschland, weil „die Beschaffenheit von Wolfratshausen mitverursachend ist für ihr Fehlverhalten“ und die Haftpflichtschäden, die sie als Pendler in München verschulden.

Den Pflichtversicherten werden diese „wissenschaftlichen“ Fehlleistungen oder Täuschungsmanöver mit all ihren diskriminierenden Folgen als „Gemeinschaftsprojekt“ von Regierung, Aufsichtsamt und „Versicherungswirtschaft“ präsentiert mit einem Kostenaufwand von mehreren hunderttausend Mark. Und es wird dann den „hilflosen“ Versicherten, die nicht organisiert sind und keine Mittel haben, überlassen, diese Fehlleistungen und Diskriminierungen aufzudecken, die man den einfachen Bürgern gar nicht, aber auch den Medien nur schwer erläutern kann. Oberflächlich arbeitende Journalisten übernehmen sicher ahnungslos die falschen Ergebnisse aus einem angeblich „wissenschaftlichen“ Gutachten, das dazu noch von allen verantwortlichen Stellen mitgetragen wird.

Obwohl durch die bisherigen Ausführungen sicher hinreichend nachgewiesen ist, dass die derzeitige Tarifstruktur weder der Versicherungstechnik entspricht noch durch Statistiken begründet und gerechtfertigt ist, sollen auch noch die weiteren Argumente der Verteidiger der derzeitigen Tarifstruktur widerlegt werden.

Da gibt es das Argument der „Subvention“, mit welchem versucht wird, Emotionen bei „guten“ Fahrern zu wecken und diese für die Verteidigung der derzeitigen Autoversicherungstarife zu gewinnen.

Einfach ausgedrückt - wird den Autofahrern in den Mund gelegt: „Wie kommen wir dazu, für die zu bezahlen, die die meisten Schäden verursachen, für die jungen Leute, die Großstädter usw.?“ - oder: „Wie kommen wir Beamte dazu, für die Schäden zu bezahlen, die die Nichtbeamten anrichten?!“ -

Diese „Argumente“ erscheinen zunächst für den einfachen Bürger überzeugend. Er wird nicht erkennen, dass mit einer Pflichtversicherung eine bundesweite Pflichtversichertengemeinschaft gegründet worden ist, und dass die eben genannten „Argumente“ auf eine „Diskriminierung“ von pflichtversicherten Autofahrern nach ihrer Gruppenzugehörigkeit abzielen. Deshalb soll im folgenden einmal dargestellt werden, wer nach der derzeitigen Tarifstruktur tatsächlich wen „subventioniert“:

Es wurde bereits weiter oben ausgeführt, dass „Versicherung“ Subvention ist. Nicht-von-Schaden-Betroffene zahlen für die Betroffenen. Diese versicherungsgemäße Subvention verdeutlicht das folgende Beispiel:

Von 100 Versicherten bleiben über 10 Jahre 50 Versicherte schadenfrei, 30 haben 1 Schaden, 20 haben 2 Schäden und 10 haben 3 Schäden. Der Durchschnittsschaden beträgt 5.000,- DM. Der Beitragsbedarf dieser „Versichertengemeinschaft“ ist also bei 100 Schäden 500.000,- DM in 10 Jahren.

Die „Versichertengemeinschaft“ hat eine Subvention von 50% beschlossen, d.h. jeder der 100 Versicherten soll in 10 Jahren einen Grundbeitrag von 2.500,- DM zahlen. Wer einen Schaden hat, soll über 10 Jahre einen Zuschlag (Malus) von 150,- DM zahlen, wer 2 Schäden hat, 500,- DM, und wer 3 Schäden hat, 750,- DM. Danach ergibt sich folgende Tabelle:

(Tabelle)

Nach den Grundsätzen der derzeitigen Tarifstruktur würden sich die Werte in der Spalte (3) „Gesamtbeitrag“ wie folgt ändern:

(Tabelle)

Während die Subvention in der Versicherung von Nichtbetroffenen gegenüber Betroffenen erfolgen sollte:

(Tabelle)

stellt sich die Subvention nach den Selektionstarifen wie folgt dar:

(Tabelle)

Diese Darstellung beweist eindeutig, dass es falsch und verantwortungslos ist, wenn die Verantwortlichen der Öffentlichkeit einreden wollen, dass die Fahrer aus den Gruppen mit niedrigem Beitragsbedarf die Fahrer aus Gruppen mit hohem Beitragsbedarf subventionieren müssten, wenn die derzeitige Tarifstruktur ersetzt wird durch einen Tarif mit gleichen Beiträgen für gleiche Fahrzeuge und mit einem Malus-System. Es ist genau umgekehrt: bei der derzeitigen Tarifstruktur subventionieren die schadenfreien aber auch alle anderen Versicherten aus den Gruppen mit hohem „Schadenbedarf“ die Schadenfahrer aus allen anderen Tarifklassen.

Dabei sind noch nicht einmal die schadenfreien „Anfänger“ berücksichtigt, die mit ihren bis über 1.000% höheren Beiträgen die gesamte Pflichtversicherungsgemeinschaft subventionieren, ohne selbst Schäden zu haben. Dagegen schreiben die deutschen Gutachter - ihrem Gruppendenken folgend - fahrlässigerweise und unter Missachtung der Versicherungstechnik, aller statistischen Regeln und des Gleichheitsgrundsatzes der Verfassung:

„Angesichts der statistisch abgesicherten Tatsache, dass überdurchschnittlich viele junge Menschen Kraftfahrzeugunfälle verursachen, wird vorgeschlagen, den Beitragssatz für Neuverträge dem effektiven Schadenbedarf entsprechend festzusetzen.“

Nach diesem Vorschlag sollen alle Anfänger 250% des Grundbeitrages zahlen- gleichgültig ob sie „gute“ oder „schlechte“ Fahrer sind. Dadurch würde für die „Anfänger“ der Jahresbeitrag für einen Mittelklassewagen etwa 2.500,- DM betragen. Derartige ungerechtfertigte, hohe Beiträge sind für junge Fahrer

sicher kein Anreiz zu vernünftigem Fahren, wenn sie von vornherein schon als die „schlechtesten“ Autofahrer klassifiziert werden.

Dagegen wäre es richtiger zu erkennen, dass unter den „Anfängern“ auch „gute“ Fahrer sind, die wie alle anderen schadenfreien Fahrer einzustufen sind, um sie nicht zu diskriminieren. Diejenigen aber, die einen Schaden verschulden, sollten mit einem „Malus“ (evtl. zur „Abschreckung“ mit einem höheren „Malus“) belegt werden. Ein solcher Tarif würde mit Sicherheit einen höheren Anreiz für junge „Anfänger“ zum vernünftigen und vorsichtigen Fahren schaffen. Außerdem muss ein Autofahrer, der 15 Jahre autofährt und ohne Schaden geblieben ist, auch als „Anfänger“ ein „guter“ Fahrer gewesen sein, wurde aber als „schlechtester“ eingestuft und musste den Höchstbeitrag bezahlen.

Ein weiteres Argument der Verantwortlichen, dass die derzeitige Tarifstruktur „im Interesse der Versicherten“ sei, hängt mit der eben dargestellten „Subvention“ zusammen und ist der Hinweis auf „größere Prämiengerechtigkeit“. Auch hier kommt die als falsch nachgewiesene „Gruppen-Argumentation“ wieder zum Ausdruck. Die Verfechter der jetzigen Tarife sagen: Die Fahrzeughalter aus Gebieten oder Berufen mit niedrigem „Schadenbedarf“ müssten auch niedrigere Beiträge zahlen, weil sie sonst die Fahrzeughalter aus den Gebieten mit hohem „Schadensbedarf“ subventionieren würden. Auf dieses falsche Gruppendenken und die Fehler dieses Arguments ist oben bereits ausführlich eingegangen worden. Solche Gruppenvergleiche missachten den einzelnen Versicherten als Individuum.

In den USA weist die „Versicherungswirtschaft“ auf das „Interesse und Bedürfnis der Versicherten“ hin, ihren Pflichtversicherungsschutz zu erhalten. Bei gleichen Beiträgen für gleiche Fahrer gleicher Fahrzeuge würden die Gesellschaften aber die Versicherten aus den derzeitigen Regionen oder Gruppen mit einem hohen „Schadenbedarf“ nicht mehr annehmen. Ein Annahmewang für die Versicherungsunternehmen besteht im allgemeinen nicht in den USA.

US-Report, 1979:

„Territorial rating should not be proscribed as unfairly discriminatory. Direct control of risk assessment has all the negative effects of rate control, including market dislocations, unintended subsidizations and problems of availability of insurance for some groups of consumers.“

In diesen Zusammenhang passt auch die folgende deutsche Pressemeldung vom 19.12.1979:

„Autos von Ausländern ausgesiebt.

Frank und frei räumte die zweitgrößte deutsche Versicherung ein, Türken, Griechen und Jugoslawen die Kündigung ins Haus geschickt zu haben. Die Versicherung führt unternehmerische Notwendigkeit ins Feld. Die Colonia hatte versucht, mit anderen Autoversicherern beim Bundesaufsichtsamt einen Prämienzuschlag für diese Kundengruppe durchzusetzen. Da indes ein solcher Malus wohl tatsächlich diskriminierende Züge trägt, winkte die Aufsicht ab.“

In den USA musste der Staat für die versicherungspflichtigen Fahrzeughalter, die nicht versichert oder gekündigt werden, eine „Versicherung“ einrichten. Und der Staat müsste aus Gründen der Gleichbehandlung von Pflichtversicherten die gleichen Beiträge erheben wie die Unternehmen. Da aber unter den Nichtversicherten und Gekündigten neben einer großen Zahl „guter“ Fahrer eine größere Zahl „schlechter“ Fahrer wäre als in den Beständen der privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen, würde der Staat Verluste, die privatwirtschaftlichen Unternehmen mit den selektierten Versichertengruppen aber hohe Überschüsse erzielen.

An dieser Stelle wird ein Grundkonflikt im Versicherungswesen deutlich - der Konflikt zwischen „Versicherung“ und Gewinnstreben in der Versicherung. Dieser Konflikt wurde eingangs bereits angedeutet: das Interesse der Versicherten, Geld bereitzustellen, um damit ihre Schäden auszugleichen, und das Interesse privatwirtschaftlicher Versicherungsunternehmen, möglichst viel von diesem Geld der Versicherten zu kassieren, aber möglichst wenig davon für Schäden ausuzahlen ; denn die „Versicherungswirtschaft“ steht auf dem Standpunkt, dass solche Überschüsse ihre „Gewinne“ seien.

