

Abschlussbericht für das Projekt Kfz-Haftpflichtversicherungstarife

Teil IV

**Tarifierungsmodelle für die Kfz-Haftpflichtversicherung
und deren Übereinstimmung mit der Versicherungstechnik
und mit allgemeinen Produktions- und Wettbewerbstheorien**

Hans Dieter Meyer*
Versicherungsberater

* Kontakt <mailto:hansdmeyer@versanet.de>

Inhalt:

I. Zwei unterschiedliche Versicherungs- und Tarifgestaltungsmodelle

1. Prämienversicherungs-Modell (Prämie=Preis-Modell)

- a) Kurzdarstellung
- b) Praktische Auswirkungen der Tarifgestaltung
 - aa) Diskriminierung? - Schadenfreie zahlen mehr als Schadenfahrer
 - bb) Eingeschränkte Privatautonomie durch kartellartige Selektion ?
 - cc) Versicherbarkeitsprobleme für versicherungspflichtige
Fahrzeughalter mit negativen Selektionsmerkmalen
 - dd) Beliebighkeitsrabatte, Koppelungsgeschäfte zu Lasten der
Pflichtversichertengemeinschaft

2. Geschäftsbesorgungsmodell

- a) Kurzdarstellung
- b) Praktische Auswirkungen der Tarifgestaltung

II. Vergleich beider Versicherungs- und Tarifierungsmodelle mit allgemeingültigen Theorien zu Versicherung, Produktion, Wettbewerb und Versicherungstechnik (versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip)

1. Was ist „Versicherung“ im Sinne der beiden Modelle ?

- a) Das Wesen der Versicherung im Sinne der Prämienversicherung
- b) Versicherung im Sinne des Geschäftsbesorgungsmodells
- c) Prüfung der beiden Versicherungs-Definitionen auf ihre
Übereinstimmung mit allgemeinen Versicherungstheorien

2. Produktionsvorgänge bei den beiden Versicherungs-Modellen

- a) Produktionsvorgänge bei der Prämienversicherung
- b) Produktionsvorgänge beim Geschäftsbesorgungsmodell
- c) Prüfung der Produktionsvorgänge beider Modelle auf ihre
Übereinstimmung mit allgemeinen Produktionstheorien
 - aa) Prämienversicherer sind keine Produktionsbetriebe
 - bb) Prämienversicherer sind keine Dienstleistungsbetriebe
 - cc) Prämienversicherer betreiben ein aleatorisches
Ausgleichsgeschäft

3. Wettbewerbstauglichkeit der beiden Versicherungs-Modelle

- a) Preis-/Leistungswettbewerb im Bereich der Prämienversicherung ?
- b) Preis-/Leistungswettbewerb beim Geschäftsbesorgungsmodell
- c) Prüfung der Modelle auf ihre Wettbewerbstauglichkeit im Sinne

- allgemeiner Wettbewerbstheorien
- aa) Widersprüche zur Annahme „heftigen Wettbewerbs“
- bb) Versicherung und Prämienversicherung haben kein Preis-/Leistungsverhältnis
- cc) Keine Wettbewerbssanktionen im Versicherungswesen
- d) Selektion als Mittel der Gewinngestaltung bei Ausgleichsgeschäften
- e) „Natürliche“ Selektion durch regionale oder berufsständische Limitierung des Geschäftsbereichs

4. Anwendung der Versicherungstechnik bei den beiden Modellen

- a) Tarifgestaltung beim Prämienversicherungsmodell
 - aa) Primäre Prämiendifferenzierung
 - bb) Erfahrungstarifizierung (Bonus-Malus-Systeme)
 - cc) Die Rolle der Statistik
- b) Tarifgestaltung nach dem Geschäftsbesorgungsmodell
- c) Prüfung der Tarifgestaltungsmodelle auf ihre Übereinstimmung mit der allgemeinen Versicherungstechnik
 - aa) Bildung einer Pflichtversichertengemeinschaft
 - bb) Ermittlung des Gesamtbeitragsbedarfs für die (nationale) Pflichtversichertengemeinschaft
 - cc) Verteilung des Gesamtbeitragsbedarfs auf die (nationale) Pflichtversichertengemeinschaft (Tarifgestaltung nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip)
 - (1) Suchen nach typischen Risiken und Gefahren in der Kfz-Haftpflichtversicherung
 - (2) Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung (Suchen nach Risiko-/Gefahren-/Tarifmerkmalen und Messen ihres Einflusses auf Risiko und Gefahr)
- d) Gruppenstatistiken nach dem Schadenaufwand verstoßen gegen die Versicherungstechnik und gegen alle Regeln der Statistik
- e) Ansatzpunkte für ein risikogerechtes Tarifierungssystem

III. Zusammenfassung

IV. Vorschläge für Maßnahmen der EU-Kommission

Das vom Bund der Versicherten - mit finanzieller Unterstützung der EU-Kommission durchgeführte Projekt soll für die EU-Kommission Grundlagen liefern für Entscheidungen über mögliche Maßnahmen im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung, insbesondere zu der Frage, ob Vorgaben für paneuropäische Tarife notwendig und zulässig sind, um Diskriminierungen zu verhindern und um Rahmenbedingungen für Wettbewerb und einen funktionsfähigen Binnenmarkt herbeizuführen.

Das ist gleichzeitig die Frage, ob die Einführung der Tariffreiheit für Versicherungsunternehmen im Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen Kfz-Haftpflichtversicherung im Jahre 1994 ein Fehler war und durch eine Re-Regulierung – z.B. durch EU-Vorgaben für eine risiko- und wettbewerbsgerechte Tarifgestaltung - korrigiert werden muss. Dabei kommt es entscheidend auf drei Fragen an:

1. Sind Vorgaben für die Tarifgestaltung überhaupt ein Eingriff in die Dienstleistungen und die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Versicherungsunternehmen oder betreffen sie nur den Bereich der Versicherung, die – wie bei Versicherungsverein und nach der neuen Geschäftsbesorgungstheorie (siehe unten I. 2.) – von den Versicherungsunternehmen nur organisiert, aber nicht produziert wird ?
2. Ist die im Wege der Tarifgestaltung betriebene Selektion von Fahrzeughaltergruppen ein Teil des Wettbewerbs um die Dienstleistungen von Versicherungsunternehmen?
3. Entspricht die derzeit in Europa vorherrschende Tarifgestaltung (nach Statistiken über den Schadenaufwand von Fahrzeughaltergruppen) der allgemeinen Versicherungstechnik oder führt sie zu Einschränkungen der Privatautonomie und sachlich ungerechtfertigten Diskriminierungen einzelner Fahrzeughalter oder Fahrzeughaltergruppen ?

I. Zwei unterschiedliche Versicherungs- und Tarifgestaltungsmodelle

Im Verlaufe des Projektes haben die als Anlage beigefügten Länderberichte sowie die in den beigefügten Tagungsberichten zusammengefassten Referate und Diskussionen der Workshops gezeigt, dass sich letztlich nur zwei gegensätzliche Modelle der Tarifgestaltung gegenüberstehen. Die zwei Modelle werden im Folgenden unter den Ziffern 1. und 2. mit ihren praktischen Auswirkungen dargestellt. Zur Beantwortung der oben gestellten Fragen werden für jedes Modell die ökonomischen und versicherungstechnischen Grundlagen auf ihre Übereinstimmung mit allgemeingültigen Theorien geprüft. Dies kann im folgenden Beitrag nicht in wissenschaftlicher Form geschehen. Deshalb regt der Bund der Versicherten (BdV) an:

Die EU-Kommission sollte diese entscheidenden Fragen im Anschluss an das vorliegende Projekt von neutralen (Wirtschafts)Wissenschaftlern

eingehender untersuchen lassen und erst danach über weitere Maßnahmen im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung entscheiden.

1. Das Prämienversicherungs-Modell (Prämie = Preis - Modell)

Dieses Modell wird in allen europäischen Staaten von Versicherungs-Aktiengesellschaften praktiziert.

a) Kurzdarstellung

Dieses Modell geht davon aus, dass Tarifgestaltung „Preisgestaltung“ ist. Hoheitliche Vorgaben sollen deshalb grundsätzlich nicht zulässig sein und einen Eingriff in den Markt, Wettbewerb und die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Unternehmen darstellen.

Versicherung wird nach dieser Meinung als Produkt der Unternehmen angesehen, das diese im Austausch gegen die Prämie als Preis verkaufen. Versicherung als Leistung des Unternehmens soll in der Übernahme und dem Tragen von Risiken bestehen. Die Prämieeinnahmen werden als Umsatz angesehen, die Zahlungen für Versicherungsleistungen als Kosten und - das ist das Entscheidende und Einzigartige in unserem Wirtschaftsleben: Die - wegen der „naturgemäß“ erforderlichen Überkalkulation der Versicherungsprämien - ständig anfallenden Überschüsse der Prämieeinnahmen über die Verwaltungskosten und Versicherungsleistungen (einschließlich Rückstellungen und Reserven) werden als Vermögen und Gewinn der Unternehmen vereinnahmt.

Nach diesem Modell werden die Unternehmensgewinne also maßgeblich durch die Prämienkalkulation und den Schadenaufwand bestimmt. Der Schadenaufwand und damit auch die Gewinne werden wiederum durch die Gestaltung der Tarife und die Art und Weise der Schadenregulierung bestimmt. Jede verzögerte Zahlung, Kürzung oder Ablehnung einer Versicherungsleistung führt automatisch zu einem höheren Unternehmensgewinn (die Ursache für den in allen Ländern bekannten „Ärger im Schadenfall“). Die Prämienversicherung ist also – zwangsläufig – von einer totalen Gewinnorientierung durchdrungen, die von der Prämienkalkulation über die Tarifgestaltung bis hin zur Schadenregulierung reicht.

Die Tarifgestaltung ist dadurch für die „Prämienversicherer“ zu einem Instrument der „Gewinnsteuerung durch Marketing“ geworden wegen der Möglichkeit der Selektion und Antiselektion von Versichertengruppen mit geringem bzw. hohem Schadenaufwand. Die Tarife werden so entwickelt, dass Fahrzeughalter nach irgendwelchen Merkmalen zusammengefasst werden und der Schadenaufwand solcher Gruppen miteinander verglichen wird. Weicht z.B. der Schadenaufwand aller Garagenbesitzer von dem Schadenaufwand aller Nichtgaragenbesitzer ab, erheben die Prämienversicherer das Merkmal „Garagenbesitz“ zu einem Tarif-/Selektionsmerkmal und alle Garagenbesitzer werden mit niedrigeren Prämien und die Nichtgaragenbesitzer mit entsprechend höheren Prämien belegt (in Deutschland ist die Prämien Differenz etwa 10 Prozent). Auf diese Art und Weise der Gruppenbildung sind die gebräuchlichsten Tarifmerkmale wie z.B. Alter, Beruf, Wohnort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Typ und Alter sowie jährliche Kilometerleistung des Fahrzeugs zu Selektionsmerkmalen erhoben worden, weil Versichertengruppen, die nach solchen

Merkmale und ihren unzähligen Kombinationsmöglichkeiten gebildet worden sind, einen von anderen Gruppen abweichenden Schadenverlauf aufweisen.

b) Praktische Auswirkungen der Tarifgestaltung im Sinne der Prämienversicherung

Als praktische Auswirkung der in Europa vorherrschenden Tarifgestaltung fällt vor allem auf,

- aa) dass Millionen schadenfreie Fahrer höhere Prämien zahlen müssen als Millionen Schadenfahrer,
- ab) dass schadenfreie Fahrer keine Möglichkeit haben, der erhöhten Prämienbelastung auszuweichen, weil alle Versicherungsunternehmen nach gleichen Selektionsmerkmalen tarifieren (müssen), und
- ac) dass in einigen Ländern Fahrzeughalter mit negativen Selektionsmerkmalen von den Versicherungsunternehmen freiwillig nicht versichert werden, sondern gesetzlich geregelte Zwangszuweisungen an die Versicherungsunternehmen erforderlich sind.

aa) Diskriminierung ? - Schadenfreie Fahrer zahlen mehr Prämien als Schadenfahrer

Eine Folge der Tarifgestaltung nach Gruppen-Selektionsmerkmalen soll an einem Beispiel in Deutschland aufgezeigt werden: Für einen VW „Golf“ zahlen Versicherte in Leipzig und Goslar unter sonst gleichen Bedingungen folgende ca.-Jahresprämien:

	in LEIPZIG		in GOSLAR	
	Schäden	Jahresbeitrag	Schäden	Jahresbeitrag
1. Jahr (230%)		2.500 €		1.650 €
11. Jahr		400 €	Schaden im 10. Jahr	350 €
17. Jahr		350 €	Schaden im 16. Jahr	350 €
20. Jahr	keine	305 €	insgesamt 2 Schäden	280 €

Dieser Vergleich zeigt: Der Autofahrer in Goslar zahlt trotz seiner zwei Schäden niemals einen höheren und über 20 Jahre insgesamt sehr viel weniger Beitrag als ein Leipziger nach 20 Jahren Schadenfreiheit.

Diese Prämienpreizung („Spread“) öffnet sich um so weiter, je mehr Merkmale verwendet werden – zum Beispiel:

Ist der Fahrzeughalter aus Goslar Beamter, besitzt er einen Neuwagen und eine Garage, dann zahlt er im 1. Jahr einen Jahresbeitrag von nur 1.250 € (statt – wie in der Tabelle - 1.650 €), im 11. Jahr (nach einem Schaden im 10. Jahr) nur 250 €, im 17. Jahr (nach einem Schaden im 16. Jahr) auch nur 250 € und im 20. Jahr nur noch 210 €.

Der 20 Jahre lang schadenfrei fahrende Leipziger zahlt am Anfang den doppelten Jahresbeitrag und später – trotz völliger Schadenfreiheit jedes Jahr mindestens 100 € mehr gegenüber dem Beamten aus Goslar mit 2 Schäden ! -

Bezieht man das Alter bzw. die Dauer der Schadenfreiheit in die Rechnung ein, zahlt der gut fahrende junge Leipziger eine zehnfach höhere Prämie wie der Beamte aus Goslar mit 2 Schäden.

Die Untersuchung von *Prof Meyer* (Teil III dieses Abschlussberichts, Kapitel 5) hat ergeben, dass in den europäischen Ländern drastische Unterschiede in den Tarifstrukturen bestehen, die bei einem Prämienvergleich für einen (schadenfreien) Studenten mit einem 54 PS-Fahrzeug und einer Jahresfahrleistung von 13.000 km und für einen Rentner (in der höchsten Rabattklasse, möglicherweise aber mit mehreren Schäden) mit einem 90 PS-Fahrzeug und einer Jahresfahrleistung von 10.000 km zu folgendem Ergebnis führt:

In 2 Ländern zahlt der Student die	1,2-fache Prämie (Belgien, Finnland).
In 5 Ländern zahlt der Student die	2-fache Prämie (A, CH, DK, GR, I).
In 2 Ländern zahlt der Student die	3-fache Prämie (NL, P).
In 1 Land zahlt der Student die	5-fache Prämie (GB).
In 1 Land zahlt der Student die	8-fache Prämie (Deutschland).

Ein Beispiel hierzu aus dem Texas Auto Insurance Manual:

„The bodily injury (BI) insurance premium for Territory 7, Corpus Christi, is 3.25 times the premium for Territory 62, Hutchinson County (1.00). The BI premium for a youthful, unmarried driver is 3.75 times the premium for an adult driver. Thus, the premium for a youthful, unmarried driver in Corpus Christi is 12.19 times the premium for an adult driver in Hutchinson County. The premium for a drunk driver is 60% more than a driver with no tickets or accidents. Thus, the premium for a drunk driving adult in Hutchinson County (1.60) is only 13 % of the premium for a ‚clean‘ youthful, unmarried driver in Corpus Christi (12.19), who pays 7,62 times the premium of a drunk driver (12.19/ 1.60).“

Weitere Beispiele zu den Auswirkungen von Tarifstrukturen finden sich unten unter II. 4. A) und in den als Anlage 6 und 7 beigefügten deutsch-amerikanischen Studien von *Hans Dieter Meyer* (Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung in der Kfz-Haftpflichtversicherung).

Nach derartigen Ergebnissen der Tarifierung im Sinne der Prämienversicherung darf bezweifelt werden,

- dass die in Europa und vielen anderen Ländern vorherrschende Verwendung von Selektionsmerkmalen und das Bonus-/Malus-System zu individueller Risikogerechtigkeit führen und
- dass die Prämien um so risikogerechter werden, je mehr Selektionsmerkmale die Unternehmen verwenden und je mehr sie das Bonus-/Malus-System verfeinern.

So zahlen in Europa Millionen schadenfreie Autofahrer – im Vertrauen auf die Richtigkeit der Tarife - Jahr für Jahr Milliarden € mehr an Prämien als Fahrzeughalter mit Schäden. – Auch das häufig verwendete Argument, das Bonus-/Malus-System würde bei schadenfreiem Fahren über Jahre einen Ausgleich herstellen, erweist sich nach den obigen Beispielen als unhaltbar.

Prof. Meyer hat in seiner Untersuchung (Teil III dieses Abschlussberichts)¹ auf die sehr unterschiedliche Prämienspreizung in den einzelnen europäischen Staaten hingewiesen und auf die starke Zunahme dieses Spreads nach der Deregulierung. Während der Spread in Deutschland kurz nach der Deregulierung 1 zu 8,5 betrug, ist er im Jahr 1999 auf 1 zu 31,5 angewachsen. Berücksichtigt man das Bonus-Malus-System, beträgt die Spreizung der Prämien in Deutschland jetzt sogar 1 zu 273, was – theoretisch - bedeuten kann, dass ein älterer Fahrzeughalter mit allen positiven Selektionsmerkmalen eine Jahresprämie von 50 € bezahlt (auch nach mehreren Schäden), während ein junger schadenfreier Fahrzeughalter mit allen negativen Selektionsmerkmalen eine Jahresprämie von etwa 14.000 € zahlen muss. Bei diesen Zahlen kann man – wie auch *Prof. Meyer* – mit Recht fragen, ob von einem jungen und möglicherweise sehr guten Fahrer, der die höchste Prämie zahlt, tatsächlich eine (individuelle) Gefahr ausgeht, die 273 mal so groß eingeschätzt wird wie die eines am günstigsten eingestuften Fahrers (der mehrere Schäden verursacht haben kann).

Es gibt unzählige Möglichkeiten der Merkmalskombinationen. In einigen US-Staaten gibt es mehr Kombinationen als Autofahrer. Auch in einigen europäischen Staaten gibt es Millionen Zellen, die aus den Merkmalskombinationen gebildet werden und in denen sich oft keine oder nur ganz wenige Versicherte befinden. Es darf bezweifelt werden, dass es millionenfache Unterschiede im individuellen (versicherungstechnischen) Risiko der Fahrzeughalter eines Staates gibt oder – wie in den USA – mehr Merkmalskombinationen für die Einschätzung des Risikos von Fahrzeugen als es überhaupt Autos gibt.

In den USA tarifieren die Unternehmen durch das sogenannte „redlining“ nach den Schäden der (meist farbigen) Bewohner von Häuserblocks. Die deutschen Versicherungsunternehmen wollen – ähnlich - die Prämien für Berliner Autobesitzer nach den Berliner Postleitzahlenbereichen kalkulieren. Die Tarifgestaltung der Prämienversicherer, die von den Initiatoren und Befürwortern der Tariffreiheit als „freie Preisgestaltung“ angesehen wird, wäre auch in Europa nach Straßenzügen möglich oder – im Stile des „redlining“ - nach Häuserblocks (die z.B. von Ausländern bewohnt werden).

bb) Eingeschränkte Privatautonomie der Versicherten durch kartellartige Selektion ?

Eine weitere Folge der in Europa praktizierten Tarifgestaltung ist der Zwang für alle Unternehmen, die Selektion und Antiselektion anderer Unternehmen mitzumachen, z.B. die Verwendung des Merkmals Garagenbesitz. Verbilligt ein Unternehmen die Prämien für die Garagenbesitzer um 10 Prozent gegenüber den Prämien für Nichtgaragenbesitzer, würden den anderen Gesellschaften die Garagenbesitzer davonlaufen und die Nichtgaragenbesitzer bei ihnen bleiben, die – nur als Gruppe (!) – einen höheren Schadenaufwand erfordern, der durch die „Misch- oder Mittelprämie“ nicht gedeckt wäre. Es käme zum Kon-

¹ Über den sehr unterschiedlichen Spread in den einzelnen Staaten, der in Frankreich z.B. - per Gesetz - teilweise eingeschränkt ist, siehe Teil III dieses Abschlussberichts (*Prof. U. Meyer*, Kapitel 5, Seite 139, Abbildungen 9 und 10).

kurs. Alle Gesellschaften müssen also – wohl oder übel – nachziehen und neue Selektionsmerkmale in ihre Tarife übernehmen.

Die Selektion führt also zu einer weitgehenden Einheitlichkeit der Unternehmenstarife und verhindert so die von der EU angestrebte Vielfalt von Angeboten, die jedem Verbraucher die Auswahl des seinen Bedürfnissen am ehesten entsprechenden Vertrages ermöglichen soll (vgl. Erwägungsgrund 23 der 3. Richtlinien). Ein junger Mann, der ein guter und schadenfreier Autofahrer ist, der aber in einer Großstadt wohnt, nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt ist, keine Garage besitzt und sich keinen Neuwagen leisten kann, wird wegen der von allen Unternehmen praktizierten Selektion von Autofahrergruppen nach diesen Merkmalen von allen Gesellschaften in eine Tarifgruppe mit der entsprechenden Merkmalskombination eingestuft und erhält in seinem Land – hinsichtlich der Tarifeinstufung – ein „kartellartig“ gleiches Angebot. Die günstigeren Tarife – z.B. für ältere Beamte mit anderem Wohnort, Neuwagen und Garage – sind ihm wegen der genannten Merkmale versperrt. Auch die günstigeren Prämien für ältere Fahrzeughalter mit mehreren Schäden kann er trotz seiner Schadenfreiheit nicht erreichen.