Bevor auf diesen Konflikt näher eingegangen wird, sollen noch die letzten Argumente der Verteidiger der derzeitigen Tarifstruktur dargestellt werden, die alle mit der gleichen Problematik zusammenhängen. Aus den nachfolgenden Zitaten werden die wichtigsten Gründe und das eigentliche Interesse der „Versicherungswirtschaft“ an einer Beibehaltung der derzeitigen Tarifstruktur deutlich - das Interesse an hohen, aber zumindest gleichen Überschüssen aus dem für einen Schadenausgleich bereitgestellten Geld der Pflichtversicherten:

„Public policy is not the responsibility of the insurance industry.“

„We are Profit seekers operating within a competitive environment. We are in competition for good business with other companies. We like to write pig-iron under water against fire.“

„Elimination of rate classifications and the establishment of a single rate would compell insurers to select risks which offer the least potential for loss.“

„The company is picking the 'cream' from the State and leaving the rest scrambling for insurance.“

„Thus, competition leads to class grouping.“

„This role of competition as a force for increased accuracy continues today.“

Diese Zitate beschreiben sehr plastisch die Vorgänge einer unregelmäßigen Selektion, die als „Wettbewerb“ und als Bestandteil der „free market forces“ angesehen wird.

Die deutschen Gutachter sehen eine unregelmäßige Selektion offenbar als unerwünscht an:

„Eine leitende Zielsetzung für die Gestaltung des Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsmarktes ist die Schaffung einer funktionsfähigen, aber entsprechend branchenspezifischer Eigenarten kontrollier-

ten Wettbewerbsordnung. Der Terminus „kontrolliert“ weist auf die Auffassung hin, dass einem unkontrollierten Wettbewerb auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt eine Tendenz innewohne, die zu ökonomisch oder auch politisch unerwünschten Ergebnissen führt.“

„Given the freedom to contract, it is natural for insurance companies to avoid or price-up buyers who, in their judgement, offer a greater loss potential.“

Doch wird mit einer kontrollierten Selektion (auch hier als „Wettbewerb“ bezeichnet) gleichzeitig die Forderung nach „Chancengleichheit“ für die Versicherungsunternehmen erhoben.

Deutsche Studie:

„Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der regional gegliederte Tarif keinem Versicherer einen Vorteil einräumt, sondern für alle Versicherungsunternehmen die gleichen Ausgangsbedingungen schafft.“

US-Report:

„If governmental forces negate economic pricing methods, government will have to mandate the rules of conduct on a legislated basis to put all insurers on equal footing.“

Den Versicherungsunternehmen soll geholfen werden, sich gegen eine historisch entwickelte oder regional bedingte „Selektion“ zu schützen:

Deutsche Studie:

„Die Prämiendifferenzierung schützt den Versicherer vor einer negativen Auslese innerhalb seines Versicherungsbestandes.“

Das ist der Grund, warum in Deutschland „Pflichtversicherungs-Regionen“ und Beamten Tarife „vereinbart“ wurden.

Es kann als einhellige Meinung aller Verantwortlichen angesehen werden, dass der Ursprung der derzeitigen Tarifstruktur die Forderung nach einem angeblichen „Wettbewerb“ sein soll:

Senats-Hearing:

„Most changes in the various classifications used for rate making purposes have their genesis in competition.“

Deutsche Studie:

„Die Wettbewerbswirkung zeigt sich in einer zunehmend differenzierteren und damit im Sinne der Leistungsäquivalenz gerechteren Ermittlung und Zurechnung der Prämienhöhe.

Ein weiterer Grund für die Beibehaltung der Tarifgruppen „Landwirte“ und „Beamte“ ist die Forderung nach Wettbewerb; es bestehen ähnliche Entwicklungstendenzen wie bei der regionalen Gliederung der KH-Tarife. Hier wie dort könnte ein 'Einheitstarif' zur Neugründung von Spe-

zialversicherern führen. Gerade die Berücksichtigung der Tarifgruppen A und B ermöglicht es den Kompositversicherern, gegenüber den Spezialversicherern konkurrenzfähig zu bleiben. Eine Abschaffung der Berücksichtigung der Berufsgruppenmerkmale erscheint folglich nur praktikabel, wenn gleichzeitig auch ein Verbot von Spezialversicherern ausgesprochen würde.“

Bundeswirtschaftministerium:

„Die Gliederung der Unternehmenstarife in Tarifgruppen ist eine Folge des Wettbewerbs der Versicherungsunternehmen untereinander.“

Bundesaufsichtsamt:

„Die Bildung berufsständischer Tarifgruppen ist eine Folge des Wettbewerbs.“

Sievers, Präsident des HUK-Verbandes:

„Der Wettbewerb soll nämlich dafür sorgen, dass sich die bestmögliche Prämie für den Verbraucher einpendelt.“

Es lassen sich eine Reihe von Besonderheiten in Verbindung mit den Vorgängen der Selektion feststellen:

Gewinne durch Selektion sind ein einmaliger Vorgang im Wirtschaftsleben.

FIA-Report:

„In insurance there is one form of competition that seldom exists in the case of other products or services. That is selection competition - the ability of an insurer to affect its success, not by the price or quality of its products, but by selecting its customers in a fashion that will give it an advantage over its rivals. Selection competition is a feature of the insurance economy which seems to provide a ground for distinguishing insurance from other products and services and for fashioning for insurance a series of special rules unique to its problems and circumstances. Selection competition should have few admirers. It is capable of totally denying to some people the opportunity to get insurance.“

Selektion kann niemals die Schadenzahlungen und den volkswirtschaftlichen Schadenausgleich beeinflussen. Ist es einem Versicherungsunternehmen gelungen, eine Gruppe von Autofahrern mit einem geringeren Beitragsbedarf aus der Pflichtversichertengemeinschaft herauszuselektieren und bietet es diesen eine geringere Prämie an, dann müssen alle anderen Pflichtversicherten automatisch höhere Beiträge zahlen, weil die Gesamtsumme aller volkswirtschaftlichen Kfz-Haftpflichtschäden unverändert bleibt.

Commissioner Stone:

„The insurance mechanism in use today observes and measures claims, but it never reduces them.“

Der sich aus der Selektion ergebende „geschäftliche Erfolg“ wird also nicht durch irgendeine wirtschaftliche Leistung des Versicherungsunternehmens - wie Leistungssteigerung oder Kostensenkung - verursacht und kann auch nicht durch solche beeinflusst werden. Deshalb sind in Deutschland auch staatliche Eingriffe erforderlich, um „gleiche Ausgangsbedingungen“ zu schaffen. Die deutschen Gutachter reden selbst von einer „nicht leistungsverursachten Sogwirkung zu den Spezialversicherern“.

FIA-Report:

„An insurer can enhance its profits and competitive position as much or more by not writing business as it can by writing it. In short, whereas the seller of tangible goods can, and will, sell indiscriminately to any purchaser who will pay the price, and has no incentive to restrict his sales, the insurer's profits and competitive success currently are derived through its ability to select the risks.“

Tatsächlich ist das Ziel der Selektion für die Versicherungsunternehmen möglichst viel Prämien zu erhalten und keine Schadenzahlungen „leisten“ zu müssen. Selektion ist also auf keinen Fall ein Leistungs-Wettbewerb, sondern ein „Nichtleistungs-Wettbewerb“ (den es nicht gibt).

Die Versicherungsunternehmen haben kein Interesse an einer Bedarfsdeckung. Selektion führt dazu, dass nur der Bedarf solcher Versicherten gedeckt wird, die den geringsten Bedarf an „Versicherung“ haben. Wie die Vorgänge in den USA zeigen, wird dagegen der Bedarf solcher Versicherten, die den größten Bedarf an „Versicherung“ haben, nicht gedeckt.

Der Federal Insurance Administrator der USA, Gloria M. Jimenez meint, dass ein „Selektions-Wettbewerb“ nicht länger geduldet werden sollte:

„Companies compete by outselecting each other' according to Grover E. Czech, Regional Vice President of the American Insurance Association. He added, 'the better the book of business they have, the lower rates they can charge.' He went on to say that the reinsurance facility would 'tell the companies: You can no longer compete on selection.'"

Although we suspect that Mr. Czech might not agree with us, the Federal Insurance Administration (FIA) would round out this statement by putting it this way:

The reinsurance facility would tell companies: You can not longer compete on selection, you must now compete in efficiency, the lowering of your expenses requirements, and superior investment performance.“

Der Insurance Commissioner Stone äußerte sich im Senats-Hearing wie folgt zur Frage des „Wettbewerb“:

„One of the most consistent thematic elements in their presentation in support of the current approach is the argument that any major deviation from the present relativities will be incompatible with competition. 1 disagree with the demands of a competitive system, and 1 would trace the

source of the dispute to problems which surround the definition of competition.

There is no universally accepted definition for the most suitable form of insurance competition. Competition's greatest benefits have generally been presumed to be related to efficiency. Nothing in the proposals would impede overall rate level competition based on differing of business efficiency. The sort of competition that risk assessment freedom provides has no incentive impact on operating costs.“

Der Verfasser dieser Kurzstudie hat in seinem booklet „Insurance and Regulation - Services and Competition“ folgendes geschrieben:

„It is not the question - which is asked, examined and answered wrongly again and again - whether there is competition in the insurance field, but the question should be: which performances, mixed up in the fixed premium insurance, and which parts of the premium are spheres which can and may be influenced by competition. If the question is asked in this way, the answer can only read:

Competition as to the insurance and mutua¹, gratuitous aid, competition as to mutual loss pooling, as to the rates and classification of the contributions for loss pooling cannot exist. No one can be so foolish as to believe that competition in these spheres can reduce the payments for losses or can have any other economical effect.

Since there is no premium breakdown nor corresponding quotation of prices, there is no competition in the insurance field as to the actual service by the companies, because the insured doesn't know the price of the service, because he doesn't know which services he is paying for this price and since he cannot judge nor evaluate the efficiency of these services.

And -last not least - he cannot prove whether these services have been performed for him. As long as the insurance and the service, the loss contributions and the service price as well as the insurance surplus are inseparably mixed with each other, there can be no competition as to service.“

Und damit sind wir bei der Kernfrage nicht nur für das Versicherungswesen ganz allgemein, sondern auch für die Autoversicherungstarife:

Was ist eigentlich das „Produkt“, die wirtschaftliche Leistung, der Versicherungsunternehmen und was ist der entsprechende Wettbewerbsbereich?

Ein Blick in die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen Deutschlands und der USA, die alle „Produkte“ für die Ermittlung des Bruttosozialprodukts erfassen, gibt auf diese Frage eine überraschende Antwort:

Die Leistung der Versicherungsunternehmen ist lediglich eine Dienstleistung, deren Preis sich nur in dem Verwaltungskosten- und Gewinnanteil der Prämien ausdrückt. Die Versicherung als eine „Einkommensumverteilung“ wird dagegen von den Versicherten „produziert“.