Die Tariffreiheit, die nach den Vorstellungen der EU zu einer größeren Vielfalt der Angebote führen sollte, hat das Gegenteil bewirkt. Durch die zunehmende kartellartige Selektion mit immer mehr Merkmalen und Merkmalskombinationen schrumpft der Bereich, in dem der einzelne Pflichtversicherte seine Auswahl treffen kann, auf ein immer winzigeres Segment zusammen – entweder zu seinem Vorteil (wenn er als schlechter Fahrer wegen seiner Merkmale in eine Gruppe mit geringem Schadenaufwand eingestuft wird) oder zu seinem Nachteil (wenn er als guter Fahrer in eine Gruppe mit hohem Schadenaufwand eingestuft wird, was vor allem junge Menschen betrifft).²

Da die Versicherten von allen Unternehmen kartellartig nach gleichen Selektionsmerkmalen in gleiche Beitragsklassen eingestuft werden, können mehr oder bessere Informationen über die Tarifgestaltung – wie sie von einigen gefordert werden – den Versicherten nicht helfen. Für einen jungen Großstädter, der nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt ist, keine Garage besitzt und sich keinen Neuwagen leisten kann, ist die Information völlig nutzlos, dass er nur die halbe Prämie zahlen müsste, wenn er älter ist, auf das Land umzieht, Beamter wird, sich eine Garage baut und einen Neuwagen kauft.

cc) Versicherbarkeitsprobleme für versicherungspflichtige Fahrzeughalter mit negativen Selektionsmerkmalen

In einigen Ländern gibt es für Pflichtversicherte mit negativen Selektionsmerkmalen überhaupt kein Angebot auf dem angeblich freien Markt. Sie werden den Gesellschaften zwar aufgrund gesetzlicher Regelungen zwangsweise zugewiesen (in Frankreich z. B. durch das Bureau Central de Tarification, in den USA durch die assigned risks plans), müssen dort aber extrem hohe Prämien zahlen. Insbesondere in den USA fahren aus diesem Grunde Millionen

² Ist es Wahlfreiheit, wenn der Fahrzeughalter von Unternehmen zu Unternehmen läuft und überall erfährt, dass bei allen Unternehmen für ihn der gleiche Tarif (Wohnort, Fahrzeugtyp, Beamter, Alter ...) in Frage kommt, wenn er also nur noch den billigsten Anbieter für diese Merkmalskombination suchen kann, dabei aber nicht erkennen kann, wer hinsichtlich der Dienstleistungen der beste und günstigste Anbieter ist ?

Fahrzeughalter (überwiegend Farbige) ohne Versicherungsschutz. Auch ihnen können mehr und bessere Informationen über die Tarife nicht helfen.

dd) Beliebigkeitsrabatte, Koppelungsgeschäfte zu Lasten der Pflichtversichertengemeinschaft

In Deutschland musste das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) bereits gegen sog. Beliebigkeitsrabatte einschreiten, die Versicherungsunternehmen - abweichend von ihren Tarifen - gewähren, um Kunden zu halten oder zu gewinnen. Die Kfz-Versicherung wird auch häufig mit dem Abschluss von anderen (gewinn- und provisionsträchtigen) Versicherungsverträgen gekoppelt und der Vertragsabschluss durch eine günstigere Tarifeinstufung des Kunden in der Kfz-Versicherung herbeigeführt.³ Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass derartige Methoden der Quersubventionierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehen.

2. Das Geschäftsbesorgungsmodell

Dieses Modell wird – gemäß den beigefügten Länderberichten - z.B. in Japan und in den islamischen Staaten wie auch von Versicherungsvereinen praktiziert.

Im Jahre 1974 sollte ein Kfz-Haftpflichtversicherungstarif nach dem Geschäftsbesorgungsmodell in dem US-Staat South Carolina eingeführt werden (Full Insurance Availability, Report of the Federal Insurance Administration, September 1974):

„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 the legislature.”

Ein Hinweis auf mögliche Ursachen für das Scheitern von Versicherungsgesetzen in der Gesetzgebung ist das Statement des *US-Senators Metzbaum* in einem Senats-Hearing über die Kfz-Versicherungstarife:

„As a young man in the Ohio legislature, I attempted to put teeth in 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 made the regulations. They do what the industry tells them to do.”

Das Geschäftsbesorgungsmodell sollte auch im Jahre 1997 in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt werden (BT-Drucksache 13/8163 vom 02.07.97, Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsgesetzes). Über den Gesetzentwurf wurde aber wegen des Regierungswechsels im Jahre 1998 nicht mehr entschieden.

3 BAV-Pressmitteilung vom 12. Januar 2001: „Dem BAV sind verstärkt Beschwerden von Versicherungsnehmern aufgefallen, denen im Zusammenhang mit dem Abschluß einer Kfz-Haftpflichtversicherung jeweils eine Unfallversicherung oder eine Lebensversicherung angeboten und verkauft wurden. In diesem Zusammenhang wurde z.T. eine günstigere Einstufung in der Schadenfreiheitsrabatt-Tabelle versprochen.“

a) Kurzdarstellung

Dieses Modell geht davon aus, dass Tarifgestaltung keine unternehmerische "Preisgestaltung" ist, sondern nur die Beitragsumverteilung im Versicherungsbereich betrifft, der mit Markt, Wettbewerb und Produktionsleistungen der Versicherungsunternehmen und damit auch mit deren wirtschaftlicher Betätigungsfreiheit nichts zu tun hat. Die Tarifgestaltung ist nach dem Geschäftsbesorgungsmodell eine Dienstleistung der Unternehmen, die diese im Interesse der Versicherten ausführen, indem sie deren Beitragsbedarf errechnen und nach versicherungstechnisch ermittelten Tarifmerkmalen - soweit möglich - risikogerecht auf die Versicherten verteilen. Versicherung wird nach dieser Meinung als eine Handlung der Versicherten angesehen, nämlich als Bereitstellung von Geld zur Beseitigung finanzieller Risiken. Betätigungsfeld und Gewinnbereich der Unternehmen sind nur Dienstleistungen, die sie für die Herstellung der Versicherung durch die Versicherten erbringen (wie Banken den Giroverkehr organisieren und Überweisungsaufträge ausführen, aber nicht – als Dienstleistung - die Rechnungen der Kunden bezahlen). Statt einer Prämie zahlen die Versicherten

- einen Versicherungsbeitrag (der später für die Zahlung von Versicherungsleistungen verwendet wird) und
- einen Preis für die Dienstleistungen (die Versicherungsdienstleistungsunternehmen für die Kalkulation, den Einzug und die Umverteilung der Beiträge in Form von Versicherungsleistungen erbringen).

Als Umsatz werden nicht die Beitragseinnahmen angesehen und verbucht, sondern nur die Preise für die Unternehmensdienstleistungen. Versicherungsleistungen sind im Rahmen der Versicherungsbesorgung keine Kosten, sondern sie bestehen nur aus umverteilten Beiträgen der Versicherten, die als Sondervermögen treuhänderisch verwaltet werden. Beitragsüberschüsse, die regelmäßig durch die in die Beiträge einkalkulierten Sicherheitszuschäge entstehen, sind keine Unternehmensgewinne. Demzufolge besteht kein (Gewinn)Interesse der Versicherungsdienstleistungsunternehmen an den Überschüssen aus dem Versicherungsbereich. So wird in Japan die Kfz-Pflichtversicherung nach der „No-Loss-No-Profit-Rule“ betrieben und die Beiträge im Interesse der Versicherten von der Automobile Insurance Rating Organisation of Japan (AIRO) festgelegt. In den islamischen Staaten wird Versicherung als Glücksspiel angesehen und dementsprechend ist die Erzielung von Gewinnen unzulässig. Nach islamischen Recht ist nur die genossenschaftliche Versicherung zulässig, bei der das Versicherungsunternehmen (nur) ein Geschäftsführer ist, der die Beiträge in einem Solidaritäts-/Versicherungsfonds im Interesse der Versicherten verwaltet. Die Versicherungsbeiträge und Tarife sind durch eine Verordnung des Wirtschaftsministers vorgegeben.

Die Kalkulation der Versicherungsbeiträge und die Gestaltung der Tarife – wie auch die Auszahlungen für Versicherungsleistungen – sind nur Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen, die diese im Auftrag und im Interesse ihrer Auftraggeber (der Versicherten) als geschuldete Leistungen zu erfüllen haben. Versicherung (als Bereitstellung von Geld für Versicherungsleistungen) ist danach keine unternehmerische Leistung, kein Produkt und keine Dienstleistung. Dienstleistungen sind nur die Aktivitäten der Versicherungsunterneh-

men für den Geldbereitstellungs- und Umverteilungsvorgang - wie das Bezahlen von Rechnungen per Überweisung keine unternehmerische Leistung, kein Produkt und keine Dienstleistung der Bank ist.

Der Gewinnbereich von Unternehmen, die Versicherung im Rahmen einer Geschäftsbesorgung anbieten, sind nur ihre Dienstleistungen. Die Unternehmen können ihre Gewinne also nur bestimmen durch die Art und Weise, wie sie ihre Arbeiten (!) für die Organisation der Versichertengemeinschaft - z.B. die Arbeiten an der Prämienkalkulation und Tarifgestaltung, für den Einzug, die Umverteilung und Anlage der Beiträge - erledigen.

b) Praktische Auswirkungen der Tarifgestaltung im Sinne der Versicherungsbesorgung

Die praktischen Auswirkungen der Tarifgestaltung nach dem Geschäftsbesorgungsmodell können nur festgestellt werden für Länder, wo dieses Modell und die Tarifgestaltung – zumindest für die Kfz-Haftpflichtversicherung – gesetzlich vorgeschrieben ist. In anderen Ländern (mit Tariffreiheit) verhindert die Selektion aus den oben beschriebenen Gründen die Umsetzung dieses Modells mit einer Tarifgestaltung im Interesse der Versicherten. Auch Versicherungsvereine, die im Stile des Geschäftsbesorgungsmodells ohne Gewinnstreben arbeiten, müssen die gewinnorientierte Tarifgestaltung mit allen Selektionsmerkmalen übernehmen, wenn sie Kunden gewinnen bzw. nicht verlieren wollen (wobei paradox ist, dass es Versicherungsvereine waren, die durch ihre regionale und berufsständische Ausrichtung – mehr oder weniger zufällig oder unbeabsichtigt – eine Art Selektion regionaler und berufsständischer Fahrzeughaltergruppen mit geringerem Schadenaufwand – wie z.B. in ländlichen Gegenden oder Angehörige des öffentlichen Dienstes - ausgelöst und die Aktiengesellschaften zur Einführung der Gruppenselektionsmerkmale „Region“ und „Beruf“ gezwungen haben).

Das Geschäftsbesorgungsmodell, bei dem die Erzielung von Gewinnen aus dem Versicherungsbereich ausgeschlossen ist, funktioniert also nur in Ländern mit einheitlichen gesetzlichen Regelungen für alle Versicherungsunternehmen hinsichtlich der Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung.

Die Selektion von Fahrzeugaltergruppen – für Versicherungsdienstleistungsunternehmen, die keine Gewinne aus dem Versicherungsbereich erzielen, ohnehin sinnlos - ist dadurch unmöglich gemacht.

Die staatlicherseits vorgeschriebene Beitragsklassenbildung erfordert deshalb nur wenige Tarifmerkmale, die in der Regel wenigstens einen mittelbaren Bezug zur Möglichkeit der Verursachung eines Kfz-Haftpflichtschadens haben. So gibt es in Japan und den islamischen Staaten z.B. nur wenige (etwa 20 bis 30) Fahrzeug- und Regionalklassen ohne Bonus/Malus-Systeme. Es gibt einheitliche Beiträge für einheitliche Beitragsklassen mit sehr viel geringeren Spreizungen als in Ländern mit Tariffreiheit.

Durch die Vorgabe der Tarifmerkmale und die Verwaltung der Versicherungsbeiträge in Fonds oder Pools und die „No-Loss-No-Profit-Rule“ erhält jeder Pflichtversicherte problemlos Versicherungsschutz, da die Versicherungsdienstleistungsunternehmen kein Gewinninteresse am Schadenverlauf des einzelnen oder von Versichertengruppen haben.

II. Vergleich beider Versicherungs- und Tarifierungsmodelle mit allgemeingültigen Theorien zu Versicherung, Produktion, Wettbewerb und zur Versicherungstechnik (versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip)

Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass die Entscheidung der Frage, ob Tarife oder Tarifstrukturen national oder paneuropäisch vorgegeben werden dürfen, für das Geschäftsbesorgungsmodell wesentlich leichter zu rechtfertigen und mit einem Ja zu beantworten ist als für das Prämienversicherungsmodell.

Für die Entscheidung über Eingriffe in die Tarifgestaltung kommt es also wesentlich auf die komplette Beurteilung der beiden Modelle mit ihren völlig unterschiedlichen Grundlagen und damit auf folgende Fragen an:

1. Was ist überhaupt „*Versicherung*“ ?
2. Ist Versicherung das *Produkt* oder die *Dienstleistung* eines Unternehmens oder nur die - nichts produzierende - Bereitstellung von Geld durch die Versicherten für eine - nichts produzierende - „Einkommensumverteilung“ innerhalb einer Versichertengemeinschaft ? - Betrifft die Tarifgestaltung überhaupt „*Preise für Unternehmensdienstleistungen*“ oder nur die reinen Versicherungsbeiträge, die von den Versicherten - dem jeweiligen (individuellen) Risiko entsprechend - bereitzustellen und von einem Dienstleistungsunternehmen zu verteilen sind ?
3. Können Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen den Gesamtaufwand an (reinen) Versicherungsbeiträgen und Versicherungsleistungen für eine Pflichtversichertengemeinschaft durch *Wettbewerb* - also durch Maßnahmen in ihrem Produktions-/Dienstleistungsbereich - beeinflussen ?
4. Entspricht es der allgemeinen *Versicherungstechnik der Tarifgestaltung*, insbesondere dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip und - bei einer Pflichtversicherung - dem Gleichheitssatz der Verfassung, dass bei der Beitragsklassenbildung der Schadenaufwand einer Gruppe von Fahrzeughaltern gleichmäßig auf alle Versicherten verteilt wird, ohne Unterschiede in deren individuellem Risiko zu berücksichtigen ?

Zur Klärung dieser Fragen werden die beiden Modelle nachfolgend miteinander verglichen und ihre Übereinstimmung mit Produktions- und Wettbewerbstheorien und mit der allgemeinen Versicherungstechnik für die Tarifgestaltung untersucht.

1. Was ist Versicherung im Sinne der beiden Modelle ?

Um diese Darstellung nicht zu überfrachten, wurde zu dieser Frage im Anhang unter dem Titel „Ökonomische Aspekte zum Wesen der Versicherung und der Rechtsnatur des Versicherungsvertrages“ eine Zusammenfassung von Meinungen und Zitaten beigefügt.

Es gibt – weltweit – keine allgemeingültige Definition für „Versicherung“ in dem hier behandelten Sinne, sondern eine Vielzahl an Versicherungsbegriffen, die Versicherung jeweils so definieren, wie es zur Erklärung eines bestimmten Sachverhaltes gebraucht wird.⁴

a) Das Wesen der Versicherung im Sinne der Prämienversicherung

Die Prämienversicherer müssen Versicherung so definieren, dass die Definition die Praxis erklärt und eine Berechtigung dafür liefert, die Prämienüberschüsse als Gewinne zu vereinnahmen. Sie sehen Versicherung als ein von ihnen hergestelltes Produkt an, das in der Übernahme und dem Tragen von Risiken (gegen Entgelt) bestehen soll.

Die Prämienversicherer definieren Versicherung - als ihre Leistung - wie folgt:

„Versicherung ist Deckung eines im einzelnen ungewissen, insgesamt geschätzten Mittelbedarfs auf der Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv.“⁵

Diese unklare Definition lässt offen, *wer* den „Mittelbedarf“ deckt. Da üblicherweise Produzenten den Bedarf der Verbraucher decken, suggeriert diese Definition, dass der Bedarf an Geld für Versicherungsleistungen von den Prämienversicherern gedeckt wird.

b) Das Wesen der Versicherung im Sinne des Geschäftsbesorgungsmodells

Das Geschäftsbesorgungsmodell geht davon aus, dass Versicherung eine Leistung der Versicherten ist und definiert Versicherung dementsprechend wie folgt:

Versicherung ist die *Beseitigung* finanzieller Risiken durch die *gemeinschaftliche* Bereitstellung einer nach dem Gesetz der Großen Zahl schätzbaren Geldsumme für einen Ausgleich der finanziellen Verluste einzelner Mitglieder der Gemeinschaft.

Diese Definition deckt sich mit der von Alfred Manes, der in seiner Dissertation „Insurance, Principles and History“⁶ das Wesen der „Versicherung“ wie folgt definiert hat:

„The essence of insurance lies in the *elimination* of the uncertain risk of loss for the individual through the combination of a large number similarly exposed *individuals who each contribute to a common fund* of premium payments sufficient to make good the loss caused any one individual.“

4 Für Deutschland *H. D. Meyer*, ZRP 1990, 424; *ders.* in: VersWissStud Bd. 6, 1997, S. 69 ff. m.w.N.; *Farny* in: Handwörterbuch der Versicherung (HdV), 1988, S. 867; *Pohlhausen*, Vom Wesen des Versicherungswesens und vom Klimawechsel in der Versicherungswissenschaft, in: Neue Wege des Versicherungsmanagements, in: Festschrift für Günter Schmidt, Karlsruhe 1997; - Für die Schweiz: *Alfred Maurer*, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 212. - Für Österreich: *Martin Schauer*, Das österreichische Versicherungsvertragsrecht, 3. Aufl., Wien 1995, S. 43. - Für Frankreich: *Yvonne Lambert-Faivre*, Droit des assurances, 9. ed., Paris 1991, S. 186, Rdnr. 211. Für Spanien: *Fernando Sanchez Calero*, in: Comentarios al Código de Comercio, Tomo XXIV, Ley de Contrato de Seguros, Vol. 1-3, Madrid 1990, Art. 1, S. 24).

5 *Farny* in: Handwörterbuch der Versicherung (HdV), 1988, S. 870.

6 *Manes* in: Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 8, 1935, Seite 95.

c) Prüfung der beiden Versicherungs-Definitionen auf ihre Übereinstimmung mit allgemeinen Versicherungstheorien

Es gibt keine allgemeingültigen Theorien der Versicherung, anhand derer man die unterschiedlichen Definitionen auf ihre Richtigkeit hin überprüfen könnte.

Die Definition der Prämienversicherer erklärt - unter dem Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit⁷ - nur deren Praxis, bemüht sich aber nicht um eine genetische Untersuchungsmethode und hält sich vor allem nicht an die Eigenart von Versicherung, dass diese etwas „sichern“ oder „sicher machen“ muss. Bei der Prämienversicherung besteht nach der Risikoübernahme weiterhin ein - mit Versicherung unvereinbares - Risiko, das angeblich die Unternehmen tragen, wofür sie die Prämie als Preis verlangen und die Prämienüberschüsse als Gewinne beanspruchen.

Dann stellt sich aber die Frage, wie sicher die Prämienversicherung in dem Fall ist, dass das aus den Prämien gebildete Vermögen für die Versicherungsleistungen nicht ausreicht und das von den Aktionären tatsächlich eingezahlte Kapital dieses Vermögen nur geringfügig (in der Regel um etwa 0,5 Prozent) erhöht. – Wie sicher ist die Versicherung, wenn alle gemeldeten Schäden das Gesamtvermögen um 1 oder 5 oder 10 Prozent übersteigen? - Viele Versicherte würden in diesen Fällen keinen Schadenausgleich erhalten. Die Antwort der Prämienversicherer, Sicherheitszuschläge und die Mit- und Rückversicherung würden diese Gefahr mindern oder beseitigen, wäre für sie selbstzerstörerisch; denn „Versicherung“ und „Gewinnberechtigung wegen Risikotragung“ stehen in einem unlöslichen Widerspruch: Wenn Versicherung sicher sein soll, gibt es kein Risiko und damit auch keine Gewinnberechtigung für riskiertes Eigenkapital (das zudem in aller Regel aus Prämienüberschüssen besteht, die in sog. „Eigenmittel“ umgewandelt wurden).⁸ Versicherung und ein – wie und wo auch immer - weiter bestehendes Risiko sind nicht miteinander vereinbar.

Die Vertreter der Geschäftsbesorgungstheorie sehen bei ihrer genetischen Untersuchungsmethode⁹ dagegen Versicherung als Leistung der Versicherten an, die durch entsprechend (über)kalkulierte Beiträge die „sichere“ Beseitigung finanzieller Risiken herbeiführen. Danach ist also schon die Geldbereitstellung „Versicherung“, der eine Geldumverteilung nachfolgt, die von Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen im Rahmen einer Geschäftsbesorgung (Dienstleistung) bewerkstelligt wird. Diese Auffassung wird durch zahlreiche Wissenschaftler und die Behandlung von Versicherungsunternehmen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen aller Länder dieser Welt bestätigt:¹⁰

7 Pohlhausen, a.a.O. Seite 106, kritisiert - mit Recht - Autoren, die auf diese Art Begriffe erarbeiten. Es geht dann nicht um Wahrheit, sondern um angemessene Problemlösungen im Rahmen geltender Dogmatik.

8 Im übrigen führt die Risikotragung als „Leistung“ und Gewinnberechtigung bei der Prämienversicherung zu dem kuriosen Ergebnis, dass die Unternehmen, die das geringste Risiko übernehmen (also am wenigsten leisten), die höchsten Gewinne aus den überkalkulierten Prämien machen.

9 Savigny fordert in seiner berühmten Programmschrift „Über den Beruf ...“ (Vom Beruf unserer Zeit für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft, 1814, Nachdruck der 2. Aufl., Hildesheim 1967, S. 117 f.), „jeden gegebenen Stoff bis zu seiner Wurzel zu verfolgen, und so sein organisches Prinzip zu entdecken.“

10 Veröffentlichung des *Statistischen Bundesamtes*, Die Versicherungsunternehmen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, Wirtschaft und Statistik, 1970, Heft 7, 331-337; vgl.

„Wegen der besonderen Bedeutung, die den **Versicherungsunternehmen** bei der **Umverteilung von Einkommen** und Vermögen und als Kapitalgeber zukommt, ist seit langem ein getrennter Nachweis dieses Sektors in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) vorgesehen. Das Statistische Bundesamt hat so weit wie möglich die **international empfohlenen Definitionen und Abgrenzungen** übernommen.

Die wichtigsten und typischen Einnahmen und Aufwendungen der Versicherungsunternehmen sind die Beitragseinnahmen und die Leistungen aus Versicherungsverträgen. In den VGR, speziell bei der Berechnung der Produktionsleistung der Versicherungsunternehmen sowie ihres Anteils an der Einkommensverteilung, -umverteilung und Geldkapitalbildung, bieten gerade diese Transaktionen besondere Schwierigkeiten. Sie beruhen bei den Beitragseinnahmen darauf, daß diese nicht nur Entgelt für die Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen sind, sondern im Normalfall gleichzeitig auch den individuellen Beitrag der Versicherungsnehmer zur Deckung von Schäden und - im Falle der Lebensversicherung - auch Sparleistungen (Kapitalansammlungsanteile) enthalten, die das Versicherungsunternehmen bis zum Eintritt der Fälligkeit verwaltet und bezüglich derer es die Funktion eines Kapitalanlageunternehmens ausübt. **Der Dienstleistungsanteil ist das eigentliche Entgelt für die Dienstleistung der Versicherungsunternehmen** und geht als solches in die Berechnung des Bruttowerts der Produktionsleistung der Versicherungsunternehmen ein. Der **Risikoanteil** dient der Deckung der anfallenden Schaden- bzw. Versicherungsfälle und stellt ein **Element der Umverteilung** dar.“

Die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen aller Länder dieser Erde kennen also keine „Versicherung“ in Form eines Produktes „Risikoübernahme“ oder „Risikotragung“.