Der Direktor der National Insurance Consumer Organization (NICO), Howard B. Clark, und der Verfasser dieser Kurzstudie haben im November 1980 ein Gespräch mit Beamten des US Department of Commerce, National Wealth Division, Bureau of Economic Affairs, geführt. Dabei wurde von den Beamten bestätigt (Protokoll),

„that, as regards non-life insurance, only the remainder after losses are subtracted from premium is included in Gross National Product (GNP). In short, this confirms the finding in Germany that the loss component of the premium dollar is never included in GNP.“

Dazu Prof. Werner Mahr im „Versicherungswirtschaftlichen Studienwerk“ im Abschnitt „Das Sozialprodukt und seine Gliederung. Der Beitrag der Individualversicherung zum Bruttoinlandsprodukt“:

„Die von den Individualversicherungsunternehmen erbrachten Dienstleistungen sind nach dem aus der Prämieinnahme ausgegliederten Verwaltungskostenanteil bewertet.

Die in den Bruttoprämien mitenthaltenen Risiko- und Sparanteile werden bei der Bemessung des Wertes der Dienstleistung einer Versicherungsunternehmung nicht berücksichtigt, denn sie sind Leistungen, die andere Wirtschaftseinheiten, nämlich die Versicherten, aufgebracht haben. Die in den Versicherungsprämien enthaltenen Risikoanteile stammen aus dem Einkommen und den Erträgen der Versicherten und werden den vom Versicherungsfall betroffenen Wirtschaftseinheiten als sogenannte Versicherungsleistung (Entschädigung) zugeleitet; die Sparanteile in den Prämien (Lebensversicherung) sind von den Wirtschaftseinheiten der Versicherten gemachte Ersparnisse. Die organisatorische Leistung, die die Versicherungsunternehmungen zu diesen Vorgängen beitragen, drückt sich in dem dafür bezahlten Entgelt, eben im Verwaltungskostenanteil der Prämieinnahme, aus. Es ist also nicht die Gesamtprämieinnahme, die den Anteil der Versicherungsunternehmungen am Bruttoinlandsprodukt charakterisiert, sondern nur der nach den vorliegenden Bilanzen geschätzte Verwaltungskostenanteil an der Gesamtprämieinnahme.

Als Bruttoproduktionswert der Privatversicherungen gilt das in den Bruttoprämien enthaltene Entgelt für die Dienstleistungen der Versicherungen, also nicht der Risikoanteil und Sparanteil der Prämieinnahme.

Die Verbuchung der Versicherungstransaktionen:

In den Grundzügen ist die Verbuchung der mit der Individualversicherung verbundenen Vorgänge wie folgt vorgesehen:

1. Der Verwaltungskostenanteil an der Bruttoprämie wird auf den Konten 1 „Die Produktion und ihre Verwendung“ als Ausdruck der Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen verbucht. Die Versicherungsunternehmen verkaufen diese Dienstleistungen an die Wirtschaftseinheiten.
2. Der Risikoanteil in den Prämien aller Versicherungen wird als laufende Übertragung angesehen, da die Prämien in regelmäßigen Abständen

und dann in annähernd gleicher Höhe gezahlt werden. Die Risikoprämie wird auf den Konten 4 (Einkommensumverteilung) verbucht.

3. Der Kapitalansammlungsteil (einschließlich der darauf entfallenden Zinsen) in den Prämien zur Lebensversicherung (Sparprämie) wird als Teil der Ersparnis der privaten Haushalte auf das Vermögensveränderungskonto und das Kreditveränderungskonto der privaten Haushalte übernommen.

Die Einfügung der in sich so vielgestaltigen Versicherung in das allgemeine Schema macht umständliche Verbuchungen notwendig, wenn die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung Aufschluss geben soll über Entstehung und Verwendung von Leistungen, wer sie letztlich erbringt und wem sie zuzuordnen sind.

Die Versicherungswissenschaft hat diesen Problemen noch nicht die erforderliche Beachtung gewidmet.“

Daraus ergibt sich für die Vorgänge im Versicherungswesen das nebenstehende Bild, das zum besseren Verständnis durch Beispiele aus anderen Wirtschaftsbereichen ergänzt ist:

BRUTTOPRODUKTION VON VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN NACH DER VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN GESAMTRECHNUNG:

(Diagramm)

Eine andere Verbuchung der finanziellen Transaktionen im Versicherungswesen ist nicht möglich. Das Geld für Schadenzahlungen ist von den Versicherten „produziert“ und wird von diesen kostenlos für eine Umverteilung, für eine Dienstleistung also, bereitgestellt.

Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft:

„Prof. Braess weist in seiner Äußerung überzeugend nach, dass bezüglich der Bedarfsprämie die Versicherungswirtschaft nur eine **Verteilerfunktion** hat, **ohne eine preisbeeinflussende Tätigkeit auszuüben**. Das zeige sich daran, dass die Versicherungswirtschaft bei der Errechnung des Bruttosozialproduktes nicht mit ihrem gesamten Prämienumsatz, sondern nur mit ihren Betriebskosten und Gewinn in die Rechnung eingeht.“

Das kostenlos für eine Umverteilung bereitgestellte Geld der Versicherten kann also niemals zu einem „Produktionsfaktor“ der Versicherungsunternehmen bei einer „Produktion von Versicherung durch Versicherungsunternehmen“ werden. Die Versicherungsunternehmen beschaffen sich dieses Geld nicht, indem sie es den Versicherten abkaufen und bei sich“ als Rohstoff auf Lager legen“. Dieses Geld und sein Einsatz für Schadenzahlungen führt daher niemals zu Kosten bei den Versicherungsunternehmen. Es ist also unsinnig, im

Zusammenhang mit Schadenzahlungen von Kosten und im Zusammenhang mit der Beitragsfestsetzung von „Kalkulation“ und „cost based pricing“ zu reden.

US-Report:

„The National Association of Insurance Commissioners (NAIC) is moving forward from the philosophical perspective that the insurance industry needs to be changed, that economic pricing is not functioning properly and that regulatory action is needed to change the industry.“

Genau diese Feststellung der NAIC wird durch die Verbuchung der Versicherungsvorgänge in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung bestätigt.

Die Versicherungsprämie ist kein Preis für die eigentlichen Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen. Der Preis für diese Dienstleistungen ist nur der Verwaltungskostenanteil der Prämie, der allein Gegenstand einer unternehmensindividuellen Kalkulation sein kann (s.o. Prof Mahr). Das bestätigt indirekt auch der Präsident des „Verbandes der Kraftfahrtversicherer“, Heinz Sievers:

„Die unternehmensindividuellen Positionen, also insbesondere Kosten- und Gewinnansätze, die den Wettbewerb im Prämienbereich bestimmen, spielen sich in der verhältnismäßig geringen verbleibenden Spanne von etwa 15% ab.“

Dieser Preis für die eigentlichen Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen wird aber „im Markt“ nicht angegeben, so dass die wichtigste Voraussetzung für einen Wettbewerb um diese Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen fehlt, für einen Wettbewerb um ihr eigentliches „Dienstleistungsprodukt“ mit dem Ziel von Leistungssteigerungen und Kostensenkungen.

Die Versicherungsunternehmen vermengen derzeit den intern kalkulierten Dienstleistungspreis mit dem ihnen überlassenen „Objektfaktor“ (Prof. Krycha) ihrer Dienstleistung, dem von den Versicherten bereitgestellten Geld für Schadenzahlungen, das eigentlich - wie jeder Objektfaktor einer Dienstleistung (Hemd in der Reinigung, Geld bei der Bank) - im Eigentum der Versicherten als Auftraggeber bleiben muss (Prof. Kern).

H. D. Meyer, „Insurance and Regulation - Services and Competition“:

„All problems in the field of insurance have arisen for the following reasons:

- that insurance as the performance of the insureds and the service of the companies were mixed up so that the mistaken idea arose that insurance could be a product of a stock company,
- that the contributions for loss pooling and the price for the service were mixed into an undivided premium so that the mistaken idea arose that these mixed procedures and premiums could be the object of competition,

- that the surplus from the contributions for loss pooling and the surplus from the prices for the service were mixed and the mistaken idea arose that all surpluses from these mixed procedures - including the surplus from the insureds' contributions for loss pooling - could be profits of the stock companies,
- the surplus from the performance of the insureds and thereby all problems of insurance, which are connected with the uncertainty of the future, became the profit problems of the stock companies.“

Durch diese Vermengung von Versichertengeld für Schadenzahlungen und Dienstleistungspreisen ergeben sich für die Versicherungsunternehmen folgende „Vorteile“:

1. Sie brauchen keinen Preis für ihre eigentlichen Dienstleistungen anzugeben, brauchen also nicht genau und „scharf“ zu kalkulieren.
2. Sie brauchen um diese Dienstleistungen keinen Wettbewerb zu führen, brauchen also keine Leistungssteigerungen und Kostensenkungen anzustreben.
3. Sie können zur Kostendeckung beliebig viel Geld - vor allem bei Fehlkalkulationen - aus dem ihnen anvertrauten Versichertengeld entnehmen, so das Wirtschaftsmagazin „Capital“ in 1979:
„Die Versicherer machen es sich einfach. Übersteigen ihre Kosten die zuvor kalkulierte Höhe, dann nehmen sie das zusätzliche Geld aus den Überschüssen, die ihnen die Vermögensanlagen und der vorsichtig kalkulierte Schadenverlauf automatisch bescherten. Das aber sind Beiträge, die eigentlich den Versicherten zustehen.“
4. Die Versicherungsunternehmen können auch die Überschüsse aus dem ihnen anvertrauten Geld für Schadenzahlungen „als Gewinn“ verbuchen und vereinnahmen, weil das Eigentum der Versicherten an diesem Geld nicht mehr erkennbar ist.

Aber auch diese Überschüsse stehen den Versicherten zu:

Versicherungswirtschaftliches Studienwerk:

„Die Prämie muss nicht nur bei normalem Schadenverlauf, sondern auch bei extrem hohem Schadenverlauf ausreichend sein. Es ergeben sich daher in den einzelnen Jahren Überschüsse, die nicht als unternehmerische Gewinne (Leistungserfolge) bezeichnet werden können. Es sind vielmehr überhobene Beiträge, die an die Versicherungsnehmer zurückzuerstatten sind.“

Leitender Regierungsdirektor Claus in „Veröffentlichungen des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen“, 1/80:

„Da die Aufsichtsbehörde die gesetzliche Aufgabe hat, über die Erfüllung der Verträge zu wachen, wird sie eher geneigt sein, an die Beitragskalkulation noch strengere Anforderungen zu stellen als vielleicht mancher Versicherer. Die Lebensversicherungsbeiträge müssen also zwangsläufig

fig ganz erhebliche Sicherheitsspannen enthalten, die in aller Regel zu sehr hohen Überschüssen führen. Sie bestehen in der Hauptsache aus Risikoüberschüssen und Überschüssen aus Kapitalanlagen.

Was geschieht nun mit diesen Überschüssen ? - Sie sind keine Unternehmensgewinne im üblichen Sinne, über die die Unternehmen frei verfügen könnten, sondern überhobene, d.h. nicht benötigte Beitragsteile, die den Versicherungsnehmern zurückzuzahlen sind. Die Versicherten haben in ihrer Gesamtheit ein Recht auf diese Überschüsse.