2. Produktionsvorgänge bei den beiden Versicherungs-Modellen

Für die Frage nach möglichen Vorgaben für Tarife im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung ist es entscheidend, den wahren ökonomischen Kern des Versicherungsvertrages zu bestimmen. (Es wird noch einmal darauf hingewiesen, dass zur weiterführenden Information im Anhang unter dem Titel „Ökonomische Aspekte ...“ eine Zusammenfassung von Meinungen und Zitaten beigefügt ist.)

a) Produktionsvorgänge bei der Prämienversicherung

Die Prämienversicherer und ihre Wissenschaftler versuchen, die allgemeine betriebswirtschaftliche Produktionstheorie auf die „Produktion von Versicherung“ zu übertragen, und haben ein - praxis- und systemorientiertes - Konzept

H. D. Meyer in VersWissStud Bd. 2, S. 203, 206 ff. m.w.N.; ders. in VersWissStud Bd. 6, S. 69 ff):

„Versicherungsproduktion“ entwickelt. Durch den Einsatz und die Kombination von Produktionsfaktoren (insbesondere Geld für Versicherungsleistungen) soll das Produkt „Versicherung“ entstehen. Versicherungsabschlüsse sollen der „Absatz“, die Prämien „Preise“ und „Umsatz“ sein und die Versicherungsleistungen „Kosten“. Nach dieser Produktionstheorie sind die ständig anfallenden Prämienüberschüsse Unternehmensvermögen bzw. „Unternehmensgewinne“.

Unklar ist bis heute, ob es sich bei der „Versicherungsproduktion“ um die Herstellung eines Produktes („unsichtbare Ware“) oder um die Erbringung einer Dienstleistung handeln soll.

b) Produktionsvorgänge beim Geschäftsbesorgungsmodell

Das Geschäftsbesorgungsmodell geht von einer genetischen Untersuchung aus, die zu dem „ökonomischen“ Ergebnis führt, dass Versicherung kein Produktionsvorgang, sondern nur eine nichts produzierende Geldbereitstellung und -umverteilung ist. Danach gibt es zwei unterschiedliche Bereiche, die zu trennen sind:

- den Versicherungsbereich, der die Geldbereitstellung, Tarifgestaltung und Geldumverteilung betrifft, also keinen Mehrwert schafft und damit mit Produktion nichts zu tun hat, und
- den Dienstleistungsbereich, in dem Versicherungsdienstleistungsunternehmen ihre Dienstleistungen gegen Zahlung eines Preises anbieten und erbringen - wie z.B. die Organisation der Versichertengemeinschaft, Dienstleistungen bei der Beitragskalkulation und Tarifgestaltung sowie den Einzug, die Umverteilung und Anlage der Beiträge.

Für die Bereitstellung von Geld zur Beseitigung finanzieller Risiken werden durch den „Versicherungsbesorger“ Versichertengemeinschaften gebildet und die Versicherungsbeiträge nach dem Gesetz der Großen Zahl (mit Sicherheitszuschlägen) berechnet, so dass das gesamte Beitragsaufkommen und die aus den Beitragsüberschüssen gebildeten Rückstellungen und Reserven selbst bei extremem Schadenanfall für die erforderlichen Versicherungsleistungen ausreichen.

Die Versicherungsbesorgung entspricht genau der Art und Weise, wie Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen aller Länder behandelt werden. Die Versicherungsbeiträge, ihre Überschüsse und Erträge werden als Sondervermögen der Versicherten von den Unternehmen treuhänderisch verwaltet, die über die Preise und Qualität ihrer Dienstleistungen einen Wettbewerb führen und ihre Gewinne erwirtschaften können.

c) Prüfung der Produktionsvorgänge der Modelle auf ihre Übereinstimmung mit allgemeinen Produktionstheorien

Es gibt Produkte im weiteren und engeren Sinne. Dienstleistungen sind ein Produkt im weiteren Sinne, Waren sind Produkte im engeren Sinne. Produkte entstehen durch die Kombination von sog. Produktionsfaktoren, die sich ein Produktionsbetrieb beschafft (Personal, Material, Betriebseinrichtung usw.).

Produkte im engeren Sinne unterscheiden sich von Dienstleistungen (als Produkte im weiteren Sinne) dadurch, dass die Produktionsfaktoren - in der Regel durch Beschaffung - im Eigentum des Produzenten stehen, während es

bei Dienstleistungen sogenannte Objektfaktoren bzw. Bezugsobjekte gibt, die als Medium für einen Dienst zur Verfügung gestellt werden und immer im Eigentum eines Dritten verbleiben müssen (Hemden in der Reinigung, Briefe bei der Post) oder die zumindest - im Sinne des verfassungsrechtlichen Eigentumsbegriffs - im vermögensrechtlichen Eigentum eines Dritten verbleiben müssen (wie das Geld oder Guthaben bei der Bank)¹¹, weil sonst keine Dienstleistung an ihnen für einen Dritten erbracht werden kann.

aa) Prämienversicherer sind keine Produktionsbetriebe

Eine entsprechende Analyse des Versicherungsvorgangs ergibt, dass Prämienversicherer keine Produktionsbetriebe im engeren Sinne sein können.

Versicherung ist Deckung eines Geldbedarfs zur Beseitigung finanzieller Risiken innerhalb einer Gemeinschaft. Insoweit decken sich sogar die obigen Definitionen der Prämienversicherung und der Versicherungsbesorgung. Es gibt aber einen wesentlichen Unterschied dadurch, dass die Definition der Versicherungsbesorgung deutlich macht, dass das Geld *gemeinschaftlich* von den Versicherten bereitgestellt wird. Dagegen können die Prämienversicherer nicht erklären, woher das Geld kommt, mit dem sie angeblich den „Mittelbedarf“ für einen von ihnen produzierten „Risikoausgleich im Kollektiv“ decken. Geld kann nicht produziert werden. Es gibt keine leistungswirtschaftlich erbrachte Leistung, die in einem Produkt „Geld“ besteht.

Das Geld für einen Risikoausgleich im Kollektiv wird von den Prämienversicherern auch nicht beschafft, weil die Prämien als „Preise“ vereinnahmt werden.

Versicherungsleistungen kommen nicht durch die Verarbeitung von (eigenem) Geld oder dessen Verbindung mit anderen Produktionsfaktoren zustande. Schadenzahlungen führen also nicht zu Kosten (Güterverzehr) bei den Versicherungsunternehmen, sondern sind - wie die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung zeigt - eine nichts produzierende Einkommensumverteilung.

bb) Prämienversicherer sind keine Dienstleistungsbetriebe

Prämienversicherer können auch keine Dienstleistungen erbringen, weil es bei der Kombination von Produktionsfaktoren an der wesentlichen Voraussetzung fehlt, dass sie ihren Dienst an einem Medium, an einem externen Objektfaktor oder Bezugsobjekt, vornehmen müssen, der im Eigentum eines Dritten steht. Die Prämienversicherer kassieren zwar das Geld der Versicherten und verteilen dieses um. Da sie die Prämien aber als Preise ansehen, die angeblich in ihr uneingeschränktes Eigentum übergehen,¹² die Prämien also nicht

11 *Krycha* in: Kleines Betriebswirtschaftslehre-Lexikon, 2. Aufl., 1986, S. 63 und 157: „Die Objektfaktoren stellen nach *Werner Kern* spezielle, für die Produktion benötigte Produktionsfaktoren dar, die zwar zu keinem Güterverzehr und damit auch nicht zu Kosten führen, jedoch die Einsatzstruktur der anderen Faktoren und die Ausbringungsstruktur der Produkte determinieren. Die Objektfaktoren in Sachleistungs- und Dienstleistungsbetrieben haben gemeinsam, daß sie im Eigentum eines Dritten verbleiben.“

12 Diese Annahme steht im Gegensatz zu der Art und Weise, wie die Prämieinnahmen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen aller Länder behandelt werden. Nach international empfohlenen Definitionen (siehe oben Seiten 15 f.) werden die Risiko- und Kapitalansammlungsanteile der Prämieinnahmen wie auch deren Vermögenserträge als „Einlagen“ der

einmal mehr vermögensrechtlich Eigentum der Versicherten bleiben, gibt es für eine Versicherungsdienstleistungsproduktion nicht den erforderlichen Objektfaktor, weil die Versicherungsunternehmen den intern kalkulierten Dienstleistungspreis mit dem ihnen überlassenen Objektfaktor ihrer Dienstleistung (also Geld mit Geld) vermengen.

Ein Prämienversicherer wird erst dann zu einem Dienstleistungsunternehmen, wenn er die Versicherungsprämie aufteilt

- in einen Dienstleistungspreis, der als „Umsatz“ für die betriebstypische „Dienstleistung an fremdem Geld“ verbucht wird, und
- in den reinen Versicherungsbeitrag, der als Objektfaktor der Dienstleistung erfolgsneutral als treuhänderisch zu verwaltendes Sondervermögen zu verbuchen ist.¹³

An dieser Stelle kann also schon festgestellt werden: Wenn die Prämie und insbesondere der in ihr verborgene reine Risikoanteil kein Preis bzw. kein Preisbestandteil sind, dann haben Tarife, die eine Verteilung des Beitragsbedarfs einer Versichertengemeinschaft regeln, nichts mit der Kalkulation von Preisen zu tun. Dadurch ist das Argument unhaltbar, ein Eingriff in die Prämiengestaltung sei ein Eingriff in die Preisgestaltung. - Wenn die Tarifgestaltung nur als Dienstleistung (im Auftrag der Versicherten) zu erbringen ist, dann sind Vorgaben, die den Interessen der Versicherten entsprechen - wie Weisungen eines Auftraggebers -, kein Eingriff in die unternehmerische Freiheit des Dienstleistungsunternehmens, weil sie nicht den eigentlichen Dienstleistungsbereich betreffen.

cc) Prämienversicherer betreiben ein (aleatorisches) Ausgleichsgeschäft

Bei genauerer Analyse ist zu den Vorstellungen über die Prämienversicherung eine große Konfusion festzustellen. Die Prämienversicherung wird durch ihre nunmehr hundertjährige Existenz, durch die staatliche Versicherungsaufsicht, durch die Gesetzgebung, Richtlinien, Gerichte und Wissenschaft quasi anerkannt und sogar als ein dem Wettbewerb zugänglicher Austauschvertrag „Prämie gegen Risikotragung“ angesehen, wobei fast alle Welt von der Vorstellung ausgeht, dass die Prämienversicherer durch die Risikoübernahme und Risikotragung den Versicherungsschutz bzw. „Versicherung“ produzieren und gegen die Prämie als Preis „verkaufen“.

Dabei gibt es über mehrere eigentlich unvereinbare Sachverhalte eine erstaunliche Einigkeit aller Verantwortlichen, die die Widersprüchlichkeit der Sachverhalte bis heute nicht erkannt haben, von denen im Folgenden nur vier

Versicherungsnehmer angesehen und die Versicherten („privaten Haushalte“) als deren Eigentümer im verfassungsrechtlichen Sinne („Gläubiger“).

13 Siehe Anlage „Ökonomische Aspekte ...“; als einziges deutsches Gericht hat das *OLG Nürnberg* eine Entscheidung zum Versicherungsvertrag getroffen (Verbraucher und Recht, VuR 5/91 S. 274 ff.) und diesen als „Kombinationsvertrag“ bezeichnet, der aus einem „Treuhandvertrag“ (Versicherung) und einem „Geschäftsbesorgungsvertrag i. S. des § 675 BGB“ besteht: „Die Prämie ist ... vertragsrechtlich als Solidarleistung der Versichertengemeinschaft einzuordnen, die ... im Interesse der Versicherten zu verwalten, auf die entstandenen Versicherungsfälle zu verteilen und im übrigen zurückzuvorgüten ist. Nur die von der Versicherung in ihren Prämien einkalkulierten Verwaltungskosten stellen ein echtes Entgelt der Versicherungsnehmer für die ihnen insoweit erbrachten Dienstleistungen dar.“ - Der BGH hat die Frage nach der Rechtsnatur des Versicherungsvertrages offen gelassen (VersR 1982, 482, 483) und im Jahre 1994 gemeint (VersR 1995, 77, 78): „Einer Entscheidung dieser Frage bedarf es auch hier nicht.“

dargestellt werden.

So ist in einem Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft zu lesen:

„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 bestätigt auch *Plath* in einem Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft:¹⁴

„Die Kalkulation muß von dem Schadenbedarf als Grundfaktor ausgehen. Dieser ist *dem Wettbewerb überhaupt unzugänglich*.“

Der Präsident des für die Kfz-Versicherungen zuständigen HUK-Verbandes, *Sievers*, hat im Jahre 1979 den Bereich in der Kfz-Haftpflichtversicherung, auf den sich die *unternehmensbezogenen Prämienbestandteile* (Dienstleistungsanteile) beziehen, als äußerst klein beschrieben:¹⁵

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

Auch die EU-Kommission hat bei dem Erlass der Gruppenfreistellungsverordnung (3932/92/EWG) erkannt, dass es bei „Versicherung“ externe Umstände gibt, die - so die deutsche Übersetzung - „außerhalb des Einflussbereichs der Unternehmen liegen“. Im Erwägungsgrund 6 der Gruppenfreistellungsverordnung - die für sich allein schon ein Beweis dafür ist, dass „Versicherung“ etwas anderes als ein leistungswirtschaftlich hergestelltes Produkt ist - heißt es ausdrücklich:

„Gemeinsame Studien über die *wahrscheinlichen Auswirkungen von außerhalb des Einflussbereichs der beteiligten Unternehmen liegenden Umständen*, die sich auf die Häufigkeit oder das Ausmaß von Schäden ... beziehen, sollten ebenfalls ermöglicht werden.“

Kollhosser kommentiert diesen Erwägungsgrund wie folgt:¹⁶

„Die Zusammenarbeit der Versicherer bei der Berechnung der Nettoprämie wird von der Kommission ausdrücklich als positiv bewertet Die *unternehmensbezogenen Prämienbestandteile* dagegen sollen als *wettbewerbsrelevante Merkmale* keiner Absprache zugänglich sein.“

Danach gibt es - nach einhelliger Meinung - bei der Prämienversicherung zwei Bereiche:

- einen *unternehmensindividuellen* Bereich (in der Kfz-Versicherung mit einer *Spanne von etwa 15 %* der Prämieinnahme), in dem die Unternehmen *eine Verteilerfunktion mit preisbeeinflussender Tätigkeit* ausüben im Austausch gegen *unternehmensbezogene Prämienbestandteile*, die *dem Wettbewerb zugänglich* sind (Anmerkung: wenn sie als Preise angegeben wür-

14 Geschäftsbericht des GDV 1965/66, S. 15.

15 VW 1979, 1360.

16 *Kollhosser* in: Prölss, VAG, 11. Aufl., Anhang II zu § 81, Rdnr. 41, S. 971)

- den),
- einen Bereich mit *außerhalb des Einflussbereichs der Unternehmen liegenden Umständen* (in der Kfz-Versicherung mit einer *Spanne von etwa 85 %* der Prämieinnahme), in dem alle Versicherungsunternehmen - nur - eine *Verteilerfunktion ohne preisbeeinflussende Tätigkeit* ausüben und der dem *Wettbewerb überhaupt unzugänglich* ist.

Die Verantwortlichen haben bis heute nicht erkannt, dass ein unlösbarer Widerspruch besteht zwischen ihrer Meinung, die Prämienversicherung sei ein Produkt oder eine Dienstleistung der Prämienversicherer und die Prämie sei dafür ein Preis, und ihrer eigenen Feststellung, dass ein großer Bereich der Prämienversicherung von den Prämienversicherer wirtschaftlich durch Preise oder Wettbewerb nicht zu beeinflussen ist.

Ein zweiter Widerspruch zu der „Prämie=Preis-Theorie“ ergibt sich aus der Einigkeit aller Verantwortlichen darüber, dass „die Mittel für die Versicherungsleistung (sc. Zahlung im Versicherungsfall) bei jedweder Form der Versicherung durch die Versicherten aufgebracht werden“ müssen¹⁷. - Wie soll das in Form von Preisen geschehen ?

Ein dritter Widerspruch ergibt sich aus der Einigkeit aller Verantwortlichen darüber, dass die Versicherungsprämie ein Preis sein soll, dass aber die Überschüsse aus dem Versicherungsbereich keine unternehmerischen Gewinne sind.¹⁸ - Welcher Anbieter von Waren und Dienstleistungen muss Überschüsse aus seinen Preisen an die Kunden zurück erstatten ?

Ein vierter Widerspruch zu der „Prämie=Preis-Theorie“ ergibt sich aus den Äußerungen vieler Verantwortlicher (die auch den vorstehend dargestellten Meinungen entsprechen), dass Prämienversicherer nur eine Organisationsdienstleistung erbringen und die Prämien der Versicherten *treuhänderisch* verwalten.¹⁹ Hier widersprechen sich selbst Wissenschaftler, die die Produktionstheorien für die Prämienversicherungen geliefert haben.

So versuchte *Farny* schon Mitte der sechziger Jahre in seiner Habilitationsschrift „Produktions- und Kostentheorie der Versicherung“ seitenlang zu begründen, daß Versicherung ein „Produkt“ und die Versicherungsprämie ein Preis sei, schrieb dann aber auf Seite 48:

„Der größte Teil der in den Versicherungsgesellschaften vorhandenen Vermögensbestände wird nur *treuhänderisch* verwaltet.“ -

17 *Dreher* (o. Fn. 45), S. 37 unter Hinweis auf *Schmidt-Rimpler*, VersR 1963, 483, 504; siehe auch die weiteren Zitate in den Anlagen.

18 *Gehrhardt* in: Grosse/Müller-Lutz/R.Schmidt, Die Versicherung (Buchausgabe des Versicherungswirtschaftlichen Studienwerks), Band 2 (1962-64), C VIII, S. 11; *Claus* in VerBAV 1980, 22 ff.; *Janotta-Simons* in VerBAV 11/85, S. 427; *Basedow*, ZVersWiss 19 92, 419, 421 f.; *Donath* AcP 93 (1993), 279, 284 f.; *Schünemann* in: NVersZ, 1999, 345; *ders.* in VersR 2000, 144; *Lehmann* in: VersWissStud Bd. 5 (1997), 19, Bd. 6, 161; *Rückle* in: VersWissStud Bd. 5, 251, Bd. 6, 171; *Bundestags-Drucksache* 9/1493, Begründung Seite 27; ebenso in *BT-Drucks.* 12/6959, Begründung Seite 84 f.; *Hans. OLG Hamburg*, VersR 1990, 475, 477; Ein Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesministerium der Finanzen hat am 14.5.1980 im Deutschen Bundestag in einer Fragestunde geantwortet: „Es ist richtig, dass Risikoüberschüsse ... keine Unternehmensgewinne im üblichen Sinne sind, soweit sie auf den ... vorsichtigen Rechnungsgrundlagen beruhen. Soweit Überschüsse andere Ursachen haben, sind sie dagegen wie in anderen Gewerbezweigen als normaler Unternehmensgewinn anzusehen.“ - Diese Aussage hat keinen praktischen Wert, weil niemand feststellen kann, welche Überschüsse „Risikoüberschüsse“ sind, und welche „andere Ursachen haben“.

19 Siehe Anlage 6 (US-Studie von *H. D. Meyer*, Seiten 29 ff.) und Anlage 7 (deutsche Studie von *H. D. Meyer*, Seiten 59 ff.)

Da muß sich jeder Jurist die Frage stellen: Wie soll „hinten“ Treuhandvermögen entstehen, wenn „vorne“ Preise eingenommen werden? - *Farny* ist aber derjenige, der für den Nachweis, daß Versicherung ein Produkt der Unternehmen und die Prämie ein Preis dafür sei, von Hunderten von Wissenschaftlern immer wieder zitiert wird.²⁰

Der Versicherungs(betriebswirtschafts)wissenschaftler *Walter Karten* vertritt die Meinung, der Verkauf von Versicherungsschutz gegen die Prämie als Preis sei nichts anderes als der „Verkauf von Kartoffeln“,²¹ wirft dann aber den Politikern mit einer erstaunlichen Begründung „Unverfrorenheit“ vor.²²

„Die Versicherungssteuer wird fälschlich auf die Gesamtprämie und nicht auf den darin enthaltenen ‚Mehrwert‘ berechnet. In volkswirtschaftlicher Betrachtung sind die *Versicherungsleistungen stochastische Transferzahlungen*, und nur die *darüber hinausgehenden Prämien sind das Äquivalent für den Produktionswert* und fließen in das Sozialprodukt ein.“

Genau diese Reduktion der Bruttoproduktion der Prämienversicherer auf die allein in das Bruttosozialprodukt übernommenen Dienstleistungsanteile hat das Statistische Bundesamt vorgenommen durch die Feststellung, dass nur die Dienstleistungsanteile der Prämien das Entgelt für die Dienstleistungen der Prämienversicherer sind.²³

Nur weil in der traditionellen Geschäftspraxis der Prämienversicherer der Versicherungs- und der Dienstleistungsbereich miteinander vermengt sind, sind alle Verantwortlichen (EU-Kommission und Gesetzgeber, der EuGH und andere Gerichte, Aufsichtsbehörden, Wissenschaftler und Journalisten) dem Irrtum verfallen, dass der Mix beider Bereiche ein - insgesamt - von den Prämienversicherern wirtschaftlich beeinflussbarer Produktionsbereich und Versicherung damit ein Produkt der Prämienversicherer sei. So werden Prämien als „Preise“ und „Umsatz“ und Schadenzahlungen als „Kosten“ angesehen, weil sie seit 100 Jahren - traditionell - so verbucht werden. Die Angabe der Bruttoprämie soll eine Preisangabe sein und der Preisangabenverordnung genügen.