Das Bundesaufsichtsamt hat leider feststellen müssen, dass die Rückerstattungsquoten bei zahlreichen Versicherungsunternehmen unbefriedigend, z.T. sogar völlig unzureichend sind, so dass auch die Beitragsrückerstattung an die Versicherungsnehmer ungenügend ist.

Nun ist es allgemein im Wirtschaftsleben so, dass eine mangelhafte Geschäftsführung sich zum Nachteil des Unternehmens auswirkt, indem dieses die entstehenden Verluste zu tragen hat. In der Lebensversicherung ist dem aber nicht so. Hier sind es zunächst einmal die Versicherten und meistens nur die Versicherten, die die Konsequenzen von unternehmerischen Fehlentscheidungen oder sogar von Missmanagement zu tragen haben, indem Verluste einfach zu einer Verminderung der Zuweisung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung führen. Es bedarf wohl keiner Begründung, dass dies mit dem Grundsatz der Wahrung der Belange der Versicherten nicht in Einklang zu bringen ist.

Die dem BAV zur Verfügung stehenden Mittel reichen nicht aus, um die Belange der Versicherten auch insoweit zu wahren, dass die den Versicherungsnehmern zustehenden Überschüsse aus dem Risikoverlauf und den Kapitalanlagen diesen auch tatsächlich ungeschmälert zugute kommen.

Meine These des unzureichenden Wettbewerbs stützt sich auf die Tatsache, dass auch diejenigen Unternehmen ganz gut im Strom mit schwimmen können, die bei echt funktionierendem Wettbewerb wegen ihrer schlechten Geschäftsergebnisse vermutlich längst vom Markt verschwunden wären.“

Dr. Böhme, Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesministerium der Finanzen, auf eine Frage der Abgeordneten Frau Dr. Martiny-Glotz am 14.5.1980 im Deutschen Bundestag:

„Es ist richtig, dass Risikoüberschüsse und Zinsgewinne der Lebensversicherungen keine Unternehmensgewinne im üblichen Sinne sind, soweit sie auf den von der Aufsichtsbehörde vorgeschriebenen vorsichtigen Rechnungsgrundlagen beruhen. Soweit Überschüsse andere Ursachen haben, sind sie dagegen wie in anderen Gewerbezweigen als normaler Unternehmensgewinn anzusehen.“

Die zuletzt zitierte Regierungsäußerung hat überhaupt keinen praktischen Wert, weil niemand feststellen kann, welche Überschüsse „Risikoüberschüsse und Zinsgewinne“ sind, und, welche „andere Ursachen haben“.

Genau das ist die gegenwärtige Situation und Struktur unseres Versicherungswesens, die mit ihren „Gewinnmöglichkeiten aus anvertrautem Geld“ zur Selektion geführt hat, die niemals mit der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung in Einklang gebracht werden kann, aber auch mit allen rechtlichen und wirtschaftlichen Grundsätzen sowie mit dem Prinzip der sozialen Marktwirtschaft und des Wettbewerbs nicht übereinstimmt.

Genau das ist die falsche Struktur unseres Versicherungswesens, die es der sogenannten „Versicherungswirtschaft“ ermöglicht, ohne eigene Leistung aus einer fremden Leistung doppelt so hohe Gewinne zu erzielen wie die Ölin-
dustrie (US Magazin „Forbes“, 8.1.80), dabei aber noch über ständige Verluste klagt, indem die Schadenquoten nur zu den Prämieeinnahmen in Relation gesetzt werden, Erträge und Wertsteigerungen aus 275 Milliarden DM oder 650 Milliarden \$ Kapitalanlagen aber unerwähnt bleiben.

Es ist verständlich, dass die „Versicherungswirtschaft“ sich dieses „wettbewerbsfreie Gewinnparadies“ erhalten und nicht auf Gewinne angewiesen sein möchte, die nur aus ihrem Dienstleistungsbereich entstehen und unter Wettbewerb erwirtschaftet werden müssten.

Deshalb hat die Versicherungswirtschaft eine eigene „Wissenschaft“ geschaffen und gemeinsam mit dieser Gesetzgeber und Versicherungsaufsicht unter ihre Kontrolle gebracht:

Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft: „Am harmonischen Zusammenwirken von Versicherungswirtschaft und Versicherungswissenschaft hat sich nichts geändert. In der Wissenschaft hatten und haben wir die besten Helfer im Streit um die Erkenntnisse unserer Besonderheiten.“

US-Senator Metzenbaum:

„I am not new to State regulation of insurance. As a young man in the Ohio legislature I attempted to put teeth into the Ohio insurance law, but that was 'love's labor lost'. The insurance lobby was in control. The fact is that neither the Insurance Commissioner nor the legislature ever really make the regulations. They do what the industry tell them to do.“

Die deutschen Gesetze - wie Versicherungsaufsichtsgesetz, Versicherungsvertragsgesetz, Pflichtversicherungsgesetz, Tarifverordnung, Rechnungslegungsvorschriften usw. sind maßgeblich durch die Wissenschaftler der Versicherungswirtschaft „gemacht“ worden, die jetzt gerade „ihr“ europäisches Versicherungsrecht „machen“. Auch Teile des Gesetzes über die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die bei dem Verbot langfristiger Verträge für die 10-Jahresverträge der „Versicherungswirtschaft“ eine Ausnahme vorsehen, sind - wie viele andere Ausnahmenbereiche - von dieser „Versicherungswissenschaft“ „gemacht“ worden.

Dann berufen sich alle Verantwortlichen der „Versicherungswirtschaft“, aber auch der Regierung und der Aufsicht, auf diese Gesetze.

Nach § 1 des Versicherungsvertragsgesetzes, der den Versicherten zur Prämienzahlung und das Unternehmen zur Zahlung der Versicherungsleistung verpflichtet, soll die Prämie ein „Preis“ sein:

Georg Büchner, Präsident des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft:

„Nach dem Versicherungsvertragsgesetz wird nun einmal die Versicherungsprämie geschuldet als ein mit der Zahlung grundsätzlich in voller Höhe verfallenes Entgelt. Deshalb sind die Prämien sein Geld und die Kapitalanlagen seine Anlagen.“

Dabei kann auch die „Versicherungswirtschaft“ nicht abstreiten - ihre Wissenschaftler tun dieses auch nicht -, dass die Regelung des § 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) eine „unvollkommene“ Regelung ist, weil nach seinem Wortlaut nicht ein gegenseitiger Vertrag geregelt wird. Wer keinen Schaden hat und keine Schadenzahlung erhält, würde nach § 1 VVG keine Gegenleistung erhalten. Diese Unvollkommenheit einer mehr als 70 Jahre alten Regelung finanzieller Transaktionen in Hundert-Milliardenhöhe hat erstaunlicherweise bis heute niemanden gekümmert. Das Versicherungsvertragsgesetz wird wegen seines langen unangetasteten Bestandes von allen Verantwortlichen sogar als „Meisterwerk der Gesetzgebung“ bezeichnet.

Die „Versicherungswissenschaft“ lieferte zur Ausfüllung oder Überdeckung der Unvollkommenheit des § 1 VVG eine „Risikotragungstheorie“. Danach soll die Leistung der Versicherungsunternehmen nicht die Schadenzahlung sein, sondern die Tragung des Risikos, evtl. mit dem von den Versicherten bereitgestellten Geld Schäden bezahlen zu müssen. Und diese Leistung „Risikotragung“ könnte gegenüber allen Versicherten erbracht werden.

Ganz abgesehen davon, dass auch diese „Risikotragung“ mit dem Geld der Versicherten erfolgen müsste, wird übersehen, dass diese Risikotragung keine schuldrechtliche Erfüllungshandlung hat - außer die der Schadenzahlung. Aber dann stehen die „Versicherungswissenschaftler“ wieder vor dem Problem, dass kein gegenseitiger Vertrag für die Nichtbetroffenen gegeben ist.

Es ist höchste Zeit, dass sich Regierung und Versicherungsaufsicht endlich im Interesse der Versicherten mit dieser ältesten und falschesten aller gesetzlichen Bestimmungen, dem § 1 VVG, befassen - bevor es die Gerichte tun ! -

Ein weiteres Argument der Nutznießer des derzeitigen Systems ist der Hinweis auf die Rechnungslegungsvorschriften und Vorschriften des Aktiengesetzes. Danach soll die Verwendung der Überschüsse aus dem Schadenausgleich als Gewinn zulässig sein.

Dann muss aber zunächst einmal das „Eigentum“ am Versichertengeld auf die Versicherungsunternehmen übergegangen sein. Mit Sicherheit können die genannten Bestimmungen nicht die Eigentumsgarantie der Verfassung und entsprechende „Eigentumsgesetze“ außer Kraft setzen. Wenn die Prämie - was wohl eindeutig bewiesen ist - kein Preis ist, gibt es keinen anderen Eigentumsübergang für das Geld der Versicherten als den „Kauf“ dieses Geldes oder eine Schenkung, die aber nicht vorliegen.

Ein Eigentumsübergang durch „Vermischung, Verbindung oder Verarbeitung“ scheidet ebenfalls aus, weil bei Geld das dingliche Eigentum am Papier eine untergeordnete Rolle spielt und selbst bei „Verlust des dinglichen Eigentums am Papier“ gleichzeitig ein vermögensrechtlicher Rückforderungsanspruch entsteht, der als „wirtschaftliches Eigentum“ auch durch die Eigentums-garantie der Verfassung erfasst wird.

Ebenso, wie es den „Versicherungswissenschaftlern“ nicht gelingt, aus der Prämie einen Preis zu machen, kann es ihnen auch nicht gelingen, den für eine Gewinnverwendung des Versichertengeldes erforderlichen Eigentumsüber-gang zu begründen.

Wenn aber dieser Eigentumsübergang nicht stattfindet, kann keine Vor-schrift und kein Gesetz einem Unternehmen gestatten, fremdes Geld „als Ge-winn“ zu verwenden. Um es deutlicher zu sagen: Niemand kann aus einer Veruntreuung anvertrauten Geldes einen rechtmäßigen Vorgang machen. Daran ändert auch eine „ordnungsgemäße Verbuchung oder Bilanzierung“ des fremden Geldes als „Eigentum des Unternehmens“ nichts.

Auch das „Gespenst der Nachschusspflicht der Versicherten ohne das Geld der Unternehmen“ entpuppt sich als falsch, das immer wieder an die Wand gemalt wird für den Fall, dass jemand das derzeitige System beseitigen will: „Wer soll die Schäden bezahlen, wenn die Prämien nicht ausreichen?“

Wenn das für Schadenzahlungen bereitgestellte Geld der Versicherten niemals in das Eigentum der Unternehmen übergehen konnte und übergegan-gen ist, dann gehören alle Kapitalanlagen der Unternehmen den Versicherten. Wenn also die Prämien einmal nicht ausreichen sollten, stehen die gleichen Sicherheitsmittel zur Deckung bereit wie auch jetzt - nur im Eigentum der Ver-sicherten und nicht der Unternehmen!