Den Fehler der falschen Betrachtungsweise der Prämienversicherung liegt in unklaren gesetzlichen Regelungen, die vor etwa 100 Jahren von der Versi-

20 *M. Lehmann*, in: Die Leistungswirtschaft des Versicherungsbetriebes, in *Information und Produktion*, Festschrift für Waldemar Wittmann, S. 171, 209) führt aus, daß durch die von *Farny* vertretene Produktions- und Kostentheorie der Versicherung „Nicht-Existierendes beschrieben“ werde. *Lehmann* bezeichnet diese Theorien als „betriebswirtschaftliche Märchenwelt“; *Klaus-Thomas Krycha*, *Kleines Betriebswirtschaftslehre-Lexikon*, 2. Auflage, 1986, 170: „Die Prämie ist kein Preis oder Entgelt, wie es von der Versicherungswissenschaft und Versicherungswirtschaft fälschlich behauptet wird.“

21 *Karten* in: Festschrift für Günter Schmidt, *Neue Wege des Versicherungsmanagements* (Verlag *Versicherungswirtschaft*, Karlsruhe 1997, S. 75, 76); *Kaulbach*, Vizepräsident des deutschen Aufsichtsamtes, in: *Lebensversicherung und Geschäftsbesorgung*, Hamburger Reihe, A, Heft 94, 1998, meinte zur Vertragsstruktur eines Versicherungsvertrages, diese sei „von ähnlicher Schlichtheit wie die eines Kaufvertrages, den ich auf dem Markt über ein Kilo Äpfel abschließe.“

22 *Karten* a.a.O. S. 91.

23 Siehe oben Seite 15 und Fn. 10; vgl. hierzu auch *Lehmann* in *VersWissStud* Bd. 5, Seite 167: „Naheliegenderweise hat der Fiskus auch die Einnahmen bei den Glücksspielen als Entgelt-Einnahmen angesehen, um sie der Umsatzbesteuerung zu unterwerfen, ohne die Gewinn-Auszahlungen kürzend zu berücksichtigen. Diesem Vorgehen hat erst der *Europäische Gerichtshof* Einhalt geboten.“ - Seite 114: „Mehrfach stellt der Generalanwalt *F. G. Jacobs* fest, daß ‚Tätigkeiten wie Spiele und Wetten - und auch Versicherungen - für die Umsatzsteuern nach ihrer Struktur ungeeignet sind / für die Erhebung der Mehrwertsteuer schlecht geeignet sind‘ (*Jacobs*, *Umsatzsteuer-Rundschau* 1994, S. 180 f.).“

cherungsrechtswissenschaft geschaffen wurden, ohne dass es wesentliche ökonomisch-wissenschaftliche Vorarbeiten gab und ohne dass die Gesetzgeber nennenswert mitwirkten.²⁴ Die gesetzlichen Bestimmungen, die den Versicherten zur Prämienzahlung und das Versicherungsunternehmen zur Zahlung einer Versicherungsleistung verpflichten, haben den Versicherungsvertrag und insbesondere die sich daraus ergebenden Vermögensverhältnisse über 100 Jahre lang weitgehend ungeregelt gelassen. So spricht *Prof. Reimer Schmidt* von der Versicherung als einem „primär ökonomischen Phänomen, das noch der juristisch einwandfreien Ausformung bedarf.“²⁵ Er stellt auch richtig fest, dass „die gedankliche Funktion eines Aufbereiters der großen Fragen der Privatversicherung von den Juristen auf die ökonomischen Wissenschaften übergegangen ist, besonders auf die Betriebswirtschaftslehre.“²⁶

Die von Schmidt geforderte *ökonomische* Analyse der wirtschaftlichen Betätigung von Prämienversicherern muss davon ausgehen, dass die Prämienversicherung weder ein Produkt (im engeren Sinne) noch eine Dienstleistung ist (weil - wegen der ungeteilten Prämie - der entsprechende Objektfaktor „Geld“ fehlt, an dem die Dienstleistungen des Einzugs und der Umverteilung erbracht werden müssten).

Was ist dann - ökonomisch betrachtet - die Prämienversicherung ?

Bei der Versicherung mit einer ungeteilten Prämie handelt es sich um ein mehrpersonales Ausgleichsgeschäft, zu denen auch die Lotterie gehört.²⁷ Für diese Art Geschäfte ist ein „Dreiecksverhältnis“ kennzeichnend:

- eine rechtlich gefaßte Zusage (Spielplan einer Lotterie, Versicherungsbedingungen),
- der Zahlungsbeitrag eines jeden Beteiligten (Einsatz, Prämie),
- eine fallweise Zahlung an wenige unter zufallsbedingten Voraussetzungen (Lotteriegewinn, Versicherungsleistung).

Ausgleichsgeschäfte, deren Zweck es ist, innerhalb einer Versicherten- oder Spielergemeinschaft für wenige einen zufallsbedingten Nachteils- bzw. Vorteilsausgleich herbeizuführen, entziehen sich der Einordnung in „Leistung gegen Entgelt“.²⁸ Lotteriegewinne wie Versicherungsleistungen sind keine von den Versicherungs- oder Lotterieunternehmen produzierten, sondern nur geschuldete Leistungen (§ 763 BGB, § 1 VVG). Danach kann der Einsatz des Lotteriespielers wie auch die Prämie des Versicherten kein Entgelt (Preis) sein, weil sie nur im Hinblick auf eine *geschuldete* Zahlung gezahlt werden. Eine

24 *Reimer Schmidt*, Handwörterbuch der Versicherung (HdV), 1988, S. 1246; ähnlich äußert sich *Lehmann* (in der Anlage „Ökonomische Aspekte ...“, Seiten 12 und 36): „Der Gesetzgeber hat sich bekanntlich über den Versicherungsvertrag wenig Gedanken gemacht und ist nachfolgend unwillig, seinen Besonderheiten durch sachgerechte Regelungen Rechnung zu tragen.“

25 *Reimer Schmidt*, Versicherungswirtschaft 1982, 804

26 *Reimer Schmidt*, HdV, S. 1116.

27 Siehe vor allem *Lehmann* in der Anlage „Ökonomische Aspekte ...“ Seiten 16, 22, 31 ff.

28 *Lehmann*, Anlage 4 (Ökonomische Aspekte ...), Seite 9.

Entgeltzahlung setzt aber voraus, dass sie eine Leistung abgibt, die das *Ergebnis einer leistungswirtschaftlichen Aktivität* ist, was auf die Auszahlung der Versicherungsleistung wie auch des Lotteriegewinns nicht zutrifft.²⁹

Der Satz von *Leverenz*³⁰ - „Die Prämien sind das *Entgelt* des Versicherungsnehmers für die *Pflicht* des Versicherers, bei Eintritt des Versicherungsfalls die vertraglich zugesagten Leistungen zu erbringen.“ - zeigt in nicht zu überbietender Deutlichkeit den Fehler (fast) aller, eine Ausgleichszahlung mit einer Entgeltzahlung gleichzusetzen. In diesem Satz liegt aber gleichzeitig auch die begrifflich falsche, aber inhaltlich richtige Feststellung, dass die Prämie nur für eine zufallsbedingte (schuldrechtliche) Pflicht gezahlt wird, dass die Prämienversicherung also ein Ausgleichsgeschäft ist - die Umkehr einer Lotterie.

Bei einer Lotterie schließt der Unternehmer mit einer Mehrheit von Personen Verträge, in denen er verspricht, gegen Einsätze in Geld nach Maßgabe eines Spielplans Gewinne an die spielplanmäßigen Gewinner zu zahlen. Der spielplanmäßige Gewinn wird an Spieler gezahlt, deren Lose zufallsbedingt bei der Ausspielung gezogen werden. Unter sich stehen die Spieler in keinem Vertragsverhältnis. Die auf die nicht abgesetzten Lose entfallenden Gewinne verbleiben dem Lotterieunternehmer.³¹

Bei der Prämienversicherung schließt der Prämienversicherer mit einer Mehrheit von Personen Verträge, in denen er verspricht, gegen Prämien nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Versicherungsleistungen an die vom Versicherungsfall betroffenen Versicherten zu zahlen. Die bedingungsmäßige Versicherungsleistung wird an Versicherte gezahlt, die zufallsbedingt von einem Versicherungsfall betroffen sind. Unter sich stehen die Versicherten in keinem Vertragsverhältnis. Die Prämienüberschüsse verbleiben dem Prämienversicherer.

Das Besondere an Ausgleichsgeschäften ist auch, dass viele einen Einsatz oder eine Prämie zahlen, die meisten aber keinerlei Gegenleistung erhalten (weder eine schuldrechtliche noch eine leistungswirtschaftlich produzierte). Dieser Art Geschäft fehlt jeglicher Leistungsaustausch (*Synallagma*), was auch ein Grund dafür ist, dass Prämien und Einsätze bei Lotterien keine Preise sein können.³² Die Unternehmensgewinne aus Ausgleichsgeschäften sind - wie die Auszahlungen - in ihrer Höhe zufallsbedingt.³³

Die Prämienversicherung unterscheidet sich allerdings von der Lotterie dadurch, dass dem „Kauf der Versicherungspolice“ die Akquisition, Vermittlung

29 *Lehmann* a.a.O.

30 *Kent Leverenz* in *VersR* 1997, S. 652, 655.

31 Die Definition des Versicherungsvertrages („Versicherung ist Deckung eines im einzelnen ungewissen, insgesamt geschätzten Mittelbedarfs auf der Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv“) gleicht der des Glücksspiels: „Lotterie ist Deckung eines im einzelnen ungewissen, insgesamt geschätzten Geldbedarfs auf der Grundlage des Vorteilsausgleichs im Kollektiv.“

32 *Lehmann*, Anlage 4 (Ökonomische Aspekte ...); *Schünemann*, Anlage 3 (Wettbewerbsaspekte)

33 Man spricht davon, dass der Versicherungsbetrieb einem ganz besonderen und eigenartigen typischen Risiko ausgesetzt sein soll, das als versicherungstechnisches Gesamtrisiko bezeichnet wird. Darunter wird die Gefahr verstanden, dass die Zahl oder der Umfang der Schäden das Ausmaß überschreitet, das der Prämienberechnung zugrunde liegt. Diesem - durch Sicherheitszuschläge und Rückversicherung - beseitigten Risiko steht die „garantierte“ Chance gegenüber, die ständig anfallenden, nur der Höhe nach zufallsbedingten Prämienüberschüsse als „Gewinn“ zu vereinnahmen.

(gegebenenfalls einschließlich einer „Beratung“ des Interessenten) und eine Risikoeinschätzung vorgeschaltet und das Vertragsverhältnis langfristig angelegt ist. Diese Unterschiede ändern aber nichts an der Tatsache, dass die Prämienversicherung - wegen der fehlenden Preisangabe - kein Produkt und keine Dienstleistung, sondern ein Ausgleichsgeschäft ist.

Wenn die Prämienversicherer irgendeine Gewinnberechtigung begründen wollen, dann können sie dieses nicht mit Produktionstheorien, sondern nur, wenn sie zugeben, dass die Prämienversicherung ein Ausgleichsgeschäft ist. Doch dann müssen sich die Verantwortlichen in den Regierungen und in der EU-Kommission fragen, ob sie bei einer gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtversicherung wie der Kfz-Haftpflichtversicherung (der sich die Fahrzeughalter nicht entziehen können!) weiterhin ein „Glücksspiel mit staatlicher Gewinngarantie“ zulassen wollen.

Fazit:

Prämienversicherer sind keine Produktions- oder Dienstleistungsbetriebe, sondern betreiben aleatorische Ausgleichsgeschäfte (mit zufallsbedingten Unternehmensgewinnen), solange sie mit einer ungeteilten Prämie arbeiten.

Alle Verantwortlichen sollten weitere Untersuchungen zu den hier angesprochenen Punkten (evtl. auch zur Besteuerung von Versicherungen)³⁴ veranlassen oder vornehmen, insbesondere zu der Frage, ob im Bereich einer *Zwangsversicherung* Ausgleichsgeschäfte mit zufallsbedingten Gewinnen und entsprechender Selektion von Versicherten weiterhin zulässig sein darf. Das Ergebnis könnte sein, durch gesetzliche Bestimmungen - wie in Japan - vorzuschreiben, dass die Prämie aufzuteilen ist in einen reinen Versicherungsbeitrag und einen Preis für die Dienstleistungen der Unternehmen und Vermittler.

3. Wettbewerbstauglichkeit der beiden Versicherungs-Modelle

a) Preis-/Leistungs-Wettbewerb im Bereich der Prämienversicherung ?

Im Verlauf des vorliegenden Projektes hat sich die überwiegende Mehrheit der Beteiligten und Teilnehmer dahingehend geäußert, dass heftiger Wettbewerb im Versicherungswesen, also auch um die Prämienversicherung, herrsche. Dabei wurde fast immer nur von „Preiswettbewerb“ gesprochen, der insbesondere nach der Deregulierung und Einführung der Tariffreiheit zu einem Prämienrückgang im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung geführt haben soll. Die Tarifgestaltung und Zunahme der Tarifmerkmale durch die Selektion von immer neuen Versichertengruppen wurde als Folge des Wettbewerbs angesehen.³⁵

34 Siehe oben Fn. 23.

35 Siehe vor allem die Referate von *Steindorff* und *Claassens* in der Tagungsmappe München und die ausgedruckten Diskussionsbeiträge sowie die beigefügten Tagungsberichte München

b) Preis-/Leistungs-Wettbewerb im Bereich des Geschäftsbesorgungsmodells

Nach der Versicherungsbesorgungs-Theorie kann es um Versicherung mit ihren zufallsbedingten Leistungen keinen Wettbewerb geben. Ein Preis-/Leistungs-Wettbewerb ist danach nur um die Dienstleistungen der Versicherungsbesorger und ihrer Vermittler möglich und wird dadurch herbeigeführt, dass deren Leistungen durch die Abtrennung vom Versicherungsbereich erkennbar sind und für sie - durch die Trennung des Dienstleistungspreises vom Versicherungsbeitrag - Preise angegeben werden.

c) Prüfung der Versicherungsmodelle auf ihre Wettbewerbstauglichkeit im Sinne allgemeiner Wettbewerbstheorien

Die vom deutschen Bundeswirtschaftsminister eingesetzte Deregulierungskommission hat im März 1990 einen Bericht zum „Abbau marktwidriger Regulierungen“ vorgelegt. Sie hat dabei erkannt, „dass zwischen dem Abschluss eines Versicherungsvertrages und dem Kauf eines Konsumgutes Unterschiede bestehen“,³⁶ und festgestellt, dass kein Wettbewerb im Versicherungswesen herrscht. Die Experten bezweifeln sogar, „dass ein Wettbewerb der Versicherungsunternehmen in jedem Fall funktionsfähig auch im Sinne eines ausreichenden Verbraucherschutzes wäre.“ - Nachstehend Auszüge aus dem Bericht:

„Der Wettbewerb ist Dreh- und Angelpunkt der marktwirtschaftlichen Ordnung ... er steigert kontinuierlich die gesamtwirtschaftliche Effizienz, und er bildet zugleich eine wirksame Kontrolle wirtschaftlicher Macht. Der beste Schutz des Verbrauchers ist im allgemeinen der Wettbewerb der Anbieter um seine dauerhafte Gunst. Der Staat ... gebietet standardisierte Verträge, Mindeststandards für die Qualität von Gütern. Der Wettbewerb der Anbieter um die Nachfrager steuert die unternehmerischen Entscheidungen entsprechend den Käuferpräferenzen, realisiert insoweit Konsumentensouveränität, lenkt Arbeit und Kapital in die Produktionseinrichtungen und Produktionsverfahren, in denen sie den höchsten gesellschaftlichen Nutzen stiften, erzwingt die möglichst schnelle Anpassung des Angebots, erzeugt einen ständigen Strom an Neuerungen, verteilt die Einkommen nach der bewerteten Leistung und verhindert Einkommen, die aus Abhängigkeit des einen vom anderen entstehen können. Bei modellhaft funktionierendem Wettbewerb entspricht der Preis schließlich den Kosten der Bereitstellung eines Gutes. In einem idealisierten Marktsystem soll gelten, dass niemand der Will-

und Leuven und die Zitate in den als Anlagen 6 und 7 beigefügten deutsch / amerikanischen Studien von *Hans Dieter Meyer* zur „Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung in der Kfz-Haftpflichtversicherung“.

36 Der deutsche Gesetzgeber hat schon vor 100 Jahren erkannt, dass Versicherung etwas anderes ist als eine „beliebige, auf Erzeugung und Bereitstellung materieller Güter gerichtete freie Gewerbetätigkeit“, siehe Begründung/Motive zum Versicherungsaufsichtsgesetz, teilweise zitiert in Prölss: VAG, 10. Auflage, Vorbem. Rdnr. 37; teilweise zitiert bei Tigges, Geschichte und Entwicklung der Versicherungsaufsicht, 1985, S. 81 ff..

kür eines anderen ausgesetzt ist, dass sich Nachfrager an Veränderungen der Verhältnisse rasch anpassen können und gut informiert sind.

Leitvorstellung der Deregulierung ist es, eine Regulierung, die den Wettbewerb beschränkt oder ausschließt, *durch eine Regulierung zu ersetzen*, die den Wettbewerb nicht oder weniger behindert.“

Wer diese Beschreibung des Wettbewerbs und seiner Ziele genau durchliest und das Wesen der Versicherung (als Bereitstellung und Umverteilung von Geld) und das Besondere der Prämienversicherung (als Ausgleichsgeschäft) erkennt, wird feststellen, dass und warum Wettbewerb um Versicherung und insbesondere um die Prämienversicherung nicht möglich ist. Die zufallsbedingte und vom Schadenverlauf - also von außerhalb des Einflussbereichs der Unternehmen liegenden Umständen - abhängige Versicherung kann für sich allein nicht „die gesamtwirtschaftliche Effizienz steigern“. Im Versicherungswesen wird - außer Dienstleistungen - nichts produziert, nichts ausgetauscht und nichts konsumiert. Es gibt keine Konsumentensouveränität, die Arbeit und Kapital in Produktionseinrichtungen und Produktionsverfahren lenkt, in denen sie den höchsten gesellschaftlichen Nutzen stiften. Für die Dienstleistungen werden keine Preise angegeben, so dass es auch insoweit keine bewertbaren Leistungen gibt. Die Verbraucher sind der Willkür der Prämienversicherer ausgesetzt, die ihre Kostenverschwendungen und (unberechtigten, weil nicht erwirtschafteten) Gewinne aus den ständig entstehenden Prämienüberschüssen finanzieren bzw. beschließen.

aa) Widersprüche zu der Annahme „heftigen Wettbewerbs“

Wie zur der Annahme, Versicherung sei ein Produkt der Prämienversicherer und die Prämie dafür ein Preis, gibt es auch zu der Meinung (fast) aller Verantwortlichen, es herrsche heftiger Wettbewerb im Versicherungswesen, eine Reihe von Zitaten aus dem Bereich der Verantwortlichen, die zu dieser Meinung im krassen Widerspruch stehen. Wegen der Bedeutung dieser Frage, werden diese hier noch einmal zusammengestellt:³⁷

Plath im Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft:

„Die Kalkulation muß von dem Schadenbedarf als Grundfaktor ausgehen. Dieser ist *dem Wettbewerb überhaupt unzugänglich.*“

Sievers, ehemaliger Präsident des Verbandes der deutschen Autoversicherer:

„Die *unternehmensindividuellen* Positionen, die den Wettbewerb im Prämienbereich bestimmen, spielen sich in der *verhältnismäßig gering verbleibenden Spanne von etwa 15 % ab.*“

Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft:

37 Siehe oben Fn. 14 und 15.

„Prof. Braess weist in seiner Äußerung überzeugend nach, daß bezüglich der Bedarfsprämie die Versicherungswirtschaft nur eine Verteilerfunktion hat, ohne eine preisbeeinflussende Tätigkeit auszuüben.“

Im Erwägungsgrund 6 der Gruppenfreistellungsverordnung (3932/92/EWG) ist in der deutschen Übersetzung von „*externen Umständen*“ die Rede, die - so die deutsche Übersetzung - „außerhalb des Einflussbereichs der Unternehmen liegen“. Danach sind nur die unternehmensindividuellen Positionen wettbewerbsrelevant, von denen *Sievers* spricht (siehe oben), der diesem Bereich nur 15 Prozent der Prämieinnahmen zuordnet und dem wettbewerbsuntauglichen Versicherungsbereich 85 Prozent.

bb) Versicherung und Prämienversicherung haben kein Preis-/Leistungsverhältnis

Man braucht aber nicht einmal diese Belege, dass Versicherung dem Wettbewerb unzugänglich ist, sondern kann - ohne auf Theorienstreitigkeiten³⁸ näher einzugehen - anhand der Praxis aufzeigen, dass es im Versicherungswesen „Konsumentensouveränität“ als wesentlichste Voraussetzung für einen Preis-/Leistungswettbewerb nicht geben kann.

Zunächst einmal lässt sich als einzigartige Besonderheit im Wirtschaftsleben feststellen, dass dem Verbraucher für eine Versicherung ein Beitrag oder eine Prämie abverlangt wird, ohne dass er erfährt, wofür genau er dieses Geld bezahlen soll. Der Versicherungsnehmer erhält zwar eine Police mit Versicherungsbedingungen, kann diese aber nicht finanziell bewerten. Ein Versicherungsangebot liefert keine Informationen über das Verhältnis der (geschuldeten) Leistungen des einzelnen oder auch aller Versicherten einerseits und den (geschuldeten) Leistungen des Versicherungsunternehmens, speziell den (geschuldeten) Versicherungsleistungen im gängigen Sinn andererseits. Das hängt mit dem vielfach verkannten Wesen der Versicherung zusammen.

Versicherung funktioniert nur in einer Gemeinschaft, die sich entweder als Verein selbst gebildet hat oder die durch eine Aktiengesellschaft organisiert wird. Hier wie dort zahlen viele Versicherte Beiträge oder Prämien, aber nur wenige Versicherte erhalten eine Versicherungsleistung in Geld. Die meisten Versicherten erhalten - ähnlich wie bei der Lotterie - überhaupt keine solche Zahlung. Der Verbraucher kann mithin anhand eines Versicherungsangebotes, also anhand des Beitrages und der Versicherungsbedingungen, kein Beitrags-/Versicherungsleistungsverhältnis und - wie beim Lotterielos - auch kein Verhältnis von Preisen zu (produzierten) Leistungen erkennen,³⁹ weil es diese weder bei Versicherung noch bei der Prämienversicherung gibt.

38 Siehe oben Fn. 4 und die Anlage 3 (Kurzstudie zu Wettbewerbsaspekten von Prof. Schünemann) und die Anlage 4 (Ökonomische Aspekte ...), insbesondere die ökonomische Analyse von Prof. Lehmann.