Niemand hat etwas gegen „Versicherung“. Versicherung ist eine großartige und wichtige soziale Leistung, aber der Versicherten selbst. Niemand will das System der Versicherung zu einem festen Beitrag abschaffen, nur sollen die Überschüsse als Sicherheitsmittel im Eigentum der Versicherten angesammelt werden. Niemand verlangt, dass der Staat Fehlbeträge ausgleichen soll. Die „Versicherungswirtschaft“ kann nicht ernsthaft behaupten, dass sie nach dem derzeitigen System weniger Geld benötigt, um die in ihrer Höhe unbeeinfluss-baren Schäden zu bezahlen. Mit einer klaren Eigentumsregelung und Wettbe-werb werden aber mit Sicherheit die Kosten der Versicherung erheblich sinken. Untersuchungen in den USA und Deutschland haben ergeben, dass die „Sachversicherer“ nicht einmal die Hälfte ihrer Einnahmen für Schäden ausbe-zahlen.

Wenn die Versicherungswirtschaft irgendeine „Gewinnberechtigung“ be-gründen will, kann sie dieses nur, wenn sie aus der „Versicherung“ eine Spe-kulation macht. Doch muss sich dann die Regierung fragen, ob sie ein solches „Glücksspiel“ konzessionieren will, wie sich das Risiko der Spekulation mit dem Sicherheitsstreben der Versicherten, wie sich eine staatliche Aufsicht mit dem Ziel der Verhinderung jeden Risikos und das Vorhandensein eines Risikos als Gewinngrundlage der Spekulation vereinbaren lassen. Dann müsste der Staat eine „riskante Versicherung“ zulassen und dürfte nicht länger für die Sicherheit der Unternehmen sorgen.

In Deutschland schwelte dieser Streit um die Grundlagen des Versicherungswesens schon seit etwa 1978 untergründig, ist aber gerade jetzt (im November 1980) an die Oberfläche getreten durch nachfolgende Äußerungen des Präsidenten des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft, Dr. Büchner:

„Was sagen denn nun unsere Alternativen im einzelnen. Sie sagen dem Versicherer im Grunde: Du bist nichts, die Versichertengemeinschaft ist alles. Versicherung sei gegenseitige Hilfe, gemeinschaftliche Bereitstellung von Geld durch die Versicherten zum Zwecke eines gemeinschaftlichen Schadenausgleichs; sie sei also Leistung der Versicherten selbst, nicht Leistung des Versicherers; wie das Sparen die Leistung des Sparerers sei und nicht der Bank. Der Versicherer sei nichts weiter als der Organisator des Ganzen, Dienstleister und Kassier. Dafür habe er Anspruch auf Ersatz seiner Kosten und angemessenen Gewinn. Mit dem Versicherungsrisiko selbst habe er nichts zu tun. Das sei ausschließlich Sache der Versichertengemeinschaft. Deshalb gehörten die Risikoanteile der Prämien ihr und nur ihr, desgleichen die daraus gebildeten Kapitalanlagen. Dieser Aufteilung des Versicherungsgeschäfts in Dienstleistung und Risikogeschäft entspreche eine Aufteilung der Versicherungsprämie in eine Dienstleistungsvergütung, die der Preis des Versicherers sei. Erst eine solche sichtbare Aufteilung der Prämien im Tarif und auf der Rechnung werde die im Versicherungswesen bisher nicht gegebene Preistransparenz schaffen. Und schließlich: Indem der Aktienversicherer auch aus dem Risikogeschäft und den Kapitalanlagen Gewinn ziehe, vergreife er sich an fremdem Geld und mache sich strafbar. Soweit unsere Alternativen - was soll man ihnen erwidern ? Man muss ihnen sagen, dass dies eine rechtlich und wirtschaftlich unhaltbare, ganz und gar naive, ja geradezu frühkindliche und nicht zuletzt völlig unrealisierbare Versicherungskonzeption ist. Für manchen Alternativreformer gibt es nichts Läppischeres als den Hinweis auf Recht und Gesetz.

Genau dieser Präsident des Gesamtverbandes hat die Verbrauchervertreter, die Recht und Gesetz, klare Eigentumsverhältnisse und Wettbewerb im Versicherungswesen durchsetzen wollen, als „Wunder- und Medizinmänner mit magischen Stanniolkugeln und asiatischen Zauberwurzeln“ bezeichnet. Ihnen wird „Ahnungslosigkeit“ unterstellt, und dass sie vielen „Fragen ausweichen müssten“, und dass sie „zugängliche Informationen verschmähten und nicht mitreden sollten - es sei denn, sie wollten sich blamieren.“

Die Zustimmung vieler amerikanischer Politiker, Beamter und Konsumenten, die diese gegenüber dem „Wortführer der Alternativen“ (gemeint ist der Verfasser dieser „Kurzstudie“) geäußert haben, wird abgetan mit dem Satz: „Höflich, wie die Leute nun einmal sind, haben sie ihm geschrieben, das sei ja alles hochinteressant. Mehr nicht.“

Diese Ausführungen eines Verbandspräsidenten sind keine überzeugenden Argumente in einem Streit um das Eigentum an 250 Milliarden DM.

Dass die „Versicherungswirtschaft“, ihre Wissenschaftler und ihre Lobby sich selbst mit vielen Äußerungen in Widerspruch gesetzt haben zu der derzeitigen Praxis, zeigt die Mahnung des Präsidenten des Gesamtverbandes an seine Mitglieder im November 1980:

„Mancher von Ihnen wird bei der Darstellung jenes neuen Modells gedacht haben, dass wir selbst in unseren Sonntagsreden über die Versicherung doch manches ganz ähnlich sagen. Wir sprechen nicht selten in romantischer Verklärung von der Gefahrengemeinschaft. Und wir nennen uns gerne die „Treuhand“ dieser Gemeinschaft. Wenn wir mit solchen Gedankenlosigkeiten nicht energisch Schluss machen, so dürfen wir uns nicht wundern, wenn uns die Rechnung dafür knallhart präsentiert wird.“

Nachfolgend einige der „Sonntagsreden“, mit welchen „energisch Schluss gemacht werden“ soll, weil sie die derzeitige Praxis der „Gewinnentnahme aus Treuhandvermögen“ offenbaren und bestätigen:

Schreiben der Allianz Leben Rechtsabteilung (nach Abstimmung mit dem Vorstandsvorsitzenden Bäumer, seinerzeit Präsident des Gesamtverbandes: „Wie Sie wissen, nehmen wir gegenüber unseren Versicherten hinsichtlich der uns anvertrauten Gelder eine Treuhänderfunktion wahr.“

Bäumer, als Präsident des Gesamtverbandes: „Die deutschen Lebensversicherer legen die Spargelder ihrer Kunden an.“

Bach, Vorstandsvorsitzender einer Versicherungsgruppe und Präsidiumsmitglied des Gesamtverbandes: „Die Versicherungswirtschaft ist Anleger für das treuhänderisch für die Versicherten verwaltete Kapital, also treuhänderischer Anleger fremder Mittel.“

Feigler, Chefredakteur der Verbandszeitschrift „Versicherungswirtschaft“: „Die Versicherer bringen das Geld, das ihnen ihre Kunden zu treuen Händen überlassen, auf den Kapitalmarkt.“

Rieger, Präsident des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen: „Auch wenn in den Gesetzen darüber nichts steht, so verwalten die Versicherungen das Vermögen quasi treuhänderisch für ihre Kunden.“ (Eine in höchstem Maße unqualifizierte Äußerung: Es gibt keinen zivilisierten Staat ohne Gesetze, die das Eigentum garantieren und regeln.)

Angerer, Vizepräsident des Aufsichtsamtes: „Im übrigen erleiden die Versicherten nur begrenzt Verluste.“

Claus, Aufsichtsamt: „Risikoüberschüsse und Zinsgewinne sind keine Unternehmensgewinne.“ (s.oben)

Zahlreiche „Versicherungswissenschaftler“ bestätigen, dass „die Mittel für die Versicherungsleistungen von den Versicherten, der Gesamtheit oder der Gemeinschaft aufgebracht“ werden.

Prof. Farny: „Der Versicherungsnehmer stellt das Geld für Schadenzahlungen zur Verfügung. In den Versicherungsunternehmen sind immer

erhebliche Vermögensbestände vorhanden. Der größte Teil davon wird nur treuhänderisch verwaltet.“

Röhler: „Das Finanzierungsproblem besteht in der Aufgabe, das zugeflossene Fremdkapital zu speichern.“

Schanz: „In einer Gefahrengemeinschaft organisiert der Versicherer den finanziellen Ausgleich zwischen schadenfreien und schadenbelasteten Risiken.“

Prof. R. Schmidt: „Der Zusammenschluss Gefährdeter, der hier gemeint ist, ist in erster Linie technisches Organisationsprinzip.“

Löffler: „Die Aufgabe des Versicherers besteht darin, ein Kollektiv von Versicherungsnehmern zu organisieren.“

Prof. Farny: „Plath bezeichnet sie als ‚Organisierung der Versicherungsgemeinschaft‘, und Müller-Lutz sieht die Aufgabe des Versicherers darin, ‚die betriebliche Organisation der Risikogemeinschaft so zweckmäßig wie möglich aufzubauen‘.“

„Deutsche Versicherungswirtschaft“: „Deshalb sind die Versicherungsunternehmen, gleich in welcher Form sie betrieben werden, Treuhänder der Versicherungsgemeinschaft in des Wortes bester Bedeutung. Der Versicherer ist nur Organisator der Schutzgemeinschaft, die Versicherten aber sind die finanziellen Träger. Soweit die Reserven der Versicherungsgesellschaften sich nicht aus Erträgen des Aktien-, Garantie- oder Stammkapitals zusammensetzen, sind sie abgespaltene Teile oder Überschüsse aus der Beitragsleistung der Versicherungsnehmer. Auch sie gehören zwar nicht juristisch im Sinne des Eigentumsbegriffs, aber doch gleichfalls in der Zweckbestimmung gefesselt der Gesamtheit der Versicherten.“

Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich ganz klar, dass der wichtigste Träger der Versicherungswirtschaft der Versicherungsnehmer mit seiner Beitragsleistung ist. Seiner wirtschaftlichen Beteiligung gegenüber tritt die anderer Geldgeber weit in den Hintergrund. Bei den heute vorhandenen Reserven übernimmt das fremde Kapital nur noch einen Bruchteil von Garantiefunktion. Die Versicherten sind es, die durch ihre Beitragsleistung die Mittel ansammeln, durch die die Versicherungsunternehmung überhaupt erst befähigt wird, Leistungen zu bewirken. So gesehen ist der Versicherungsbetrieb nichts weiter als der Verwalter und Treuhänder der durch die Versicherungsnehmer aufgebrauchten Mittel. Er handelt gewissermaßen nur „im Auftrag der Versicherten.“

Prof. Alex Möller, Generaldirektor einer Versicherungs-AG und Finanzminister a.D., und als solcher Dienstvorgesetzter des Bundesaufsichtsamtes:

„Der Staat hat dafür zu sorgen, dass kein Mißbrauch mit dem angesammelten Kapital getrieben wird. Das angesammelte Kapital ist - wirtschaftlich gesehen - nicht Eigentum der Unternehmen, sondern gehört den Versicherten.“

Zur Abrundung an dieser Stelle Äußerungen zu diesem Thema in den USA:

US-Senator Metzenbaum: „The people insure each other; and whatever the profits are will be rebated to the owners and it will not go to any special group.“

J. Robert Hunter, Ex-Federal Insurance Administrator der USA: „We need to explore ways to make it clear to the people that they are the insurers and the insurance companies are the accountants. We need to make it clear that profits of stock insurers on the loss portion of the rate are improper.“

Ralph Nader: „The real insurance company is the people. We are the insurance company, with what now are called the insurance companies serving the function of glorified bookkeepers.“

Alle vorangegangenen Ausführungen und Zitate beweisen eindeutig genug, dass „Versicherung“ niemals das Produkt von Versicherungsunternehmen und die Prämie kein Preis sein kann, dass die Versicherungsunternehmen aber wegen einer falschen Struktur unseres Versicherungswesens die Überschüsse aus dem Schadenausgleich, aus einer fremden Leistung also, „als Gewinn“ vereinnahmen.

Die Ursache liegt darin, dass die Versicherungsprämie nicht aufgeteilt ist, d.h. der Objektfaktor der Dienstleistung (Versicherungsbeitrag) und der Dienstleistungspreis nicht getrennt sind. Wettbewerb und klare Eigentumsverhältnisse sind erst mit einer Prämienaufteilung zu erreichen.

Auch hier versuchen die Verteidiger des derzeitigen Systems noch ein letztes Argument ins Feld zu führen - Büchner, Präsident des Gesamtverbandes: „Wieso eigentlich? - Wo gibt es das sonst, dass Preise in dieser Weise aufgeschlüsselt werden?“

Dabei wird wieder einmal übersehen, dass die Prämie kein Preis ist, sondern aus anvertrautem Geld für Schadenzahlungen und einem Dienstleistungsentgelt besteht. Niemand verlangt von den Versicherungsunternehmen die Aufteilung ihres Dienstleistungspreises, sondern nur der Prämie (wie Banken Girogeld und Gebühren trennen).

Erstaunlich ist, wie es der „Versicherungswirtschaft“ und ihrer Lobby immer wieder gelingt, dass die so offenkundigen Widersprüche nicht öffentlich diskutiert und von offiziellen Stellen untersucht werden:

Versicherung:	Produkt der Unternehmen ? - Leistung der Versicherten § 1 VVG: gegenseitiger Vertrag? kein gegenseitiger Vertrag ?
Versicherungsprämie:	Preis ? - Dienstleistungsobjektfaktor und Preis? Schadenzahlungen: Kosten ? - keine Kosten ?
Geld für Schadenzahlungen:	Produktionsfaktor ? Objektfaktor ?
Versicherungsbeitrag:	Eigentum der Unternehmen Eigentum der Versicherten ?

Überschüsse:	Eigentum der VU ? - Eigentum der Versicherten ?
Kapitalanlagen:	Eigentum der VU ? - Eigentum der Versicherten ?

Diese ganz offenkundigen Widersprüche betreffen nicht 100,- DM, auch nicht 1 Million DM, sondern Kapitalanlagen von 275 Milliarden DM, die einschließlich der „stillen Reserven“ sicher mit weit über 400 Milliarden DM zu bewerten sind. Wem gehört dieses Geld ? –

Genau dieser Konflikt tritt bei der Frage der Autoversicherungstarife zutage:

Eine bundesweite Pflichtversicherung führt immer wegen regionaler, berufsständischer, altersmäßiger und anderer Bestandsstrukturen zu ungleichen Überschüssen bei den Versicherungsunternehmen. Bisher wurden diese, wenn kein Annahmewang bestand, durch Selektion korrigiert, die aber - wie oben dargestellt - zur Diskriminierung der Pflichtversicherten nach Überschuss-Gruppenmerkmalen führt sowie zu Schwierigkeiten bei der Bedarfsdeckung. Wenn aber Annahmewang besteht, erzielen die Unternehmen ungleiche Überschüsse, was in Deutschland die Regierung - in dem Irrglauben, die Überschüsse seien Gewinne - veranlasste, mit einer Tarifverordnung „gleiche Ausgangsbedingungen“ zu schaffen. Dadurch wurden und werden noch heute die Pflichtversicherten durch den Staat diskriminiert, damit sich die Versicherungsunternehmen in gleicher Weise die ihnen nicht gehörenden Überschüsse aus dem Versichertengeld rechtswidrig und ohne wirtschaftliche Gegenleistung „als Gewinn“ aneignen können.

Es ist wohl hinreichend deutlich geworden, dass eine Gleichbehandlung der Pflichtversicherten erst dann möglich ist, wenn die Versicherungsprämie aufgeteilt wird.

Genau aus den Gründen, die das Thema dieser Ausführungen sind, nämlich um eine Gleichbehandlung der Pflichtversicherten und ungestörte Bedarfsdeckung aller Versicherten zu ermöglichen, erfolgt diese Prämienaufteilung indirekt bereits in Japan und auf den Philippinen und sollte auch 1974 in den USA eingeführt werden, scheiterte dort aber an der Legislative, weil die „lobby in control“ war:

FIA-Studie, 1974:

„Compulsory automobile liability insurance was introduced in Japan in 1955/56. At that time, both the Japanese Government and the insurance industry foresaw the probability of the development of a residual risk problem and moved to preclude such development.

All insurer must accept all eligible applicants for the compulsory coverage. The agents are paid a uniform commission.

The compulsory coverage, all of which is written at a uniform premium rate, is 100 percent reinsured (net of a fixed percentage expense loading), 60 percent of the risk being ceded to the Ministry of Transportation

of Japan and 40 percent to a pool in which all 19 Japanese automobile insurers participate.

Under the Japanese system, all who are required by law to carry the liability coverage are assured of its ready availability, and, since all applicants are afforded coverage on the same terms, there is no need for concern regarding access to insurance or with unfair, discriminatory or inequitable treatment of any segment of the market.“

Gregoria Cruz Arnaldo, Insurance Commissioner der Philippinen, in einem Schreiben vom Mai 1980 an den Verfasser:

„To insure that the insurance industry may adequately provide the compulsory insurance coverage and at the same time meet the losses arising therefrom, a pool, known as the Philippine Motor Vehicle Liability Pool (PMVLP), composed of all insurance companies writing casualty or motorcar risks, was organized following the approval and signing of a Pool Agreement. The PMVLP is licensed by this Commission. It was conceived to serve as a „Clearing House“ for the member-companies in effecting redistribution of the CMVLI business as well as losses on an equal sharing basis among its members. As provided for in the Pool Agreement, the member-companies are to:

1. directly write the CMVLI policies;
2. cede all their writings on CMVLI policies on a 100% basis to the Pool;
3. accept their equal shares of the CMVLI business written;
4. effect immediate remittance of premia;
5. undertake settlement of claims and losses in account of their policies;
6. report claims and losses settled by them.“

FIA:

„The Federal Insurance Administration has worked on model legislation in 1974 which would have separated the premium into a price for company services (which would have been competitively established) and into a contribution for loss pooling (which would have been established by the State Rating Bureau for all insurers). It failed in legislature.“

Mit der direkten oder indirekten Aufteilung der Prämie endet das Interesse der Versicherungsunternehmen an den Überschüssen aus dem Schadenausgleich und damit an einer Selektion von pflichtversicherten Fahrzeughaltern.

In einer bundesweiten Pflichtversichertengemeinschaft kann dann auch erstmalig ein Ausgleich der von Unternehmen zu Unternehmen unterschiedlichen Überschüsse erfolgen, damit eine Gleichbehandlung der Pflichtversicherten hinsichtlich des Versicherungsbeitrages, seiner Überschüsse, der Überschussverwendung, Reservestellung oder Rückerstattung erfolgen kann. Neben den gleichen Versicherungsbeiträgen für gleiche Fahrer gleicher Fahrzeuge könnten die Versicherungsunternehmen unterschiedliche Preise für die verschiedensten Dienstleistungen fordern und hier ohne jeden staatlichen Eingriff mit Leistungssteigerungen und Kostensenkungen einen freien Wettbewerb führen.

Es soll noch auf ein letztes Argument gegen die hier skizzierten Vorschläge eingegangen werden:

Büchner, Präsident des Gesamtverbandes:

„Geben wir dem Markttheoretiker das Wort. Er wird einwenden, dass der Markt, falls an dem neuen Konzept etwas dran sei, es doch längst irgendwo hervorgebracht haben würde. In der Tat versprechen sich unsere neuen Freunde von ihrem Modell ja so beträchtliche Verbrauchervorteile, nicht nur an Preistransparenz, sondern auch an Preisverbilligung, dass man sich fragen muss, warum so etwas eigentlich noch nicht existiert.

Machen wir einen letzten Versuch und fragen wir unsere Alternativen, warum sie ihr fabelhaftes Modell nicht selbst einmal ausprobieren. Man sollte erwarten, dass diese Frage überhaupt nicht zugelassen wird, denn was ein rechter Alternativer ist, pflegt Aufforderungen zum Selbermachen mit der gleichen leichten Hand vom Tisch zu wischen wie Hinweise auf Gesetz und Recht. Doch werden wir hier von unseren Freunden auf das angenehmste enttäuscht. Man wolle ja gern, heißt es hinter vorgehaltener Hand, aber man sehe durchaus, dass ein einzelner Versicherer dieses Modell nicht realisieren könne. Nur wenn der Staat es allen Versicherern vorschreibe und er das Risiko für den Fall übernehme, dass die gemeinsame Kasse zum Ausgleich der Schäden nicht ausreiche, nur dann sei das zu machen.“

Diese Äußerungen enthalten nicht nur Unwahrheiten (niemand verlangt eine „Risikoübernahme“ des Staates), sondern zeigen auch, dass der Präsident des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft nicht den Sinn und Mechanismus von „Versicherung“ verstanden hat.

Zunächst muss einmal darauf hingewiesen werden, dass eine Pflichtversicherung auch derzeit nicht ohne staatliche Eingriffe funktioniert. In den USA mussten die „assigned risk plans“ geschaffen werden, damit die von den Unternehmen nicht freiwillig angenommen oder die gekündigten Fahrzeughalter überhaupt ihren Pflichtversicherungsschutz erhalten. Trotzdem ist ein Großteil der amerikanischen Autofahrer ohne diesen Versicherungsschutz, weil sie ihn nicht bezahlen können. In Deutschland musste die Regierung durch eine Tarifverordnung die Verwendung des Wohnortes und Berufs als Tarifierungsmerkmal zulassen, damit den Unternehmen „Chancengleichheit“ bei der Überschussverwendung verschafft wurde.