39 Langheid, NVersZ 2000, 63: „Die glatte Überforderung gerade des durchschnittlichen Verbrauchers, das ‚unsichtbare Produkt‘ Versicherung zu verstehen oder auch nur hinreichend zur Kenntnis zu nehmen, setzt ihn außerstande, adäquate Leistungsvergleiche vorzunehmen; das schließt zugleich einen Preisvergleich aus, weil zwar absolute Prämienbeträge miteinander verglichen werden können, nicht aber das, was vom Versicherer im Ernstfall dafür geleistet wird.“ - R. Schmidt in: Prölss: VAG, 9. Aufl. 1983, Vorbem. Rdnr. 45. - Die hohen Marktanteile

Auch der Zusammenschluss oder die Zusammenfassung vieler Versicherter kann die Ungewissheit, in welchem Umfang die Versicherten von finanziellen Verlusten betroffen werden, nicht vollends beseitigen. Nach dem Gesetz der Großen Zahl kann der gesamte Beitragsbedarf nach den Versicherungsleistungen der Vergangenheit zwar annähernd geschätzt werden. Um Versicherung aber wirklich sicher zu machen, müssen Prämien durch die Einrechnung von Sicherheitszuschlägen stets überkalkuliert werden. Es entstehen regelmäßig Beitrags- bzw. Prämienüberschüsse im Versicherungsbereich, die man auch Risikoüberschüsse nennt, die nicht das Ergebnis einer leistungswirtschaftlichen Aktivität und damit keine unternehmerischen Gewinne sind.⁴⁰

Danach sind weder der Beitrag oder die Prämie noch die Versicherungsleistungen im voraus feststehende Größen. Sie können bei ihrer finanziellen Bewertung nicht zueinander in Relation gesetzt werden, so dass ein Verbraucher nicht rational entscheiden kann, ob ein Versicherungsangebot günstig ist oder nicht. Versicherung hat also kein ex-ante bekanntes Beitrags-/Versicherungsverhältnis (wie es bei der Lotterie kein Einsatz-/Gewinn-Verhältnis gibt). Schon deshalb gibt es bei der Prämienversicherung keine im voraus erkennbare Angemessenheit der Prämie. Da Beiträge und Prämien aber auch keine Preise und Versicherung und Versicherungsleistungen keine Produkte im Sinne einer leistungswirtschaftlichen Aktivität sind, ist auch ein Preis-/Leistungs-Wettbewerb um Versicherung oder die Prämienversicherung unmöglich (wie es auch bei der Lotterie keinen Einsatz-/Lotteriegewinn-Wettbewerb gibt).

Es gibt also keinen Wettbewerb im Versicherungswesen, der seine verbraucherschützende Wirkung entfalten könnte. Es gibt aber auch keine Wettbewerbssanktionen.

cc) Keine Wettbewerbssanktionen im Versicherungswesen

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

- Sie brauchen keinen Preis für ihre eigentlichen Dienstleistungen anzugeben, brauchen also nicht genau und „scharf“ zu kalkulieren.
- Sie brauchen um diese Dienstleistungen keinen Wettbewerb zu führen, brauchen also keine Leistungssteigerungen und Kostensenkungen anzustreben.
- Sie können zur Kostendeckung beliebig viel Geld (vor allem bei Fehlkalkulationen) aus dem ihnen anvertrauten Versichertengeld entnehmen.⁴¹

der teuren Prämienversicherer sind ein Indiz dafür, dass die Verbraucher Vergleiche nicht durchführen (können).

40 Siehe oben Fn. 28 und 29 (Lehmann, Anlage 4, Seite 9).

41 Hierzu schrieb 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 bescherehen. Das aber sind Beiträge, die eigentlich den Versicherten zustehen."

Ohne eine aufgeteilte Prämie gibt es auch für schlecht wirtschaftende Versicherungsunternehmen keine wettbewerblichen Sanktionen, wie *Farny* richtig erkannt hat.⁴²

„Eine optimale Verbindung zwischen marktwirtschaftlichem Sanktionsmechanismus und dem Gläubigerschutz der Versicherungsnehmer würde darin bestehen, die Eigentümer und Unternehmensleiter für ihre Fehlentscheidungen zu bestrafen, zugleich aber die Gläubigerrechte der Versicherungsnehmer zu erhalten. Praktikable Modelle für eine solche Lösung sind jedoch bisher nicht entdeckt worden.“

Dabei ist anzumerken, dass der marktwirtschaftliche Sanktionsmechanismus nicht nur in unternehmerischen Verlusten schlecht geführter Unternehmen besteht, sondern auch in der Verbraucherschützenden Wirkung, dass erkennbar schlechte und zu teure Angebote vom Markt verschwinden.

Bundestags-Drucksachen⁴³ und Verlautbarungen des Bundesaufsichtsamtes bestätigen und erklären den folgenden Sachverhalt:

Versicherungsunternehmen müssen bei der Beitrags-/Prämienkalkulation vorsichtige Rechnungsgrundlagen zugrunde legen. Die Beiträge enthalten dadurch hohe Sicherheitszuschläge, die dazu dienen, die Unsicherheitsfaktoren auszugleichen, die mit der künftigen Entwicklung - vor allem bei den Aufwendungen für Versicherungsleistungen (Risikoverlauf) - zwangsläufig verbunden sind. Die anfallenden Überschüsse aus dem Risikoverlauf müssen den Versicherten zugute kommen. Dies ist jedoch nicht gewährleistet, weil die Versicherer die Verluste aus dem Dienstleistungsbereich mit diesen Überschüssen zu Lasten der Versicherten saldieren. *Claus*, Abteilungspräsident im Bundesaufsichtsamte, stellt fest,⁴⁴

daß es eigentlich kein Regulativ gibt, das die Versicherungsunternehmen zwingt, ihre Kosten in Grenzen zu halten. Da der Wettbewerb nicht durchgreift, kann ein Versicherungsunternehmen trotz verschlechterter Kostenlage durchaus weiter bestehen. Es sind die Versicherten und meistens nur die Versicherten, die die Konsequenzen von unternehmerischen Fehlentscheidungen oder sogar von Missmanagement zu tragen haben.

Prämienversicherer, die vorgeben, Risikotragung produzieren und anbieten zu können, tragen also - im Gegensatz zu Unternehmen aus anderen Wirtschaftsbereichen - nicht einmal ein unternehmerisches Risiko, weil sie ihr Missmanagement und die Überschreitung kalkulierter Verwaltungskosten (Situationen, in denen andere Wirtschaftsunternehmen Verluste machen oder in Konkurs gehen würden) - nach außen unbemerkt - mit Beitragsüberschüssen und Erträgen aus den Rückstellungen und Reserven aus dem Versicherungsbereich ausgleichen können.

Der deutsche Gesetzgeber hatte schon vor 100 Jahren die Möglichkeiten des Missbrauchs von Versichertengeld für einen solchen Verlustausgleich und für nicht leistungsbezogene Gewinne als „Gefahr schwerster Schädigung des Volkswohls“ erkannt, aber geglaubt, diese Gefahr - die besonders von der

42 *Farny*, ZVersWiss 1979, 66.

43 *Bundestags-Drucksache* 9/1493, Begründung Seite 27; *BT-Drucks.* 12/6959, Begründung Seite 84 f.

44 *Claus*, VerBAV 1980, 22, 25.

Prämienversicherung ausgeht - durch eine staatliche Aufsichtsbehörde beseitigen und verhindern zu können. Die Verbraucher, die die Angemessenheit der Prämie im voraus nicht beurteilen können, sind daher mit Recht davon ausgegangen, dass die Aufsichtsbehörde überhöhte Prämien und nicht leistungsbezogene Prämien verhindert.⁴⁵ Die deutsche Aufsichtsbehörde hat dies aber auch vor der Deregulierung nicht als ihre Aufgabe angesehen.⁴⁶

Die EU hat richtig erkannt, dass es im Versicherungswesen keinen Wettbewerb gibt und eine staatliche Versicherungsaufsicht nicht zu Wettbewerb führt oder diesen nicht ersetzen kann. Die Verantwortlichen haben sich aber geirrt in ihrem Glauben, dass Markt- und Wettbewerbsversagen im Versicherungswesen durch die staatliche Regulierung verursacht oder mitverursacht wurde. So ist auch die Deregulierung des Versicherungswesens als untauglicher Versuch gescheitert, „mehr“ Wettbewerb herbeizuführen.

Es kann nicht oft genug wiederholt werden: Versicherung als Einkommensumverteilung und die Prämienversicherung sind dem Wettbewerb überhaupt unzugänglich. Das Gleiche gilt für die Dienstleistungen der Unternehmen, die ohne Leistungsbeschreibung und Preisangabe - also nicht bewertbar - mit Versicherung vermengt sind. Es ist also nicht die Frage - wie sie immer und überall falsch gestellt, untersucht und beantwortet wird -, ob es Wettbewerb im Versicherungswesen gibt, sondern die Frage, die von den Verantwortlichen untersucht werden sollte, muss sein, welche wirtschaftlichen Leistungen im Versicherungswesen und welche Teile der Prämie überhaupt Wettbewerbsbereiche sind und durch Wettbewerb - sprich: leistungswirtschaftliche Maßnahmen der Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen - beeinflusst werden können.

Es ist falsch und irreführend, von einem „Versicherungsmarkt“ zu reden, wenn es nur einen Markt für Versicherungsdienstleistungen geben kann. Wer sagt, man könne Versicherungen „kaufen“ oder „verkaufen“, wer behauptet, es gebe einen „Versicherungsmarkt“ (für Policenhandel?) und Wettbewerb um Versicherung, der muss auch - betriebs- und volkswirtschaftlich - erklären, wie dieses Kaufen und Verkaufen und wie der Markt und dieser Wettbewerb funktionieren sollen. Tatsache ist, dass die Schäden zufallsbedingt sind. Tatsache ist auch, dass die Versicherten die Mittel für den Schadenausgleich im Übermaß bereitstellen. Wenn sich also die Gesamtprämieinnahmen der Kfz-Versicherungsunternehmen vermindern, ist entweder - zufallsbedingt - der Schadenaufwand geringer geworden oder die Gesellschaften haben sich verkalkuliert oder sie haben - über die Verteilung der Allgemekosten - Quersubventionen vorgenommen (z.B. wegen der Türöffnerfunktion für Lebensversi-

45 R. Schmidt in: Prölss, VAG, 9. Aufl. 1983, Vorbem. Rdnr. 45: „In den Massenzweigen geht der Konsument bei Vertragsschluß nicht mehr davon aus, einen Vertrag zu schließen, dessen Inhalt er noch prüfen muß, vielmehr ‚kauft‘ er ein bestimmtes vorgeformtes ‚behördlich genehmigtes‘ Dienstleistungsmodell.“

46 Die deutsche Aufsichtsbehörde hat vierfach überhöhte (wucherische) Prämien im Bereich der Unfallversicherung nicht verhindert mit der Begründung (Schreiben des BAV an den BdV): „Die Festlegung der Prämien in der Unfallversicherung liegt im geschäftspolitischen Ermessen der Versicherungsunternehmen. Das BAV kann gegen zu hohe Prämien nicht einschreiten.“ - Deutsche Gerichte meinten dagegen - wie wohl auch die Verbraucher: „Das BAV mag gehalten sein, im Rahmen seiner Aufsicht ein zu beanstandendes Mißverhältnis der beiderseitigen Leistungen zu verhindern.“ (BVerwG, VersR 1990, 473, 474) - oder: „Der Kläger hat den Versicherungsvertrag mit einer Aktiengesellschaft abgeschlossen. Ziel der Aktiengesellschaft ist Gewinnstreben, das begrenzt wird durch die Korrektur des Versicherungsaufsichtsamtes.“ (LG Hamburg, VersR 1996, 1134, 1135).

cherungen)⁴⁷ oder sie haben tatsächlich - durch Rationalisierung - die Dienstleistungskosten verringert (was aber nach außen wegen der fehlenden Preisangabe vor allem auch der Konkurrenten mit höheren Dienstleistungsanteilen in ihren Prämien nicht wettbewerbswirksam werden kann). Im Versicherungsbereich ist eine Verminderung von Zahlungen tatsächlich nur durch die Selektion von Gruppen mit geringem Schadenaufwand (siehe unten II. 3. d) bei *einzelnen* Unternehmen möglich - mit dem Ergebnis, dass alle anderen Unternehmen einen entsprechend höheren Schadenaufwand und Beitragsbedarf haben. Der Gesamtschadenaufwand aller Pflichtversicherten bleibt gleich.

Erst die der Kalkulation entsprechende Aufteilung der Versicherungsprämie im Vertragsangebot schafft die Voraussetzungen für einen Wettbewerb. Ohne diese Trennung fehlt die Vergleichbarkeit der Vertragsangebote als die unentbehrliche Voraussetzung für Wettbewerb. Derzeit gibt es bestenfalls „Konkurrenz“ im Sinne einer Mehrzahl von Anbietern.

Legislatorische Vorgaben für eine Aufteilung der Prämie stehen im Einklang mit der Preisangabenverordnung (PrAngV), die mit der Forderung nach Preiswahrheit und Preisklarheit (§ 1 Abs. 6 PrAngV) dem Informationsmodell des Verbraucherschutzes Rechnung trägt. Der Hinweis in § 1 Abs. 1 S. 1 PrAngV, dass „Endpreise“ anzugeben sind, steht dabei der Aufspaltung der Prämie in das gesondert ausgewiesene Dienstleistungsentgelt und den reinen Versicherungsbeitrag nicht entgegen, weil es sich bei letzterem ja eben nicht um einen Preisbestandteil handelt, sondern um potentielle Umverteilungsmasse. § 1 Abs. 3 PrAngV zeigt mit hinreichender Deutlichkeit, dass in den Fällen, in denen neben dem „Preis für die ... Leistung“ noch andere Zahlungen geschuldet werden, gerade „kein Gesamtbetrag zu bilden“ ist.

Eine Prämienaufteilung ist auch nichts Utopisches, weil es sie bereits gibt (wie z. B. in der Kfz-Versicherung in Japan oder auf den Philippinen, vgl. *H. D. Meyer* in *VersWissStud* Bd. 1, Seite 149, 150 Fn. 3). Die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen aller Länder unterstreichen die Forderung nach einer Prämienaufteilung.

Derartige Regelungen würden allerdings voraussetzen, dass die Verantwortlichen - auch bei der EU - anhand neutraler wissenschaftlicher Untersuchungen erkennen, dass Wettbewerb um Versicherung und auch um das Leistungsgemenge einer Prämienversicherung unmöglich ist und dass Regelungen für ein „unbundling“ von Versicherung und Dienstleistungen (bei Lebensversicherungen auch der Kapitalbildung) kein Eingriff in den Gewerbebetrieb sind und auch mit Dienstleistungsfreiheit nichts zu tun haben.

d) Selektion als Mittel der Gewinngestaltung bei Ausgleichsgeschäften

Selektion ist (nur) eine gewinnbeeinflussende Maßnahme im Konkurrenzkampf mit anderen Anbietern und keine preis-/leistungsbeeinflussende Maßnahme im Wettbewerb um die Entscheidung der Verbraucher für ihr Angebot.

Das deutsche Bundeswirtschaftsministerium wie auch die deutsche Aufsichtsbehörde haben sich übereinstimmend dahingehend geäußert, dass „die Gliederung der Unternehmenstarife in Tarifgruppen“ eine „Folge des Wettbewerbs der Versicherungsunternehmen untereinander“ sei. Ein Branchenfunkti-

47 Siehe oben Fn. 3.

onär hat sogar gemeint, dass „der Wettbewerb dafür sorgt, daß sich die bestmögliche Prämie für den Verbraucher einpendelt.“ - Diese Meinung wurde auch überwiegend im Verlaufe des vorliegenden Projektes in Referaten und Diskussionen im Zusammenhang mit dem Prämienversicherungsmodell geäußert. Wettbewerb soll danach zu einer risikogerechten Prämienbildung führen, wobei unter „Risikogerechtigkeit“ allerdings nicht risikogerechte Prämien für den einzelnen, sondern in Bezug auf Gruppen verstanden werden.⁴⁸

Die Selektion von Gruppen kann keine Wettbewerbsmaßnahme sein. Wenn die Versicherungsunternehmen die Versicherungsleistungen durch betriebswirtschaftliche Maßnahmen nicht beeinflussen können und wenn Versicherung und vor allem die Prämienversicherung kein Preis-/Leistungsverhältnis und nicht einmal ein erkennbares Prämien-/Versicherungsleistungsverhältnis aufweist, dann kann es keinen Wettbewerb um Versicherung oder das „Ausgleichsgeschäft“ Prämienversicherung geben (siehe vorheriges Kapitel II. 3. c). Eine Wettbewerbsmaßnahme muss das Preis-/Leistungsverhältnis eines Angebotes beeinflussen, also entweder die Kosten und Preise eines Produktes oder einer Dienstleistung senken oder deren Qualität steigern. Wie oben ausgeführt, ist Versicherung keine leistungswirtschaftlich hergestelltes Produkt im weitesten Sinne. Sie kann überhaupt keine Produktqualität und keinen Preis haben.

Selektion lenkt nicht - wie vom Wettbewerb gefordert - Arbeit und Kapital in die Produktionseinrichtungen und Produktionsverfahren, in denen sie den höchsten gesellschaftlichen Nutzen stiften, sondern verschiebt lediglich den Beitragsbedarf für den zufallsbedingten Schadenaufwand einer Pflichtversicherungsgemeinschaft zwischen den Gruppen von Pflichtversicherten hin und her. Zahlen Pflichtversicherte mit blonden Haaren und kleinen Füßen weniger Prämie, müssen die Dunkelhaarigen mit großen Füßen automatisch höhere Prämien zahlen. In einem Report der Federal Insurance Administration der USA heißt es:

„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 circum-

48 Es gibt keine Risikogerechtigkeit für Gruppen, weil die Befürworter der derzeitigen Tarifstruktur behaupten, die Gruppen seien homogen. Dann muß eine Risikogerechtigkeit der Gruppe aber gleichzeitig Risikogerechtigkeit für den einzelnen bedeuten, weil in einer homogenen Gruppe alle Risiken gleich sein müssen, also Gruppen-Risikogerechtigkeit gleichzeitig individuelle Risikogerechtigkeit ergeben muss. Das ist bei fast allen derzeitigen Tarifgruppen nicht der Fall. - Insofern irrt auch *U. Meyer* (Teil III dieses Abschlussberichtes, Kap. 2, Seite 33), der davon ausgeht, dass „Wettbewerb - auch und gerade der Wettbewerb in Bezug auf die Anwendung von Tarifmerkmalen - die Prämienerechtigkeit fördere“. Prämienerechtigkeit und Wettbewerb haben nichts miteinander zu tun (schon deshalb, weil es Wettbewerb um Versicherung und auch um die Prämienversicherung als Ausgleichsgeschäft nicht geben kann). Die Anwendung von Tarifmerkmalen zur Selektion und Antiselektion von guten und schlechten Risikogruppen hat nur etwas mit dem *Konkurrenzkampf* der Unternehmen zu tun.

stances. Selection competition should have few admirers. It is capable of totally denying to some people the opportunity to get insurance. 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."

Der *Insurance Commissioner Stone* äußerte sich in ähnlicher Weise in einem Hearing vor dem US-Senat:

„One of the most consistent thematic elements in the presentations in support of the current approach is the argument that any major deviation from the present relativities will be incompatible with competition. I disagree with the demands of a competitive system, and I 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. The insurance mechanism in use today observes and measures claims, but it never reduces them."

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 heraus zu selektieren 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. Die Gewinne, die Prämienversicherer durch die Selektion einer neu entdeckten Gruppe erzielen,⁴⁹ sind daher immer nur von kurzer Dauer.

Während der *einzelne* Verbraucher beim Preis-/Leistungswettbewerb der - im wahrsten Sinne des Wortes - „entscheidende“ Faktor ist, wird der zum Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung verpflichtete Fahrzeughalter bei der Selektion zu einem passiven Objekt als Teil einer *Zielgruppe*. Er kann auf die kartellartige Selektion nicht reagieren. Er muss sich versichern und als guter, schadenfreier Autofahrer hinnehmen, dass ihn - wegen der Selektions- und Antiselektionswirkungen - alle Versicherungsunternehmen in eine Versichertengruppe mit hohen Prämien einstufen, wenn er z.B. Großstädter, Fahrenanfänger

49 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.“ - Diese Zitate erklären, warum es nach der Tariffreigabe im Zuge der Deregulierung seit 1995 immer mehr und neue Tarifmerkmale gibt.

ger, Ausländer und kein Beamter ist, keine Garage besitzt und sich keinen Neuwagen leisten kann. Seine einzige Reaktionsmöglichkeit wäre, dass er sich kein Auto anschafft.

e) „Natürliche“ Selektion durch regionale oder berufsständische Limitierung des Geschäftsbereichs

Von der konkurrenzbezogenen Selektion ist zu unterscheiden die „natürliche“ Selektion, die vor allem Versicherungsvereine herbeiführen, die sich nur in einer bestimmten Region betätigen oder nur für bestimmte Berufe zugänglich sind (z.B. Versicherungsvereine für Beamte, Landwirte, Grundstückseigentümer, Bäcker oder Fahrlehrer). Durch eben solche Versicherungsvereine ist - historisch betrachtet - die konkurrenzbezogene selektive Tarifgestaltung der Prämienversicherer, die in der Regel überregional und berufsübergreifend tätig sind, ausgelöst worden - man kann sogar sagen: notwendig geworden. Diese Tatsache ist unbedingt zu berücksichtigen, wenn Überlegungen zu einer Abschaffung oder Einschränkung der Selektion angestellt werden. Dann dürfen sich Gesellschaften nicht mehr regional oder berufsständisch betätigen oder sie müssen eine Art „Risikostrukturausgleich“ an einen Pool abführen.

4. Anwendung der Versicherungstechnik bei den beiden Modellen

Beide Versicherungs- und Tarifierungsmodelle beanspruchen für sich, dass sie der allgemeinen Versicherungstechnik entsprechen. Dabei gehen die beschriebenen Modelle aber – wie bereits oben in der Kurzdarstellung angedeutet - von völlig unterschiedlichen Auffassungen über das Wesen der Versicherung aus. Dementsprechend wird auch die Versicherungstechnik und das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip unterschiedlich angewendet

- beim Prämienversicherungsmodell - wegen seines spekulativen Ausgleichsprinzips - bezogen auf den Schadenaufwand von Gruppen,
- bei der Versicherungsbesorgung bezogen auf das individuelle versicherte Risiko des einzelnen Versicherten.