Dann könnte das Aufsichtsamt einem Versicherungsunternehmen keine Geschäftserlaubnis erteilen, das nicht die „vorgeschriebene“ derzeitige Tarifstruktur verwenden will.

Dieser Tarif enthält eine Skala von Beitragssätzen zwischen 35% und 270%, die durch den 60% Zuschlag für viele Nichtbeamte noch auf 430% erweitert wird. Eine „Neue Versicherung“ würde hier vielleicht einen Tarif anbieten, der für alle schadenfreien Fahrer einen Beitragssatz von 80% nach der obigen Skala enthält. Dann würden alle schadenfreien Fahrer der anderen Un-

ternehmen, die dort mehr als 80% zahlen - also vor allem „Anfänger“ - zu der „Neuen Versicherung“ gehen. Darunter sind extrem viele gute, reaktions-schnelle und schadenfrei fahrende Fahrer. Darunter sind aber auch extrem viele unerfahrene Fahrer, die Schäden verschulden werden. Da die Subvention von den langjährig schadenfreien Fahrern abgeschnitten ist, die bei den anderen Unternehmen bleiben, müssen die schadenfreien jungen Autofahrer ganz alleine ihre Altersgenossen mit den Schäden subventionieren. Ein Ausgleich in der Pflichtversichertengemeinschaft findet nicht statt. Die schadenfreien Fahrer- würden darüber hinaus die „Neue Versicherung“ in dem Augenblick verlassen, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen, um bei den anderen Unternehmen einen Beitragssatz unter 80% zu erhalten. Der „Neuen Versicherung“ bleibt nichts anderes übrig, als sich den anderen Unternehmen anzupassen oder den Geschäftsbetrieb einzustellen.

Es braucht nicht mehr weiter ausgeführt zu werden, dass diese Vorgänge im Bereich der „Versicherung“ nichts mit irgendwelchen wirtschaftlichen Leistungen der anderen Unternehmen, nichts mit Wettbewerb und Markt zu tun haben.

Versicherung ist Subvention. In dem Augenblick, wo Unternehmen anfangen, aus diesem Subventionsvorgang solche Versichertengruppen herauszubrechen, die 'als Gruppe einen geringeren Beitragsbedarf haben, bricht diese Subvention zusammen. Eine Vielzahl von Subventionsvorgängen entstehen neu. Die Schadenfreien - auf eine Vielzahl von Gruppen verteilt -müssen in unterschiedlicher Weise und Höhe die mehr oder weniger vielen Schadenfahrer in ihrer Gruppe subventionieren. In der Pflichtversichertengemeinschaft gibt es so aber Millionen schadenfreie Fahrzeughalter, die - je nach Gruppenzugehörigkeit - bis zu 1.000% (D) oder 1.500% (USA) unterschiedliche Subventionsbeiträge zahlen.

In einer Pflichtversicherung kann also nur ein einheitliches Subventionssystem funktionieren. Der Staat muss dieses im Sinne der Versicherten vorschreiben und dadurch für eine Gleichbehandlung der Pflichtversicherten sorgen. Wer dieses nicht anerkennt, versteht nichts von „Versicherung“.

Am Ende soll noch auf 2 Missstände in der Kfz-Pflichtversicherung hingewiesen werden - das völlig falsche Provisionssystem und eine staatliche Gewinngarantie für die Unternehmen in Höhe von 20% ihres Preisumsatzes.

In den USA wie in Deutschland werden die Provisionen der Versicherungsvertreter als Prozentsatz nach der Prämienhöhe berechnet. In Deutschland darf eine Provision von 11% in der Kfz-Versicherung nicht überschritten werden. In den USA werden Provisionssätze bis zu 20% gezahlt. In Japan erhalten die Vertreter eine einheitliche Provision je Antrag.

US-Report, 1979:

„Currently, expenses and the profit allowance are allocated to policies in proportion to pure premiums, that is, expected claim costs. Thus, the person whose pure premium is \$ 1,000 pays 10 times the agent commission and share of company expenses than is paid by the individual whose pure premium is \$ 100. Some critics have complained that there is insufficient reason for such a cost assessment.“

J.Robert Hunter, FIA, in einem Memorandum, 1971:

„I think it is philosophically logical to suggest that certain expenses in ratemaking should not be varied as a percentage of premium. This practice varies all expenses on the basis of loss potential. In other words, using automobile insurance as an example, the youthful operator pays three times the commission, general expenses, etc as does the adult operator. The city resident pays more than the rural resident, and so forth. If losses show a sharp jump, the expenses tag along. These apparent inequities have been pointed out by many prominent actuaries.“

Ein Anfänger, der in Deutschland künftig 2.500,- DM für sein Auto bezahlen soll, zahlt mit dieser Prämie gleichzeitig eine Provision von 275,DM. Ein Beamter, der für das gleiche Fahrzeug nur 200,- DM zahlt, wird nur mit einer Provision von 20,- DM belastet. Diese Differenz nun mehr als 1.000% und die Doppelbelastung des „Anfängers“ lässt sich nun nicht mehr mit dem Argument begründen, er müsse soviel mehr bezahlen, weil die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass der Agent für den Anfänger eine Schadenanzeige aufnehmen müsse.

Die Versicherungsvertreter in Kassel wären über die im Regierungsgutachten jetzt vorgeschlagene neue Tarifstruktur begeistert. Kassel kommt aus der niedrigsten Regionalklasse in die höchste. Das bedeutet nicht nur für die Kasseler Mehrbeiträge von 20 bis 30%, sondern auch für die Versicherungsvertreter in Kassel - ohne ihr Zutun - Mehrprovisionen von 20 bis 30% aus der Kfz-Pflichtversicherung ! -

Hier findet seit Jahren unter den Augen von Regierung und Aufsicht eine zusätzliche finanzielle Diskriminierung von pflichtversicherten Fahrzeughaltern statt.

Mehr als XX % verdienen die Versicherungsunternehmen, denen der Staat in Deutschland 3% der Prämieinnahmen als Gewinn zubilligt. Diese 3% erscheinen zunächst nicht außergewöhnlich. Doch wenn man noch einmal einen Blick auf die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung wirft (das Dienstleistungsentgelt ist nur der Verwaltungskostenanteil) und sich an die Aussage des Verbandspräsidenten Sievers erinnert, der in diesem Zusammenhang von 15% der Kfz-Prämien spricht, dann sind diese 3% der Gesamtprämie zu diesen 15% eine Umsatzrendite von 20% - staatlich gebilligt, wenn nicht sogar garantiert !

Zum Abschluss das Zitat eines bekannten Wirtschafts- und Versicherungs-Fachjournalisten, das dem Verfasser erst im letzten Augenblick auf den Tisch flatterte - Arno Surminski in „Zeitschrift für Versicherungswesen“, Dezember 1980:

„Systemveränderer in der Assekuranz:

Sehr ausführlich beschäftigte sich Dr. Büchner in seiner Grundsatzrede vor der Mitgliederversammlung mit neuen Versicherungsideologien, die letztlich darauf abzielen, das Geld der Versicherungsunternehmen in den Umverteilungsprozess einzubeziehen. Es geht schlichtweg um die Frage „Wem gehört das Geld der Versicherungen?“. Während die Sys-

temveränderer das Geld als Gemeinschaftseigentum der Versicherten ansehen, das die Unternehmen nur treuhänderisch verwalten, lehnte der Präsident des Gesamtverbandes diese Auffassung ab.

Wer es gut mit der Assekuranz meint, sollte ihr dringend abraten, diese Diskussion weiterzuführen. Die von Dr. Büchner genannten Argumente für und gegen die neue Ideologie wirkten keineswegs so, dass man die Systemveränderer als weltfremde Spinner erkannte. Unbeteiligte -und dazu muss man wohl den größten Teil der Journalisten rechnen - haben sicher den Eindruck gehabt, dass an den neuen Ideen etwas dran ist. Auch hat sich die Assekuranz in ihrem Verhalten in den letzten Jahrzehnten selbst zu sehr in diese Richtung begeben. In unzähligen Presse-notizen, Geschäftsberichten und Reden ist darauf hingewiesen worden, dass man mit dem Sparkapital der Versicherten arbeite und dass man in treuhänderischer Verwaltung für die Versicherten Gewinne erwirtschaftete. Eine weitere Diskussion über die Frage, wem das Geld der Versicherungen gehört, kann günstigenfalls zu einem Unentschieden führen. Gewinnen kann die Assekuranz in dieser Frage nicht mehr.“

Die Frage nach dem Eigentum an 275 Milliarden DM oder \$ 650 Milliarden sowie die Frage der Ungleichbehandlung von Millionen pflichtversicherten Fahrzeughaltern dulden kein Unentschieden. Die dieser Zusammenfassung zugrundeliegende Studie wird sehr bald den Gerichten helfen, diese Fragen zu entscheiden. Bleibt zu hoffen, dass die Verantwortlichen jetzt oder spätestens mit den Gerichtsentscheidungen „ihre Konsequenzen“ ziehen.

ZUSAMMENFASSUNG

In den USA wie in der Bundesrepublik Deutschland werden die Fahrzeughalter vom Staat durch ein Pflichtversicherungsgesetz verpflichtet, eine Kraftfahrt-Haftpflichtversicherung abzuschließen. Dadurch wird eine bundesweite Pflichtversichertengemeinschaft geschaffen (Bundesaufsichtsamt, siehe Seite 14). Der Staat muss dafür sorgen, dass alle Pflichtversicherten gleich behandelt werden. Diese Forderung bezieht sich nur auf den Versicherungsbereich, nicht aber auf den Bereich der Dienstleistungen, die privatwirtschaftliche Versicherungsunternehmen im Rahmen der Pflichtversicherung anbieten und erbringen. Die Gleichbehandlung im Versicherungsbereich muss entsprechend der Versicherungstechnik erfolgen, d.h. es dürfen nur solche Beitragsklassen gebildet werden, die die individuelle Gefahr jedes einzelnen Pflichtversicherten berücksichtigen. Nach den Grundsätzen der Straßenverkehrshaftung ist unter dieser „Gefahr“ das Fehlverhalten des Autofahrers sowie Mängel am Fahrzeug zu verstehen. Eine Ungleichbehandlung im Bereich der Beitragsklassenbildung ist nur aus „vernünftigen Erwägungen“ zulässig.

Die derzeitige Tarifstruktur entspricht nicht der Versicherungstechnik, da die Beitragsklassen nach versicherungsfremden Merkmalen gebildet werden, die nicht die individuelle Gefahr des einzelnen Pflichtversicherten berücksichtigen und keinen Einfluss auf die Entstehung und den Umfang eines

Kfz-Haftpflichtanspruchs haben (wie Wohnort, Beruf; in den USA außerdem Alter, Geschlecht, Familienstand, Rasse usw.).

Die Verwendung solcher Merkmale, die durch falsche Statistiken nach dem früheren Schadenaufwand nicht existenter Versichertengruppen ermittelt worden sind, führt zu einer Ungleichbehandlung des einzelnen Pflichtversicherten. Pflichtversicherte, die nach der Versicherungstechnik einen gleichen Beitrag zahlen würden, bezahlen derzeit - je nach Gruppenzugehörigkeit - bis zu 1.000% (D) oder 1.500% (USA) ungleiche Prämien. Schadenfreie Fahrer zahlen derzeit einen vielfach höheren Beitrag als z.B. Beamte, die bereits mehrere Schäden verschuldet haben.

Diese Ungleichbehandlung der Pflichtversicherten widerspricht der Versicherungstechnik und beruht auch nicht auf „vernünftigen Erwägungen“. Die Pflichtversicherten werden ungleich behandelt, damit für die Versicherungsunternehmen „Chancengleichheit“ besteht:

- bei der Erzielung und „Gewinnverwendung“ von Überschüssen aus dem Schadenausgleich (D)
- oder bei der Selektion überschussträchtiger Versichertengruppen (USA).

Diese durch die Bestandszusammensetzung beeinflussten oder beeinflussbaren Überschüsse aus dem Schadenausgleich sind aber keine Unternehmensgewinne, welche die Versicherungsunternehmen „als Gewinn“ für sich verwenden können, sondern sie sind aus einer Leistung der Pflichtversicherten entstanden und gehören bis zur Verwendung für Schadenzahlungen den Pflichtversicherten.

Damit eine Gleichbehandlung der Pflichtversicherten erfolgen kann, muss zunächst die Versicherungsprämie aufgeteilt werden in einen Beitrag für den Schadenausgleich in der Pflichtversichertengemeinschaft und in einen Preis für die Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen und Agenten, was allen allgemeinen wirtschaftlichen und rechtlichen Grundsätzen sowie den Erkenntnissen aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung entspricht. Hinsichtlich des Dienstleistungspreises besteht völlige Wettbewerbsfreiheit. Dagegen müssen die Versicherungsbeiträge für gleiche Pflichtversicherte in gleicher Weise festgesetzt werden, was nicht durch die staatliche Aufsicht allein erfolgen sollte, die in diesem Bereich bisher versagt hat. Zu diesem Zweck sollte ein „Bundesbeauftragter für die Versicherten“ eingesetzt werden, der zusammen mit der staatlichen Aufsicht und den Versicherungsunternehmen die Autoversicherungstarife entwickelt und die Verwendung des Versichertengeldes durch die Unternehmen mit kontrolliert.

Bei der Beitragsfestsetzung sollten nur das Fahrzeug und eventuelle Schäden des einzelnen Pflichtversicherten berücksichtigt werden. Die individuelle Gefahr des einzelnen Pflichtversicherten lässt sich zwar in Bezug auf die Möglichkeit der Verschuldung eines Kfz-Haftpflichtschadens objektiv nicht erfassen, auch nicht durch einen bereits verschuldeten Schaden. Doch sollte aus „vernünftigen Erwägungen“ jeder Schaden einen Beitragszuschlag („Malus“) nach sich ziehen, um einen Anreiz für vorsichtiges Fahren zu bieten. Die Schadenfahrer sollten in nur 2 oder 3 Malus-Klassen zusammengefasst werden, wobei der Malus jeweils als Beitragszuschlag von etwa 80% (1 Schaden),

200% (2 Schäden) und 300% (3 und mehr Schäden) über mehrere Jahre den Fahrern, bzw. den Fahrzeughaltern angelastet werden sollte. Dabei dürfte der Grundbeitrag für schadenfreie Fahrer je nach PS-Stärke seines Fahrzeugs etwa zwischen 300,- bis 600,- DM p.a. liegen. Dieser Beitrag würde sich noch um die gesondert auszuweisenden Dienstleistungspreise der Versicherungsunternehmen erhöhen.

Die unterschiedlichen Überschüsse der einzelnen Unternehmen im Bereich des Schadenausgleichs müssen bundesweit ausgeglichen und in gleicher Weise bei der Beitragsfestsetzung angerechnet oder an die Versicherten zurückerstattet werden. Oder sie werden den Unternehmen anteilig zur Bildung von Sicherheitsreserven für die gesamte Pflichtversichertengemeinschaft überlassen.

Rosinenpicker zerstören Solidargemeinschaft der Versicherten Regionalstruktur der Kfz-Haftpflichtversicherung

Von Dr. Anke Martiny MdB

Vorsitzende der Arbeitsgruppe Verbraucherpolitik der SPD-Bundestagsfraktion

Die Klagen über die Ungerechtigkeiten der Regionalstruktur in der Kfz-Haftpflichtversicherung haben die Bundesregierung dazu veranlasst, dem Institut für Verkehrswissenschaft an der Universität Köln einen Forschungsauftrag zu erteilen. Die Untersuchung dieses Instituts liegt nunmehr vor. Die Ergebnisse werden in der Öffentlichkeit schon als wahrscheinliche Tarifänderung zum 1. Juli 1981 unter dem Slogan: Mehr Regionalklassen sollen eine gerechtere Prämie garantieren, diskutiert. Ob dies wirklich der Weisheit letzter Schluss ist?

Der Bundesregierung wäre anzuraten, sich nicht zu schnell auf eine Reform der Regionalstruktur einzulassen. Zunächst muss es darum gehen, die grundsätzlichen Fragen zu klären, die hinter den Klagen über die Ungerechtigkeiten verborgen sind.

Wenn man weiß, dass die Regionalstruktur der Kfz-Haftpflichtversicherungsprämien nur eingeführt wurde, um die Gewinne von Regionalversicherern denen der Universalversicherungen anzupassen, muss man daran zweifeln, dass durch eine verfeinerte Tarifstruktur mit noch mehr Regionalklassen die grundsätzliche Ungerechtigkeit einer unterschiedlichen Belastung gleich guter Fahrer in verschiedenen Wohngebieten aus der Welt geschafft wird. Versicherer, die sich die guten Risiken als Rosinen aus dem großen Kuchen der Versichertengemeinschaft heraussuchen, werden immer höhere Gewinne machen als die Versicherer, die alle Kraftfahrer versichern, ohne nach ihrem Wohnort, ihrer Haarfarbe, beziehungsweise ihrer Staatsangehörigkeit ihrem Geschlecht, Alter oder Beruf zu fragen. Schwarzhäarige, junge, ausländische Fabrikarbeiter werden nach der Statistik immer höhere Schäden verursachen als blonde, verheiratete im öffentlichen Dienst angestellte Frauen und sei es nur aus dem simplen Grund, dass letztere weniger fahren als erstere. Es ist einfach ungerecht, einen guten Kraftfahrer (oder eine gute Kraftfahrerin), nur weil er oder sie in einem Gebiet mit hohem Schadensbedarf wohnt oder nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt oder kein Landwirt ist oder mit einem solchen auch nicht verheiratet ist, mit höheren Prämien zu belasten als einen gleich guten Fahrer, der auf dem Land wohnt und Beamter ist. Und dies alles nur, damit alle Versicherungsunternehmen die selben Chancen bekommen, aus der Schadensabwicklung halbwegs gleich hohe Gewinne zu machen.

Es wäre doch einmal grundsätzlich zu prüfen, ob das Auftreten von Regionalversicherern und speziellen Berufsversicherungen mit dem Charakter einer allgemeinen Haftpflichtversicherung vereinbar ist. Das Heraussuchen von

Kraftfahrern mit geringem Schadensbedarf aus der Solidargemeinschaft aller Kraftfahrer widerspricht dem Prinzip der Versicherung, nach dem alle Nichtbetroffenen für die vom Versicherungsfall Betroffenen zahlen. Wenn man den Rosinenpickern ihr Auftreten am Markt nicht verbieten will, sollte man die Möglichkeit prüfen, die aus der Schadensabwicklung entstehenden Überschüsse über einen Pool unter den Versicherungsunternehmen gleichmäßig zu verteilen, um auf diese Weise die Solidargemeinschaft wieder herzustellen.

Die Versicherungsunternehmen würden dann nur noch aufgrund ihrer Dienstleistungen miteinander konkurrieren. Die Höhe der Rückzahlung der zu hoch kalkulierten Prämienanteile an die Versicherten wäre nicht mehr von der Auswahl der Versicherten durch die einzelnen Versicherungsunternehmen abhängig. Insgesamt sollten bei den Überlegungen einer Änderung der Regionalstruktur die Interessen der Versicherten stärker Berücksichtigung finden als bisher. Die mit Hilfe der Versicherungsunternehmen eingeführte Regionalstruktur und die Ergebnisse der jetzt veröffentlichten Untersuchung sind daher noch einmal grundsätzlich auf ihre Zulässigkeit hin zu überprüfen. Alternativen sollten nicht von vornherein als nicht erwägenswert abgelehnt werden.

Kontakt <mailto:hansdmeyer@versanet.de>

Time To Set The Record Straight

Insurance Commissioners from several states and the Acting Federal Insurance Administrator met today in Worcester, Massachusetts, at the invitation of an organization of small business people. The Commissioners from New Jersey, North Carolina, Massachusetts and a representative of the Pennsylvania Insurance Commissioner, were joined by the Acting Federal-Insurance Administrator to discuss insurance problems. They issued a joint statement as follows:

„We find that millions of Americans are suffering from an insurance system characterized by excessive premiums, arbitrary cancellations and refusals to insure, and unfairly discriminatory rating practices. Insurance companies have long tried to convince the people of such state that the problems exist in their state alone. We think it is time to set the record straight. These are not problems unique to one or two states. They are countrywide' problems and they exist in virtually every state. Each of our states has been threatened with mass withdrawal by the insurance industry when unjustified rate increases have been denied.- We are tired of seeing our citizens forced to live under these threats.

Automobile insurance is where all of these problems are most visible. We are convinced that, if positive changes are made in the insurance-system, everyone can obtain adequate insurance at affordable rates. We pledge to work together to bring about changes in such areas as:

... Excessive Rates. Insurance companies have been keeping two sets of books. The books for the shareholders show ever-increasing profits. Yet, the books shown to the regulators to support rate increases often show losses. This practice must stop.

... Arbitrary Cancellations and Refusals to Insure. Auto Insurance is a necessity. Companies can not be permitted to deny coverage to any licensed driver. High rate assigned risk pools for good drivers must be ended.

... Unfairly Discriminatory Rating Practices. Insurance companies use rating based on age, sex, marital status, race, where you live and other such groupings to price many good drivers out of the market. Rates should instead be based primarily on individual driving record.

For too long insurance companies have played one state against another. This tactic has been designed to weaken state regulation. Only our cooperative efforts can overcome this divide-and-conquer strategy. The changes we seek are absolutely necessary.“

James M. Stone
Massachusetts Insurance
Commissioner

James Sheeran
New Jersey Insurance
Commissioner

John Ingram
North Carolina Insurance

For William Sheppard
Pennsylvania Insurance

Commissioner

Commissioner

J. Robert Hunter
Acting Federal Insurance Administrator

May 22, 1977