Das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip, das bei einer gesetzlichen Pflichtversicherung noch durch den verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz gesteigert wird, sieht vor:⁵⁰

Jeder Versicherte soll den Versicherungsbeitrag zahlen, der seinem *individuellen* Risiko entspricht, das anhand von *typischen Risiko- und Gefahrenmerkmalen* ermittelt wird, nach denen *alle* versicherten Risiken einer Versichertengemeinschaft beurteilt werden können.

50 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.“ - In einer Studie, die der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) im Jahre 1980 in Auftrag gegeben hatte (GDV-Studie, ZVersWiss 1982, 461): „Allerdings dürfen dabei nur jene Risikomerkmale berücksichtigt werden, deren *Einfluß auf das versicherte Wagnis* sich statistisch einwandfrei nachweisen läßt.“

a) Tarifgestaltung beim Prämienversicherungsmodell

Wie bereits oben ausgeführt, ist die Tarifstruktur der Prämienversicherer - historisch gesehen - durch die „natürliche Selektion“ von Regionen oder Berufsgruppen durch Versicherungsvereine ausgelöst worden. Die selektive gruppenbezogene Tarifierungsmethode ist dann aber von den Prämienversicherern immer mehr verfeinert und dadurch auch das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip in ein „kollektives Äquivalenzprinzip“ abgeändert worden.⁵¹

Jeder Versicherte einer *Gruppe*, die einen von anderen Gruppen abweichenden *Schadenaufwand* aufweist, soll die Prämie bezahlen, die dem *auf alle Gruppenmitglieder gleichmäßig verteilten Durchschnittsschadenserwartungswert* entspricht.

Wegen der oben beschriebenen Wirkung der Gruppenselektion auf Konkurrenzunternehmen mussten auch die Versicherungsvereine ihre „natürliche“ Selektion um diese konkurrenzbezogene Selektion erweitern.

Die Prämienversicherer und ihre Anhänger geben die Abweichung von der Versicherungstechnik zu, verteidigen sie aber als „notwendig“ mit dem Hinweis, dass bei der Kfz-Haftpflichtversicherung das individuelle Risiko nicht einzuschätzen sei.⁵² Im übrigen sei die Tarifgestaltung „Preisgestaltung“ und die Prämienversicherer könnten ihre Preise festsetzen, wie sie es für richtig halten und der angebliche Wettbewerb es erfordere.

Die von allen europäischen Unternehmen angewandte Tarifstruktur in der Kfz-Haftpflichtversicherung unterscheidet nach „primärer Prämienendifferenzie-

51 GDV-Studie (siehe voranstehende Fußnote): „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.“ - Prof. U. Meyer (Teil III dieses Abschlussberichtes, Kapitel 2, Seite 9) nennt dieses das „kollektive Äquivalenzprinzip“. Prof. Meyer erklärt aber a.a.O. in Fußnote 2, dass dann mit „*Risiko*“ der einzelne Vertrag „aus der Sicht des Versicherungsunternehmens“ gemeint ist als „*Risiko, im Rahmen dieses Vertrages eine Versicherungsleistung erbringen zu müssen*“. Diese Art der Risikobeurteilung oder Prämienkalkulation hat nichts mit dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip zu tun, bei dem es um das Risiko und die Gefahr geht, einen Kfz-Haftpflichtschaden zu verursachen. Bei dem „kollektiven“ Äquivalenzprinzip geht es allein um das *Geschäftsrisiko* eines Unternehmens, das Ausgleichsgeschäfte betreibt und das durch Gruppenselektion sein eigenes Risiko und seine Gewinnchancen bzw. Gewinne bestimmen will.

52 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.“ - 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.“

rung" (nach Gruppenmerkmalen) und „Erfahrungstarifizierung" (Bonus-Malus-Systeme).

aa) Primäre Prämiendifferenzierung

Die Gruppen werden nach personen-, nutzungs- und fahrzeugbezogenen Merkmalen zusammengestellt - wie Staatsangehörigkeit, Alter, Hunderte von Berufen, Geschlecht, Ausbildung, Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden), Gesundheitszustand, Zahl und Alter der Kinder, Hausbesitz, Garagenbesitz, eine Vielzahl von großen Regionen (Bundesländer) bis hin zu Häuserblocks (redlining von Farbigen in den USA), Prämienverzug, Versicherungsbestand, Umfang der Privatkredite, Sternzeichen,⁵³ Dauer des Führerscheinbesitzes, Dauer der Schadenfreiheit, Verkehrsstrafen, Sicherheitstraining, Schäden, jährlich gefahrene Kilometer, Entfernung zum Arbeitsplatz, Bahncard, Fahrzeugnutzung, Nutzerkreis, sexuelle Orientierung, Religion, Fahrzeugtyp (kw, Gewicht, Hubraum), Fahrzeugausstattung (ABS), Fahrzeugalter (Neu- oder Gebrauchtwagen), Fahrzeugpreis, Höchstgeschwindigkeit, Kraftstoffart, Kraftstoffverbrauch, Autofarbe (siehe hierzu die Tabelle von *Prof. Meyer* in Teil III dieses Abschlussberichtes, Kapitel 5, Seite 141, Tabelle 3).

Nach diesen Merkmalen werden Gruppen von Fahrzeughaltern zusammengefasst, deren Schadenaufwand ermittelt und mit dem Schadenaufwand anderer Gruppen verglichen wird. Gibt es dabei signifikante Abweichungen, wird der Gruppenschadenaufwand auf die Gruppenmitglieder verteilt, indem jedem Gruppenmitglied (auch den schadenfreien) ein entsprechender Durchschnittsschaden zugewiesen wird. Nach diesem fiktiven Durchschnittsschaden wird für jedes Gruppenmitglied bzw. für jeden Antragsteller sein individueller Schadenserwartungswert (als sein individuelles Risiko) nach folgender Rechnung ermittelt: Der „Gruppenschadenserwartungswert" (der Gesamtschadenaufwand + Sicherheitszuschläge) wird als das Gesamtrisiko der Gruppe durch die Zahl der Gruppenmitglieder geteilt und ergibt so den einheitlichen (durchschnittlichen) Schadenserwartungswert für jedes einzelne Gruppenmitglied. Dieser Wert wird dann jedem einzelnen Versicherten der Gruppe als sein „individuelles Risiko" („Schadenserwartungswahrscheinlichkeit") zugeordnet und das Gruppenmerkmal (Beruf, Wohnort oder Garagenbesitz) dann als Risiko-/Gefahren-/Tarifmerkmal verwendet - als Ersatz für fehlende Risiko- und Gefahrenmerkmale (z.B. für schlechtes Fahren).

In Europa werden nicht in allen Ländern alle oben genannten Gruppenmerkmale für die Tarifgestaltung verwendet. Die Verwendung einiger Merkmale ist in einigen Ländern verboten (z.B. die Staatsangehörigkeit in Deutschland durch § 81e des Versicherungsaufsichtsgesetzes). Die Merkmale werden auch in den unterschiedlichsten Kombinationen verwendet. Insgesamt führt die primäre Prämiendifferenzierung (Verteilung des Schadenaufwandes auf einzelne Gruppen) in den europäischen Ländern zu den folgenden sehr unterschiedlichen Prämienspreizungen:

53 In England haben Statistiker ermittelt, dass unter dem Sternzeichen „Stiere" geborene Autofahrer 30 Prozent weniger, „Löwen" 15 Prozent mehr Unfälle verursachen als der Durchschnitt. Erstaunlicherweise kommen deutsche Statistiker zu ähnlichen Ergebnissen.

Prämienspreizung aufgrund der primären Prämiendifferenzierung

1 : 2 bis 1 : 5	in 2 Ländern (GR, P)
1 : 5 bis 1 : 10	in 6 Ländern (E, NL, DK, B, I, N)
1 : 10 bis 1 : 20	in 3 Ländern (CH, S, A)
etwa 1 : 30	in 4 Ländern (F, GB, IRL und <i>Deutschland</i>)

bb) Erfahrungstarifizierung (Bonus-Malus-Systeme)

Die primäre Prämiendifferenzierung wird in allen europäischen Ländern ergänzt durch sog. Bonus-Malus-Systeme, die eine Erfahrungstarifizierung nach der Schadenfreiheit des versicherten Fahrzeugs als weiteres Tarifmerkmal berücksichtigen sollen. Hier wird - wie bei der primären Prämiendifferenzierung - der Schadenaufwand von Gruppen statistisch ausgewertet. Die Gruppen werden nach der Dauer der Schadenfreiheit bzw. nach der Zahl der Schäden gebildet und auch hier wird der „Gruppenschadenserwartungswert“ (der Gesamtschadenaufwand + Sicherheitszuschläge) als das Gesamtrisiko der Gruppe angesehen, der (durchschnittliche) Schadenserwartungswert des einzelnen Gruppenmitglieds ermittelt und diesem als sein „persönliches Risiko“ zugeordnet.⁵⁴ Auch dieses geschieht in den europäischen Ländern sehr unterschiedlich, so dass sich durch die unterschiedlichen Bonus-Malus-Systeme erhebliche Unterschiede in den Prämienspreizungen ergeben:

54 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. 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.” - 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. 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.”

Prämienspreizung durch Bonus-Malus-Systeme

Spread	Beitragsspanne (% vom Grundbeitrag)	Länder
1 : 1,4	70 – 100	1 Land (E)
1 : 2	50 – 100	1 Land (IRL)
1 : 3 bis 1 : 4,5		9 Länder (P, SF, S, NL, GR, GB, B, A, DK)
1 : 5 bis 1 : 6		2 Länder (N, L)
1 : 7 bis 1 : 7,5		2 Länder (F, CH)
1 : 8,2	30 – 245	1 Land (<i>Deutschland</i>)

Von Bedeutung ist auch, dass die günstigste Prämie für junge Fahrzeughalter nach sehr unterschiedlichen Zeiten der Erstzulassung eines Fahrzeugs erreicht wird:

Die günstigste Prämie wird erreicht

nach 2 bis 5 Jahren	in 4 Ländern (P, E, GB, IRL)
nach 6 bis 8 Jahren	in 4 Ländern (S, GR, DK, A)
nach 10 bis 14 Jahren	in 7 Ländern (N, NL, L, B, I, F, SF)
nach 21 Jahren	in 1 Land (<i>Deutschland</i>)

Durch die Kombination von sehr unterschiedlichen primären Prämiendifferenzierungen und einer Erfahrungstarifizierung nach sehr unterschiedlichen Bonus-Malus-Systemen ergeben sich in den europäischen Ländern sehr unterschiedliche Prämienspreizungen:

Gesamtspreizung durch primäre Prämiendifferenzierung und Bonus-Malus

unter 1 : 10	in 3 Ländern (SF, L, GR)
1 : 20 bis 1 : 50	in 6 Ländern (P, B, DK, I, NL, E)
1 : 50 bis 1 : 80	in 5 Ländern (S, IRL, N, A, GB)
etwa 1 : 110	in 1 Land (CH)
etwa 1 : 210	in 1 Land (F)
etwa 1 : 250	in 1 Land (<i>Deutschland</i>)

Wenn in Deutschland die Verwendung der Staatsangehörigkeit als Tarifmerkmal nicht gesetzlich verboten wäre, würde die Prämienspreizung hier sogar 1 : 375 betragen, weil die Statistiker ermittelt haben, dass Ausländer 50 Prozent mehr Schadenaufwand erfordern als Deutsche, also einen Prämienzuschlag von 50 Prozent zahlen müssten. Nicht nur diese „riesigen“ Prämienpreizungen in einzelnen Ländern, sondern auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten den Verantwortlichen zu denken geben und zu der Frage veranlassen, ob solche Prämienunterschiede für pflichtversicherte Fahrzeughalter nicht diskriminierend sind und ob solche Diskriminierungen tatsächlich durch die Versicherungstechnik und die dabei eingesetzten statistischen Methoden gerechtfertigt sind.

cc) Die Rolle der Statistik

Die Bedeutung der Statistiken als Grundlage und auch als Rechtfertigung der derzeitigen Tarifstruktur wird immer wieder sowohl in den USA wie in Deutschland hervorgehoben. In den USA sind hierzu Zitate zu finden wie „statistically based and justified“ oder „distinctions backed by powerful statistics“ oder „supported by a body of credible statistical data“.

Zur Rechtfertigung der Tarifgestaltung nach Gruppenmerkmalen statt risikobezogenen (individuellen) Merkmalen wird angeführt, dass die Merkmale nicht willkürlich gegriffen seien, die Gruppen also nicht willkürlich gebildet würden, sondern nach statistischen Erhebungen. Willkürliche Merkmale würden durch den Wettbewerb verhindert. Allerdings räumen viele Befürworter der Tarifierung von Gruppen ein, dass die Gruppenmerkmale keinen Risikobezug haben. Sie lehnen aber „Ursächlichkeit“ als Voraussetzung für die Verwendung eines Merkmals (z.B. Alter, Beruf oder Garagenbesitz) ab und fordern als Voraussetzung nur einen „statistischen Zusammenhang“ zwischen dem Merkmal und der Schadenserwartung für die entsprechende Merkmalsgruppe.

Dr. Klemmt (Vorsitzender der Kommission beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, die die Tarifempfehlungen für die Kfz-Haftpflichtversicherung erarbeitet und herausgibt) führte hierzu auf dem 1. Workshop zu diesem Projekt in München aus:⁵⁵

„Wir rechnen sehr viel, wir machen nichts von Hand, wir greifen keine Zahlen, wir raten keine Zahlen, sondern - wo immer es möglich ist - *rechnen* wir etwas. ... Wir wollen, wenn es irgend geht, etwas *Gerechnetes*. Und hierzu ein paar Beispiele. Das ist selbstverständlich der Beamtentarif ... Die Beamten haben deshalb einen günstigeren Tarif, weil sie bessere Autofahrer sind. Und darüber haben wir *ganz klare statistische Erkenntnisse*. Und nur das berücksichtigen wir. Da ist nichts dabei, was irgendwo geraten oder gegriffen ist. Das Garagenmerkmal ist selbstverständlich *gerechnet*. Wenn wir es empfehlen, dann steckt da keine Vermutung hinter, sondern *etwas sehr ausführlich Gerechnetes* ...“

Aus einer solchen „statistischen Signifikanz“ soll sich demzufolge ergeben, dass *jeder* Beamte und *jeder* Garagenbesitzer ein guter Autofahrer ist. Mit derartigen statistischen Methoden wird auch begründet, dass *jeder* junge Mensch und *jeder* Ausländer ein schlechter Autofahrer ist. Und weil nach dieser Auslegung statistischer Ergebnisse *jeder* Beamte und *jeder* Garagenbesitzer ein guter Autofahrer und *jeder* junge Mensch und *jeder* Ausländer ein schlechter Autofahrer sein soll, sollen die ausgewerteten Gruppen auch *homogen* sein (was nach den Regeln der Statistik eine zwingende Voraussetzung dafür ist, wenn der durchschnittliche Schadenserwartungswert der Gruppe auf jedes einzelne Gruppenmitglied als individueller Schadenserwartungswert und persönliches Risiko übertragen werden soll).

Bei dieser statistischen Methode der Tarifgestaltung wird nur gefordert, dass Tarifmerkmale - in einem statistischen Sinn - einen mehr oder weniger signifikanten Zusammenhang mit der Höhe des Schadenserwartungswertes einer *Gruppe* aufweisen. Einige Befürworter dieser Methode geben zu, dass es

55 *Klemmt*, siehe Tagungsmappe München 2.2, Seite 7.

sich bei den Merkmalen nur um „Hilfsgrößen und Indikatoren für die eigentlich für die Schäden verantwortlichen Umstände“ handeln soll und dass die Tarifierung mit Hilfe solcher Tarifmerkmale zwar zu *Gruppen*-Risikogerechtigkeit führe, nicht aber zu einer risikogerechten Tarifierung des *einzelnen* Versicherungsnehmers.

b) Tarifgestaltung nach dem Geschäftsbesorgungsmodell

Um eine Gleichbehandlung der pflichtversicherten Fahrzeughalter zu erreichen, wollen die Gegner der derzeitigen Tarifstruktur nichts anderes, als dass die allgemeine Versicherungstechnik und das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip bei der Gestaltung der Tarife in der Kfz-Haftpflichtversicherung angewendet werden.

Wie die Praxis in den Ländern Japan und Ägypten zeigt, wo die Kfz-Haftpflichtversicherung im Sinne des Geschäftsbesorgungsmodells betrieben wird, führt dieses Modell zu nur wenigen Tarifmerkmalen, die staatlich vorgegeben werden müssen, damit eine Selektion nach allen möglichen anderen Merkmalen verhindert wird. Dadurch ist auch die Prämienspreizung sehr gering.

Ob die dort verwendeten Merkmale risikogerecht im Sinne der Versicherungstechnik sind, soll an dieser Stelle nicht untersucht werden, sondern vielmehr die Frage, wie die Tarifgestaltung in der Kfz-Haftpflichtversicherung nach der allgemeinen Versicherungstechnik und damit auch im Sinne des Geschäftsbesorgungsmodells aussehen sollte. Das ist gleichzeitig die Frage, inwieweit die Tarifgestaltung durch die Selektion von Gruppen gegen die allgemeine Versicherungstechnik und das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip verstößt.

c) Prüfung der Tarifgestaltungsmethoden auf ihre Übereinstimmung mit der allgemeinen Versicherungstechnik

Diese Überprüfung wird zeigen, dass es völlig falsch ist, wenn die Befürworter der in Europa vorherrschenden Tarifgestaltung meinen, dass diese nicht grundsätzlich anders sei, als die der allgemeinen Versicherungstechnik. Die Tarifgestaltung im Sinne des Prämienversicherungsmodells nach statistischen Durchschnittswerten von Gruppen, die nach Merkmalen ohne jeden Risikobezug gebildet worden sind, ist völlig anders und für Millionen pflichtversicherte Fahrzeughalter in Europa diskriminierend.

Die Versicherungstechnik bei der Beitragsfestsetzung und der Beitragsklassenbildung besteht aus mehreren Vorgängen:

- (aa) Zunächst wird eine *Versichertengemeinschaft* gebildet.
- (bb) Für die Versichertengemeinschaft wird der *Gesamtbeitragsbedarf* ermittelt (einschließlich Sicherheits- und Trendzuschlägen).
- (cc) Der Gesamtbeitragsbedarf der Versichertengemeinschaft wird auf die Versicherten nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip verteilt: Jeder Versicherte soll den Versicherungsbeitrag zahlen, der seinem

individuellen Risiko entspricht, das anhand von typischen Risiko- und Gefahrenmerkmalen ermittelt wird, nach denen alle versicherten Risiken einer Versichertengemeinschaft beurteilt werden können.

- (1) *Es wird nach Risiken und Gefahren gesucht, die für die Versichertengemeinschaft und jeden einzelnen Versicherten typisch sind, und nach typischen (auf alle Versicherten zutreffenden) Merkmalen, anhand derer der Umfang des Risikos und der Grad seiner Gefährdung gemessen werden kann (Risiko- und Gefahrenmerkmale), wobei anhand der Suchergebnisse geprüft wird, ob es sinnvoll ist, Beitragsklassen mit unterschiedlichen Beiträgen bzw. Beitragssätzen zu bilden.*
- (2) *Wenn Beitragsklassen gebildet werden, wird entschieden, welche Risiken mit welchem Grad der Gefährdung zu Beitragsklassen zusammengefasst werden sollen.*
- (3) *Die Beiträge bzw. Beitragssätze werden für die einzelnen Beitragsklassen den Unterschieden im Risikoumfang und in der Gefährdung entsprechend festgesetzt.*
- (4) *Wird ein Versicherungsantrag gestellt, wird der Umfang des zu versichernden Risikos und der Grad seiner Gefährdung nach den erkennbaren Risiko- und Gefahrenmerkmalen beurteilt.*
- (5) *Der Versicherte wird einer Beitragsklasse mit gleichen Risiko- und Gefahrenmerkmalen und entsprechend gleichen Beiträgen oder Beitragssätzen zugewiesen und zahlt so einen Beitrag, der seinem individuellen Risiko entspricht.*

(aa) Bildung einer Pflichtversichertengemeinschaft

Eine Versichertengemeinschaft wird bei der Kfz-Haftpflichtversicherung nicht von den Unternehmen gebildet, sondern per Gesetz, wie das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen im Jahre 1979 richtig festgestellt hat:⁵⁶

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

Mit der Organisation der nationalen Versichertengemeinschaft werden die privaten Versicherungsunternehmen vom Staat „beliehen“. Danach ist schon die Gründung eines Spezialversicherungsunternehmens (z.B. sog. Regional- oder Berufsgruppenversicherer) nicht mehr die Bildung einer Versichertengemeinschaft, sondern einer Beitragsklasse (nach einem bestimmten Merkmal), die - im Gegensatz zur Versichertengemeinschaft - nicht ihren eigenen Scha-

56 Die bis zur Deregulierung geltende TarifVO schrieb in § 8 (Allgemeine Grundsätze) vor, dass der Unternehmenstarif „unter Berücksichtigung auch des gesamten Schadenverlaufs aller Versicherungsunternehmen ein angemessenes Verhältnis von Versicherungsbeitrag und Versicherungsleistung gewährleisten“ musste: *„Er muss ferner dem Schutzbedürfnis des Geschädigten, dem Interesse des Versicherungspflichtigen an einem wirksamen Versicherungsschutz zu einem angemessenen Beitrag und der Gefahrengemeinschaft aller Versicherungsnehmer Rechnung tragen.“*

den Aufwand decken soll. Es handelt sich hier um einen „natürlichen“ Selektionsvorgang,⁵⁷ der bei einer nationalen Pflichtversicherung nicht zulässig sein dürfte, weil durch Spezialversicherungsunternehmen die nationale Versicherungsgemeinschaft zersplittert und die Subvention zu anderen Pflichtversicherten abgeschnitten wird mit der Folge, dass gleiche Versicherte weniger Versicherungsbeitrag zahlen, wenn durch die Zusammensetzung des Versichertenbestandes die selektierte Gruppe weniger Schadenaufwand und einen entsprechend geringeren Beitragsbedarf hat. Spezialversicherungsunternehmen zerstören bei einer nationalen Pflichtversicherung das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip und die verfassungsrechtlich gebotene Gleichbehandlung gleicher Pflichtversicherter. Gleiche Fahrzeughalter zahlen je nach Unternehmenszugehörigkeit nicht mehr gleiche Prämien. Aber auch andere Versicherungsunternehmen, die überhöhte Versicherungsbeiträge verlangen oder die Selektion von Pflichtversichertengruppen betreiben, die ihren Schadenaufwand selbst ausgleichen müssen, zersplittern die Pflichtversicherungsgemeinschaft in eine Vielzahl von Versicherungsgemeinschaften mit mehr oder weniger guten oder schlechten Autofahrern, in denen gute und schlechte Fahrer aber - wegen der unterschiedlichen Bestandszusammensetzung - nicht mehr gleiche Versicherungsbeiträge zahlen.

In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, ob durch die EU-Kfz-Versicherungs-Richtlinien nicht eine paneuropäische Versicherungsgemeinschaft gebildet worden ist.

(bb) Ermittlung des Gesamtbeitragsbedarfs für die (nationale) Pflichtversicherungsgemeinschaft

Der Gesamtbeitragsbedarf der nationalen Pflichtversicherungsgemeinschaft wird in gewisser Weise bereits durch die gesetzlich geregelten Jahresgemeinschaftsstatistiken ermittelt, was auch die EU durch die Gruppenfreistellungsverordnung zulässt.

Denkbar und sinnvoll wäre es, per Gesetz eine europäische Jahresgemeinschaftsstatistik aller europäischen Kfz-Versicherungsunternehmen einzurichten.

Die Ermittlung des Gesamtbeitragsbedarfs ist kein großes Problem. Er wird anhand der Schäden aus vergangenen Jahren plus Trend- und Sicherheitszuschlägen errechnet.

(cc) Verteilung des Gesamtbeitragsbedarfs auf die (nationale) Versicherungsgemeinschaft (nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip)

Das größte Problem der Kfz-Haftpflichtversicherung, das auch Gegenstand des vorliegenden Projektes ist, ist die „gerechte“ Verteilung des Beitragsbedarfs einer nationalen Pflichtversicherungsgemeinschaft auf die einzelnen Pflichtversicherten nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip.

57 Siehe oben II. 3 e.

(1) Suche nach typischen Risiken und Gefahren in der Kfz-Haftpflichtversicherung

Bei der Kfz-Haftpflichtversicherung gibt es wenig Typisches, weil die Fahrer des versicherten Fahrzeugs wechseln können und vor allem die Situationen beim Fahren sich ständig verändern (ähnlich wie bei der privaten Haftpflichtversicherung, die von fast allen Unternehmen deshalb auch mit einer Einheitsprämie ohne Unterscheidung nach Beitragsklassen betrieben wird). Zum anderen werden Kfz-Haftpflichtschäden weitaus überwiegend durch subjektiv schlechtes Fahrverhalten ausgelöst. Dieses kann ein Augenblicksversagen sein oder ein Verhalten, das nur eine Gefährdungshaftung begründet. Bei einem schlechten Fahrer ist schlechtes Autofahren allerdings etwas Typisches, das durch eine Analyse der vom Fahrer verursachten und gemeldeten Schäden (z.B. nach den Kategorien Augenblicksversagen oder Gefährdungshaftung auslösendes oder fahrlässiges oder grob fahrlässiges Verhalten und die Schadenfrequenz) und unter Berücksichtigung von Verkehrsstrafen objektiv (statistisch) bewertet werden könnte.

Typisch ist unter diesen Umständen aber sowohl im Hinblick auf das Augenblicksversagen wie auf schlechtes Fahren, dass ein Fahrzeug mit einer voraussichtlich hohen Jahresfahrleistung eine größere Gefahr darstellt. Diese lässt sich - bei ehrlichen Angaben der Antragsteller und Versicherten - auch relativ leicht feststellen und auch statistisch auswerten.

Augenblicksversagen, schlechtes Fahren und Mängel am Fahrzeug wirken sich wegen der Mobilität des versicherten Fahrzeugs in ständig anderen Verkehrssituationen völlig unterschiedlich aus. Ist im Augenblick eines Fahrfehlers kein Mensch oder kein Gegenstand in der Nähe, der verletzt oder beschädigt werden könnten, entsteht kein Schaden und kein Haftpflichtanspruch. Dieser Sachverhalt macht die Tarifgestaltung in der Kfz-Haftpflichtversicherung wesentlich komplizierter als bei anderen Versicherungen, insbesondere auch bei anderen Haftpflichtversicherungen.

Die Schadenhöhe ist bei der Kfz-Haftpflichtversicherung kein Indikator für ein höheres Risiko oder eine höhere Gefahr (wie z.B. der Wert eines Hauses in Holzbauweise). Der Umfang des einzelnen Schadens wie auch der Schadenaufwand einer Gruppe sind also keine geeigneten Indikatoren für irgendein Tarifmerkmal.⁵⁸ Ein noch nicht einmal fahrlässiges Verhalten, das aber die Gefährdungshaftung nach § 7 StVG⁵⁹ auslöst, kann zu einem hohen Haftpflicht-

58 In der *GDV-Studie* heißt es - sehr richtig -, dass „zur Differenzierung der Wagnisse nur jene Risikomerkmale berücksichtigt werden dürfen, deren Einfluß auf das versicherte Risiko sich statistisch einwandfrei nachweisen läßt“ und dass „dem Versicherten zwar die Unfallverursachung, kaum aber die nicht vorhersehbare und nicht kontrollierbare Unfallschwere angelastet werden kann.“ Dann meinen die Versicherungsstatistiker aber, dass der „Schadenbedarf als Ausgangspunkt für die Prämienkalkulation“ verwendet werden kann, obwohl dieser - wie sie selbst ausführen - „keine Auskunft darüber gibt, wie die Aufwendungen entstanden sind“.

59 § 7 Straßenverkehrs-Gesetz lautet: „(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.“

anspruch führen (Tod eines Familienvaters). Bei einem grob fahrlässigen Fahrverhalten kann dagegen nur ein Laternenpfahl beschädigt worden sein.

Auch bei Dachdeckern gibt es Augenblicksversagen und chronisch schlechtes Arbeiten. Dachdecker arbeiten aber ständig in einem typischen Umfeld, so dass „Dachdeckerarbeit“ durchaus ein Merkmal für eine insoweit typische Gefahr sein kann (wie auch „Büroarbeit“ oder „Backstubenarbeit“). Für Fahrzeuge könnte man - dem Umfeld des Dachdeckers vergleichbar - das Fahrgebiet als typisch ansehen. Allerdings lässt sich das Fahrgebiet im voraus nur schwer ermitteln. Jedenfalls sind Häuserblocks oder der Wohnort oder Zulassungsbezirke keine geeigneten Merkmale, um das Fahrgebiet zu beschreiben. Aber auch hier könnte jeder Pflichtversicherte - wie zur voraussichtlichen Jahresfahrleistung - bei Antragstellung gewisse Angaben zu den voraussichtlichen Fahrgebieten mit der jeweils vermuteten Kilometerleistung in den einzelnen Gebieten machen (einschließlich Auslandsfahrten).

Mängel am Fahrzeug können zu einem Schaden führen, der einen Haftpflichtanspruch auslöst. Sie sind aber nicht typisch und bei jedem einzelnen Fahrzeug nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand festzustellen. Allerdings sind bestimmte Fahrzeugtypen (nach Baujahr gegliedert) verkehrssicherer und eher mängelfrei als andere, was sich sicher durch Statistiken überprüfen lässt.

Hiernach gibt es nur vier typische Risiken und Gefahren in der Kfz-Haftpflichtversicherung, die durch Merkmale bei allen Pflichtversicherten erfasst werden könnten:

- *subjektiv schlechtes Fahrverhalten*, das für jeden einzelnen Versicherten nur durch die Analyse des Fahrverhaltens bei früheren Schäden und durch Verkehrsstrafen feststellbar ist;⁶⁰
- *(voraussichtliche) Jahresfahrleistung*, die für jeden einzelnen Versicherten durch Angaben bei Antragstellung und jährliche Meldungen feststellbar ist;
- *(voraussichtliches) Fahrgebiet*, feststellbar durch Angaben des Antragstellers und jährliche oder auch unterjährige Meldungen des Versicherten;
- *Typ und Baujahr des Fahrzeugs*, feststellbar durch den Fahrzeugbrief.

Fast alle der oben angeführten Merkmale, die derzeit bei der Tarifgestaltung verwendet werden, wie z.B.

Staatsangehörigkeit, Alter, Beruf, Geschlecht, Ausbildung, Familienstand, Gesundheitszustand, Zahl und Alter der Kinder, Hausbesitz, Garagenbesitz, Regionen bis hin zu Häuserblocks, Prämienverzug, Umfang der Privatkredite, Sternzeichen, Dauer des Führerscheinbesitzes,

60 Prof. Gürtler vertritt im Versicherungswirtschaftlichen Studienwerk (Buchausgabe, 1962-1964, C II Seite 18) die Meinung, dass Merkmale, die auf das subjektive Verhalten hinweisen, verwendet werden dürfen, schreibt dann aber: „Voraussetzung ist selbstverständlich, dass sich die subjektiven Gefahrenmerkmale tatsächlich erfassen lassen. *Fehlt diese Möglichkeit, so ist die Frage bereits entschieden.*“ - So verlangte auch die Tarif-Verordnung, § 6 Abs. 2: „Bei der Gestaltung des Unternehmenstarifs können Gefahrenmerkmale, die ... für die Art und Größe des Versicherungsrisikos bestimmend sind, berücksichtigt werden, *wenn sie eindeutig bestimmbar sind.*“

Dauer der Schadenfreiheit, Sicherheitstraining, Entfernung zum Arbeitsplatz, Bahncard, Fahrzeugnutzung, Nutzerkreis, sexuelle Orientierung, Religion, Fahrzeugpreis, Höchstgeschwindigkeit, Kraftstoffart, Kraftstoffverbrauch, Autofarbe ...

sind für die Bestimmung der für einen Kfz-Haftpflichtschaden typischen Risiken und Gefahren bei dem einzelnen Versicherten nicht geeignet, weil sie nur auf das „Gesamtrisiko“ hinweisen, das die unterschiedlichen Fahrzeughaltergruppen für die Prämienversicherer darstellen. Sie geben aber keine Auskunft über das einzelne versicherungstechnische Risiko und dessen Gefährdung.⁶¹

Wenn man die Merkmale durchgeht, bleiben nur die bisher verwendeten Tarifmerkmale Jahresfahrleistung und Fahrzeugtyp als brauchbar übrig, allerdings mit anderer Gewichtung und anderen statistischen Ausgangsfragen. Alle anderen Merkmale sind das Ergebnis eines unzulässigen Versuchs, Fahrzeughalter- und Nutzungsprofile zu erstellen anhand des Schadenaufwands von Gruppen, die einen von anderen Gruppen abweichenden Schadenaufwand haben, und ein so ermitteltes Profil - z.B. „Beamte sind gute Fahrer“ oder „junge Menschen sind schlechte Fahrer“ - dann auf den einzelnen zu übertragen. Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass unter den Beamten auch viele schlechte Fahrer sind und unter den jungen Menschen eine große Zahl an guten Fahrern ist. Eine Studie in den USA hat sogar gezeigt, dass unter den Jugendlichen die größte Zahl der guten Autofahrer ist, die - unbelastet von beruflichen Problemen und Sorgen - aufmerksam und mit Freude Auto fahren. In der Gruppe ist aber auch die größte Zahl schlechter Fahrer, die unvorsichtig und wild fahren (z.B. nachts nach Disco-Besuch gegen den Baum). „Homogenisiert“ man diese Altersgruppe anhand ihres sehr hohen Durchschnittsschadens (wie es nach den derzeitigen Tarifen geschieht), dann werden die vielen guten Fahrer plötzlich zu ganz schlechten.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie falsch und unsinnig die Methode ist, Gruppenmerkmale auf das einzelne Gruppenmitglied zu übertragen, wenn die Gruppe nicht homogen ist, sondern erst anhand von Durchschnittswerten homogenisiert wurde.

(2) Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung (Suchen nach Risiko-/Gefahren-/Tarifmerkmalen, Messen ihres Einflusses auf Risiko und Gefahr)

Die Statistiken werden nicht nur für die Suche nach Risiko- und Gefahrenmerkmalen eingesetzt, sondern sie sollen auch deren Einfluss auf den Risikoumfang und den Grad der Gefahr messen, damit der Beitragsbedarf nach dem

61 H.-J. Küssner VersWissStud Bd. 1, S. 138, 142 ff.): „Es erscheint eher unwahrscheinlich, daß das Merkmal Beamter ursächlich mit dem Unfallgeschehen zu tun hat. Die nachträgliche statistische Bestimmung ist ohne inhaltliche Analyse nicht ausreichend, um tatsächliche Wirkzusammenhänge nachzuweisen. Sie ist in ihrer Aussage wesentlich von - möglicherweise nach anderen Kriterien - erfaßten Daten abhängig. Es werden Zusammenhänge für einen Oberbegriff vorgegaukelt, für die kein ursächlicher Zusammenhang besteht. Eine Entscheidung ist bei einer solchen Vielzahl von Einflußgrößen nicht möglich. Verhalten an sich kann kein benutzbares Tarifierungsmerkmal sein. Zusammengenommen ist deutlich festzustellen, daß eine einzelne Betrachtung aller hier angeführten Prädiktoren für Schadenereignisse den Forderungen des BVerwG bisher noch nicht Genüge tun. Und diese Schlußfolgerung gilt erst recht für die bisher benutzten Merkmale.“

versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip, also dem individuellen Risiko entsprechend, auf die Beitragsklassen und die einzelnen Versicherten verteilt werden kann. Nur solche Eigenschaften eines Risikos dürfen als Tarifmerkmale verwendet werden, deren Einfluss auf die Entstehung und/oder den Umfang eines Schadens sich messen lässt. Jedes andere Vorgehen würde zu einer sachlich ungerechtfertigten Diskriminierung führen. - Ein Beispiel:

- Es lässt sich vermutlich statistisch leicht nachweisen, dass Holzhäuser leichter und wohl auch in größerem Umfang brennen als Steinhäuser. Die Bauweise von Häusern ist also ein geeignetes Tarifmerkmal, das sich bei allen Häusern feststellen lässt.
- Danach muss für die Beitragsfestsetzung statistisch ermittelt werden, inwieweit sich die massive und inwieweit sich die Holzbauweise bei einem Schaden auswirkt. Brennen Holzhäuser doppelt so oft und im Durchschnitt mit 50 Prozent höheren Schäden als Steinhäuser (mit gleichem Wert), dann ist in diesem Beispiel der Beitrag bzw. Beitragssatz für die Holzhäuser dreifach höher.

Es gäbe eine Versichertengemeinschaft „Gebäudefeuerversicherung“ mit zwei homogenen Beitragsklassen (Holzhäuser, Steinhäuser), deren Beiträge nach Tarifmerkmalen festgelegt worden sind, die sich bei jedem Risiko feststellen lassen und die einen messbaren Einfluss auf Eintritt und Höhe eines Schadens haben. Würden Versicherungsunternehmen den erkennbaren und messbaren Zusammenhang von Eigenschaften des Risikos oder von Gefahren nicht berücksichtigen und einfach den Schadenaufwand auf willkürlich gebildete Gruppen oder gleichmäßig auf die unterschiedlichen Risiken verteilen, käme es zu Diskriminierungen.

d) Gruppenstatistiken nach dem Schadenaufwand verstoßen gegen die Versicherungstechnik und gegen alle Regeln der Statistik

Der Kardinalfehler der bei den Kfz-Tarifen angewandten Statistiken ist, dass sie durch die Bildung von Versichertengruppen nach ihrem unterschiedlichen Schadenaufwand

- das Gruppenmerkmal zum Tarifmerkmal erheben, ohne dessen Einfluss auf die Entstehung und den Umfang eines Kfz-Haftpflichtschadens zu prüfen,
- und gleichzeitig den Schadenaufwand der Gruppe auf alle Gruppenmitglieder verteilen.

Fehler Nr. 1: Es darf nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip keine Tarifmerkmale geben, die keinen Einfluss auf die Entstehung oder den Umfang eines Schadens haben. Jedenfalls können Merkmale, die nur einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Schadenserwartungswert einer Gruppe aufweisen, unmöglich als Tarifmerkmale verwendet werden. Solche willkürlichen Merkmale führen zur Diskriminierung.⁶² Diese Meinung vertreten in Deutschland die Bundesregierung und der Bundesrat,⁶³ das Bundesver-

62 In den USA bestreiten Branchenfunktionäre 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.

63 Bundestagsdrucksache 12/6959, S. 136.

waltungsgericht⁶⁴ und das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV)⁶⁵. In der Bundestagsdrucksache 12/6959 (S. 136) heißt es:

„Bundesregierung und Bundesrat stimmen überein, daß sich die Tarifierung in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung an *risikorelevanten Faktoren* auszurichten hat und daß die *Staatsangehörigkeit für sich allein kein Risikofaktor* ist. Die Bundesregierung hält es aber nicht für opportun, dieses Kriterium für die Risikobewertung gesetzlich zu verbieten, ohne auch *andere willkürliche Gruppenbildungen* oder Risikobewertungen zu untersagen.“

Letztlich wurde aber im Jahre 1994 doch ein neuer § 81 e in das VAG eingefügt:

„Als Mißstand im Sinne des § 81 Abs. 2 sind auch Tarifbestimmungen und Prämienkalkulationen anzusehen, die auf die Staatsangehörigkeit des Versicherungsnehmers oder Versicherten oder auf deren Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe abstellen.“

Das BAV hatte bereits im Jahre 1979 die Genehmigung eines Sondertarifs für Ausländer mit dem Hinweis auf „Diskriminierung“ verweigert, obwohl Statistiken einen wesentlich höheren Schadenaufwand für die Gruppe der Ausländer nachweisen.⁶⁶ Dabei hat das BAV (a.a.O.) richtig festgestellt:

„Die Tätigkeit der Tarifgenehmigungsbehörde ist unter Wahrung der in §§ 8 und 9 PflVG aufgeführten Grundsätze an den *Belangen aller Versicherten* auszurichten (BVerwG, VerBAV 1968, 278/280). Unter diesen Vorzeichen sind auch *Gruppenbildungen* innerhalb der Versicherungsnehmer zu sehen. Das in § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 PflVG ausdrücklich genannte *Interesse der Versicherungspflichtigen an einem angemessenen Verhältnis von Beitrag und Versicherungsleistung* bedeutet für die Aufsichtsbehörde eine grundsätzliche Verpflichtung, *im Interesse aller Versicherten* auf eine solche Ausgewogenheit zu achten. Bei Genehmigung der beantragten Tarifizuschläge wäre das Interesse der ausländischen Versicherungsnehmer an der Gewährung von Versicherungsschutz zu einem angemessenen Beitrag nicht mehr gewahrt. Die Gründe für den durch die Statistiken ausgewiesenen höheren Schadenbedarf der Ausländer liegen nicht in der Staatsangehörigkeit der Versicherungsnehmer. Die Staatsangehörigkeit als solche ist deshalb zur Verwendung als subjektives Gefahrenmerkmal im Sinne der TarifVO nicht geeignet. Die Einführung der Beitragszuschläge würde schließlich auch zu einer weiteren *Aufsplitterung der Versicherungsnehmer-Gruppen* beitragen.“

Das BAV hat in seiner Beschlusskammerentscheidung eingeräumt, daß „die derzeit im Tarif für die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung verwendeten subjektiven Risikomerkmale nicht unmittelbar für das Risiko ursächlich sind“. Aus den Gründen dieser Entscheidung ergibt sich außerdem, daß auch die klagenden Versicherungsunternehmen die Abweichung von der Versiche-

64 VersR 88, 820 = VerBAV 88, 372.

65 VerBAV 9/84, S. 331

66 Das Aufsichtsamt hat dabei übersehen, daß z.B. die Merkmale „Region“ oder „Beruf“ auch nur auf statistischen Unterschieden von Versichertengruppen basieren.

rungstechnik im Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen Kfz-Haftpflichtversicherung eingestehen. Das Vorbringen der Unternehmen wird in den Entscheidungsgründen wie folgt dargestellt:

„Der Begriff des Gefahrenmerkmals im Sinne von § 7 Abs. 2 Tarif-Verordnung sei in Literatur und Tarifpraxis *niemals so aufgefaßt worden, daß es sich um ein Merkmal handeln müsse, das für das Risiko unmittelbar ursächlich* sei. Es sei ausreichend, wenn sich *Risikogruppen* mit dem Gefahrenmerkmal bestimmen ließen. In der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung werde das subjektive Risiko durch Merkmale bestimmt, die sich nur schwer objektivieren ließen. Da sich die Qualität eines Fahrers nicht messen lasse, müßten im Tarif andere Merkmale verwendet werden.“

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Entscheidung des BAV, mit der dieses den Widerspruch der Versicherungsunternehmen zurückgewiesen hat, bestätigt und ausgeführt, dass

„ein Tarifierungsmerkmal nicht allein durch eine statistische Signifikanz begründet werden kann, sondern von einem Merkmal, das in besonderem Maße zu einer risikogerechten Gestaltung des Unternehmenstarifs geeignet sein soll, zu fordern ist, daß die erfaßten Wagnisse die für sie tatsächlich erheblichen Umstände in hohem Maß übereinstimmend aufweisen.“

Fehler Nr. 2: Wenn Eigenschaften von Sachen oder Personen (willkürlich) zu Tarifmerkmalen erhoben werden, die keinen Einfluss auf die Entstehung oder den Umfang eines Schadens haben, können die Statistiken auch nicht für ihre wichtigste Aufgabe eingesetzt werden, die nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip darin besteht zu ermitteln, inwieweit die den Tarifmerkmalen zugrundeliegenden Eigenschaften des versicherten Risikos dessen Umfang und den Grad seiner Gefährdung bestimmen. Die Gestalter unserer derzeitigen Kfz-Haftpflichtversicherungstarife bleiben bei dem Vergleich und der gleichzeitigen Verteilung des Schadenaufwandes von Gruppen stehen:

- Sie unternehmen nicht einmal den ersten Schritt zu überprüfen, *ob* ihre entdeckten Tarifmerkmale überhaupt Eigenschaften des versicherten Risikos repräsentieren, die seinen Umfang und den Grad seiner Gefährdung bestimmen.
- Sie können also schon gar nicht den für die Beitragsabstufung wichtigen zweiten Schritt unternehmen, nämlich untersuchen, *inwieweit* die den Tarifmerkmalen zugrundeliegenden Eigenschaften des versicherten Risikos dessen Umfang und den Grad seiner Gefährdung bestimmen.⁶⁷

67 Insofern ist es falsch und irreführend, wenn von Vertretern der deutschen Aufsichtsbehörde gesagt wird (schriftliches Statement von *Schmidt-Hidding* und *Teske* in Tagungsmappe Leuven, 3.2 Seite 1), „die statistische Schadeneintrittswahrscheinlichkeit ex ante sei bei allen Gruppenmitgliedern mehr oder weniger gleich“ und damit die Meinung vertreten oder suggeriert wird, die Gruppenmitglieder seien gleiche Risiken im Hinblick auf die Gefahr, einen Kfz-Haftpflichtschaden zu verursachen, und müßten deshalb gleiche Prämien zahlen.

Fehler Nr. 3: Der zwischen einzelnen Gruppen statistisch ermittelte unterschiedliche Schadenaufwand ist für sich allein kein geeignetes Mittel, um ein Tarifmerkmal zu entdecken. Ein Tarifmerkmal muss einen Risikobezug haben. Eine wichtige Grundregel für Statistiken ist, dass sie eine logische Basis haben müssen. Im Jahre 1990 hat *Prof. Richard Struck* in einer Stellungnahme für den Bund der Versicherten ausgeführt:⁶⁸

„Jede statistische Berechnung muß prinzipiell mit einer dem jeweiligen Untersuchungsobjekt entsprechenden sachlichen Analyse verbunden werden. Ergibt sich durch statistische Berechnungen ein zahlenmäßiger Unterschied oder eine Gleichläufigkeit, so kann daraus nicht unbedingt auf einen sachlichen Unterschied oder einen sachlichen Zusammenhang geschlossen werden. Dafür gibt es genügend Beispiele der sogenannten Nonsense-Korrelation. Eine Gruppierung der Autofahrer nach Regionen oder nach Berufsgruppen kann nicht aus statistischer, sondern muß aus sachlicher Sicht begründet werden. Das erscheint jedoch bei Regionen und Trennung nach öffentlichem und nicht-öffentlichem Dienst nicht möglich, da m. E. die Zugehörigkeit zu dieser oder jener Gruppe keinen Rückschluß auf das - für eine Haftpflichtversicherung entscheidende - Fahrverhalten des einzelnen Pkw-Fahrers zuläßt.“

Fehler Nr. 4: Das Ergebnis der falsch angewendeten Statistiken, die gleichmäßige Verteilung des Schadenaufwandes auf eine Beitragsklasse, entspricht nicht der Versicherungstechnik bei der Beitragsklassenbildung, sondern dem Prinzip der Bildung von Versichertengemeinschaften.⁶⁹ Eine Beitragsklasse

68 Siehe auch oben *Küssner* in Fn. 61.

69 Jede Verteilung des Schadenaufwandes auf eine Gruppe führt zur Bildung einer neuen Versichertengemeinschaft (die ihre Schäden selbst bezahlen muss). Tatsächlich haben die Statistiker der Prämienversicherer die Ausgangsfrage „Was bestimmt Eintritt und Umfang eines Kfz-Haftpflichtschadens und welche Merkmale können in Bezug auf die Gefahr, einen Kfz-Haftpflichtschaden zu verursachen, objektiv ermittelt und bei der Beurteilung eines jeden einzelnen Antragsteller bzw. Versicherten verwendet werden?“ pervertiert in „Welche Gruppenmerkmale gibt es, die es dem Prämienversicherer ermöglichen, das Ergebnis seiner als Ausgleichsgeschäft betriebenen Prämienversicherung durch die Selektion / Antiselektion bestimmter Gruppen zu beeinflussen?“. - Alle oben unter (cc) aufgeführten Vorgänge (1) bis (5) gibt es nicht bei der Tarifgestaltung im Sinne des Prämienversicherungsmodells. Der Gesamtbeitragsbedarf der Versichertengemeinschaft wird nicht auf die Versicherten nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip verteilt (siehe oben Seite 35), sondern nach dem Prinzip: Jeder Versicherte einer *Gruppe*, die einen von anderen Gruppen abweichenden *Schadenaufwand* aufweist, soll die Prämie bezahlen, die dem *auf alle Gruppenmitglieder gleichmäßig verteilten Durchschnittsschadenserwartungswert* entspricht. Dabei wurde eingangs der vom GDV in Auftrag gegebenen Studie das Äquivalenzprinzip noch richtig dargestellt: „Jede versicherungstechnische Einheit ist mit dem Prämienatz zu belasten, der seiner individuellen Gefahr entspricht.“ 150 Seiten weiter wird aber 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. Dadurch ist die Gruppe nicht - wie bei der Beitragsklassenbildung die Beitragsklasse - ein gesuchtes Ergebnis, sondern Ausgangspunkt und Ergebnis zugleich. - Bei der derzeitigen Tarifgestaltung wird nicht nach typischen Risiken und Gefahren gesucht und demzufolge auch nicht nach dafür typischen Merkmalen, anhand derer der Umfang des Risikos und der Grad seiner Gefährdung gemessen werden kann. Versicherte Risiken werden nicht nach ihrem Umfang und dem Grad der Gefährdung zu Beitragsklassen zusammengefasst. Die Beiträge bzw.

soll ihren Schadenaufwand nicht selbst ausgleichen. Das ist die Aufgabe der - hier: nationalen - Versichertengemeinschaft. Bei vielen Versicherungsarten gibt es oft nur wenige versicherte Risiken in einigen Beitragsklassen. Es wäre unsinnig zu verlangen, dass die wenigen Versicherten einer solchen Tarifgruppe ihren Schadenaufwand selbst ausgleichen. Das würde der Selbstzahlung von Schäden sehr nahe kommen und dem Versicherungsprinzip widersprechen. Schäden von Gruppen (z.B. der Holzhäuser) dürfen nur dazu verwendet werden zu prüfen, *ob* und *inwieweit* die Holzbauweise den Umfang des Risikos und den Grad seiner Gefährdung bestimmt.

Fehler Nr. 5: Es kommt zu falschen Subventionen. Die Befürworter der derzeitigen Tarifstruktur geben zu, dass es in allen Tarifgruppen gute und schlechte Fahrer gibt - nur in anderer zahlenmäßigen Zusammensetzung.⁷⁰

Wenn die Prämienversicherer zugeben, daß sie Gruppen klassifizieren, dann muß man sie fragen: Woher nehmen die mit der Organisation einer Pflichtversicherung beliehenen Unternehmen das Recht zu bestimmen, dass z.B. die Leipziger oder junge Menschen ihre Schäden alleine bezahlen sollen, dass also die guten Risiken in diesen Gruppen die schlechten Fahrer alleine subventionieren müssen ? - Weil die derzeitige Tarifstruktur mit ihrer „Gruppenbildung nach Schadenaufwand“ eine Vielzahl von Versichertengemeinschaften schafft, gibt es die - eigentlich selbstverständliche - bundesweite Subvention aller Pflichtversicherten innerhalb einer Versichertengemeinschaft nicht mehr. Durch die Zersplitterung der bundesweiten Pflichtversichertengemeinschaft subventionieren die guten Risiken in den Tarifgruppen mit hohen Prämien nicht nur die schlechten Risiken in ihren Gruppen, sondern sogar die guten wie auch die schlechten Risiken in den Gruppen mit niedrigen Prämien.

Beitragssätze für die Tarifgruppen werden also nicht den Unterschieden im Risikoumfang und in der Gefährdung entsprechend festgesetzt. Wird ein Versicherungsantrag gestellt, wird der Umfang des zu versichernden Risikos und der Grad seiner Gefährdung überhaupt nicht beurteilt. Der Versicherte wird also nicht einer Beitragsklasse, sondern einer (fiktiven) Versichertengemeinschaft mit einem bestimmten Schadenaufwand zugewiesen, zahlt also eine Prämie, die nicht nach dem individuellen Risiko abgestuft ist. Genau dieses hat der US-Senator *Metzenbaum* in einem Senats-Hearing kritisiert: „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 ?*” - *Insurance Commissioner Stone* ergänzte diese Frage mit dem Hinweis: „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.” - Siehe hierzu die folgende Fn. 70, *U. Meyer*: Jede Tarifklasse (z.B. der jungen Menschen) enthält - in Bezug auf die Verursachung eines Kfz-Haftpflichtschadens - stark unterschiedliche Risiken.

70 *Prof. U. Meyer*, Teil III dieses Abschlussberichtes, Seite 5: „Für die Gruppe der Versicherungsnehmer in einer *Tarifklasse als Ganzes* ist diese Art der Tarifierung risikogerecht: Der Schadenerwartungswert der Gruppe entspricht dem Prämienaufkommen der Gruppe. *Allerdings enthält jede einzelne Tarifklasse Versicherungsnehmer mit durchaus stark unterschiedlichen Risiken.*” - Ein Report aus den USA vom Mai 1979 macht diese Unterschiede deutlich: „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 M of all insureds) will have a decrease in their liability premiums of 48%, 24% and 17% respectively.”

Das Argument, daß es zu einer falschen Subvention zwischen den Tarifgruppen kommen würde, wenn man die sie nicht nach ihrem Durchschnittsschaden klassifizieren würde, ist unsinnig, da zum Beispiel alle Leipziger zusammen nach jedem Tarifsysteem immer mehr zahlen als andere Gruppen, weil es auch bei einer Tarifierung nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip in Leipzig immer mehr „schlechte Risiken“ gibt, die einen entsprechend höheren Beitrag zahlen.

e) Ansatzpunkte für ein risikogerechtes Tarifierungssystem

Im Rahmen des vorliegenden Projektes sollen keine Vorschläge für ein neues Tarifierungssystem gemacht werden. Anhand von Ansatzpunkten, die natürlich in einem weiteren Projekt noch weiter ausgearbeitet werden müssten, soll aber aufgezeigt werden, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, ein Tarifierungssystem zu entwickeln, das zumindest risikogerechter ist als das bisherige.

Ziel der Beitragsklassenbildung in der Kfz-Haftpflichtversicherung muss sein, Fahrzeughalter, die in Bezug auf ihr Fahrverhalten gleich sind, mit Fahrzeugen, die in Bezug auf die Verkehrssicherheit gleich sind, mit gleichen Fahrleistungen in vergleichbaren Fahrgebieten zusammen zu fassen. Das könnte zum Beispiel hinsichtlich des Fahrverhaltens durch 6 Beitragsklassen geschehen:

1. schadenfreie Fahrer und solche, die durch ein erkennbares Augenblicksversagen oder einen nicht zu vertretenden Fahrzeugmangel einen Haftpflichtanspruch verursacht haben,
2. schadenfreie Fahrer mit bestimmten Verkehrsstrafen,
3. Fahrer, die durch Fahrlässigkeit einen Haftpflichtanspruch verursacht haben, aber ohne Verkehrsstrafen geblieben sind,
4. Fahrer mit bestimmten Verkehrsstrafen, die durch Fahrlässigkeit einen Haftpflichtanspruch verursacht haben,
5. Fahrer, die durch grobe Fahrlässigkeit einen Haftpflichtanspruch verursacht haben, aber ohne Verkehrsstrafen geblieben sind,
6. Fahrer mit bestimmten Verkehrsstrafen, die grob fahrlässig einen Haftpflichtanspruch verursacht haben.

Durch die Auswertung von Schadenakten und die Berücksichtigung von Verkehrsstrafen (z.B. nach einem Punktesystem, nach dem das Kraftfahrt-Bundesamt in Deutschland Verkehrssünder klassifiziert und registriert) wäre eine solche Gruppenbildung möglich. Während bisher von der Dauer der Schadenfreiheit auf das Fahrverhalten geschlossen wurde (Bonus-System), werden hier - umgekehrt - aufgrund von Schäden entsprechende Rückschlüsse auf das versicherte Risiko gezogen. Die Beurteilung des Schadenhergan-

ges nach Augenblicksversagen, Fahrzeugmängel, fahrlässiges oder grob fahrlässiges Fahrverhalten dürfte kein Problem darstellen, weil auch jetzt schon Haftpflichtansprüche im Hinblick auf eine Gefährdungshaftung oder Mitverschulden von den Gerichten geprüft und festgestellt werden. Für Streitigkeiten um entsprechende Tarifeinstufungen könnte ein außergerichtliches „Ombudsverfahren“ vorgesehen werden.

Es könnte außerdem für die Berücksichtigung des Fahrverhaltens eine Mischung aus einer a-priori-Beitragsfestsetzung und -Erfahrungstarifizierung herbeigeführt werden, indem von allen Pflichtversicherten - auch von den schadenfreien - im voraus ein Beitragszuschlag (a-priori-Malus) erhoben wird, der bei einem Schaden als Malus vereinnahmt werden darf, ansonsten aber als „Guthaben“ des Versicherten stehen bleibt (a-priori-Malus-System).⁷¹

Die gleiche Wirkung könnte mit Selbstbehalt-Tarifen herbeigeführt werden, wie sie neuerdings ein deutsches Versicherungsunternehmen zur Kfz-Haftpflichtversicherung entwickelt hat. Die Selbstbeteiligung von 1.000 € wird dabei mit regelmäßigen Einzahlungen in einen Investmentfonds angespart. Der Ansparvorgang ist verbunden mit einem garantierten Kreditangebot für den Fall, dass die Selbstbeteiligung im Zeitpunkt eines Schadens noch nicht oder nicht voll angespart ist. Der Beitrag verringert sich durch die Selbstbeteiligung um etwa 30 Prozent.

Schon jetzt gibt es nachträgliche Korrekturen zu vorher nicht erkennbaren „Gefahren“ des versicherten Risikos, wie z.B. der für die Versicherungsunternehmen nach § 5 KfzPflVV mögliche Regress von bis zu 5.000 € bei Trunkenheit oder vertragswidrigem Gebrauch des Fahrzeugs. Solche Regresse könnten erweitert werden auf Haftpflichtansprüche durch das Fahren mit dem versicherten Fahrzeug in einem (erkennbar) schlechten Zustand.

Die Beiträge könnten - wie schon jetzt - nach der voraussichtlichen Jahresfahrleistung abgestuft werden, die für jeden einzelnen Versicherten durch Angaben bei Antragstellung und jährliche Meldungen feststellbar ist.

Die Beiträge könnten außerdem nach dem voraussichtlichen Fahrgebiet festgesetzt werden, das nicht durch den Wohnort bestimmt wird, sondern durch Angaben des Antragstellers und jährliche oder auch unterjährliche Meldungen des Versicherten.

Als weitere Tarifmerkmale könnten - allerdings nur im Hinblick auf ihre technische Ausstattung und Verkehrssicherheit - Typ und Baujahr des Fahrzeugs verwendet werden, die sich aus dem Fahrzeugbrief ergeben.

Zu beachten ist, dass es bei dieser Tarifgestaltung nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip nicht darum geht, den Schadenaufwand von Gruppen auf die Beitragsklasse zu verteilen, sondern um das Messen der unterschiedlichen Risiken und Gefahren.

Zu beachten ist außerdem, dass die Vorstellung vieler falsch ist, die Beiträge müssten genau den Beitragsbedarf einer Beitragsklasse oder einer Versicherungsgemeinschaft decken. Auch bisher konnte niemand den genauen Beitragsbedarf, den die bundesweite Pflichtversichertengemeinschaft decken muss, genau prognostizieren. Es wird deshalb schon immer mit Sicherheitszuschlägen gerechnet, aus denen Rückstellungen und Reserven gebildet werden. Die Umsetzung eines versicherungstechnisch einwandfreien Tarifs in ei-

71 Vgl. den Vorschlag von H. D. Meyer im Jahre 1994 in: VersWissStud Bd. 1, Seite 163

ner gesetzlichen Pflichtversicherung setzt voraus, dass gesetzlich geregelt wird, dass und wie die Tarifstruktur und die reinen Versicherungsbeiträge für die gesetzlich vorgeschriebene Kfz-Pflichtversicherung einheitlich festgesetzt werden (mit Möglichkeiten, durch Zusatzbausteine von der Grundstruktur abzuweichen, insbesondere bei einer freiwilligen Zusatzversicherung). Es müsste außerdem das Poolen der reinen Versicherungsbeiträge vorgeschrieben werden, um Unterschiede von Über- oder Unterdeckungen im Bereich der gesetzlichen Pflichtversicherung auszugleichen, die sich aus den unterschiedlichen Bestandszusammensetzungen ergeben (z.B. bei Spezialversicherungsunternehmen).

Ein solches Modell, das in etwa dem japanischen System entspricht, ist keine „kommunistische Einheitsversicherung“.⁷² Die Pflichtversicherten zahlen keine Einheitsbeiträge, sondern - wie oben skizziert - nach Fahrverhalten, Fahrleistung, Fahrgebiet und Fahrzeugtyp abgestufte Beiträge. Schadenfreie Fahrer zahlen nicht „keinen Beitrag“, wie einige immer wieder behaupten, die im derzeitigen Tarifsysteem verhaftet bleiben und von der - versicherungstechnisch falschen - Verteilung des Schadenaufwands bzw. Beitragsbedarfs auf die jeweiligen Gruppen ausgehen. Und Fahrzeughalter mit Schäden zahlen nicht ihre Schäden selbst, sondern werden - wie bei Versicherungen üblich - von den schadenfreien Pflichtversicherten in gleicher Form subventioniert.

III. Zusammenfassung

Nach den vorangegangenen Ausführungen ist äußerst z w e i f e l h a f t , dass die Annahmen fast aller für Gesetzgebung und Rechtsprechung Verantwortlichen richtig sind - wie zum Beispiel,

- dass Versicherung ein Produkt oder eine Dienstleistung der Versicherungsunternehmen sei,
- dass Versicherungsprämien „Preise“ für wirtschaftliche Leistungen von Versicherungsunternehmen seien,
- dass die aus dem Ausgleichsgeschäft „Prämienversicherung“ entstehenden, vor allem durch Selektion von Versichertengruppen beeinflussbaren Prämienüberschüsse „erwirtschaftete Gewinne“ der Prämienversicherer darstellen,
- dass die Gestaltung von Tarifen mit der Gestaltung von Preisen für Produkte oder Dienstleistungen vergleichbar sei,
- dass Versicherungsunternehmen durch die Tarifgestaltung und die damit verbundene Selektion von Versichertengruppen den Gesamtschadenaufwand für die Pflichtversicherten senken könnten,
- dass im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherung die Versicherungspflichtigen hinsichtlich der Tarifierungsmerkmale und deren Auswirkungen für den Umverteilungsbeitrag gleich bzw. gerecht behandelt und belastet werden,

72 Vollbrecht in Tagungsmappe Leuven 3.4 Seite 7.

- dass es einen Versicherungsmarkt und Wettbewerb um „Versicherung“ als Geldumverteilungsvorgang geben könne, also die „selbstreinigenden Kräfte des Marktes“ zu angemessenen Prämien oder Beiträgen führen würden,
- dass pflichtversicherte Fahrzeughalter Wahlfreiheit haben und Versicherungsschutz zu einem angemessenen Beitrag und die damit verbundenen Dienstleistungen zum günstigsten Preis finden könnten,
- dass es der Versicherungstechnik entspricht, das individuelle Risiko eines Versicherten zu bestimmen, indem ihm der Durchschnittsschaden einer Versichertengruppe zugewiesen wird, die einen von anderen Gruppen abweichenden Schadenaufwand hat,
- dass es dem bei einer gesetzlichen Pflichtversicherung einzuhaltenden Gleichheitsgrundsatz entspricht, dass gleiche Fahrzeughalter ungleiche Beiträge zahlen - je nach ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit einem von anderen Gruppen abweichenden Schadenaufwand,

Es ist vielmehr anzunehmen,

- dass Versicherung (als Geldbereitstellung und -umverteilung) eine Leistung der Versicherten selbst ist, die Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen als Geschäftsbesorgung für die Versicherten organisieren (Beitragskalkulation, Tarifgestaltung, Einzug, Umverteilung und Anlage von Versichertengeld),
- dass die Tarifgestaltung demzufolge eine Dienstleistung ist, die im Auftrag und im Interesse der Versicherten durchzuführen ist von Vereinen oder Unternehmen, die durch den Staat mit der Organisation einer Pflichtversichertengemeinschaft beliehen wurden,⁷³
- dass bei einer gesetzlichen Pflichtversicherung (statt Weisungen der Versicherten) hoheitliche Vorgaben hinsichtlich der Beitragsfestsetzung und Beitragsklassenbildung - wie bereits in vielen EU-Mitgliedstaaten - zur Verhinderung von Diskriminierungen erforderlich und auch zulässig sind, weil sie nur den wettbewerbsfreien Versicherungs- und nicht den Dienstleistungsbereich betreffen,⁷⁴
- dass sich nicht einmal die Frage der Verhältnismäßigkeit stellt, weil es sich bei den Tarifvorgaben nicht um Eingriffe in den Dienstleistungsbereich und in die freie unternehmerische Betätigung der Unternehmen in diesem Dienstleistungsbereich handelt, die Versicherungsdienstleistungsunternehmen also überhaupt nicht belastet werden,
- dass die faktische Unverhandelbarkeit der Kfz-Versicherungsverträge Marktmacht und eine gestörte Vertragsparität erzeugt und dass sich die Ta-

⁷³ Siehe *Schünemann*, Anlage 3 (Kurzstudie „Wettbewerbsaspekte“), Seite 17.

⁷⁴ Hierzu das Bundesverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 17.05.1988 (m.w.N.; siehe oben Fn. 64, VersR 88, 820 = VerBAV 88, 372) zu Tarifvorgaben, die eine Genehmigung von Ausländertarifen nicht zuließen: „Diese Regelung (Anm.: das Verbot der Ausländertarife) ist durch hinreichende Gründe des Allgemeinwohls gerechtfertigt, zur Erreichung des mit ihr verfolgten Zwecks geeignet und erforderlich und den Versicherungsunternehmen zumutbar; sie erfüllt damit die Voraussetzung einer verfassungsmäßigen Regelung der Berufsausübung und verletzt auch nicht die durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützte wirtschaftliche Betätigungsfreiheit und die von ihr umschlossene Teilnahme am Wettbewerb.“

riffreiheit de facto dahingehend auswirkt, dass wegen des Hinzutritts wirtschaftlicher Machtfaktoren (Gewinninteressen, Selektions- und Konkurrenzkämpfen) Ungleichbehandlungen möglich werden, denen der Verbraucher schutz- und hilflos ausgeliefert ist,⁷⁵

- dass die Tariffreiheit der Unternehmen die Freiheit (Privatautonomie) der Pflichtversicherten beim Abschluß einer gesetzlichen Pflichtversicherung erheblich eingeschränkt und zu Diskriminierungen geführt hat,
- dass es der Versicherungstechnik entspricht, wenn das individuelle Risiko eines Versicherten durch typische Risiko- und Gefahrenmerkmale bestimmt wird, die bei allen Versicherten festzustellen sind und einen Einfluss auf den Umfang des versicherten Risikos und den Grad seiner Gefährdung haben,
- dass die Deregulierung und die damit verbundene Tariffreiheit - zumindest im Bereich einer gesetzlichen Pflichtversicherung - ein Irrtum war,⁷⁶
- dass Prämienversicherer nicht länger mit einer ungeteilten Prämie arbeiten dürfen, sondern diese aufteilen und für ihre Dienstleistungen Preise angeben müssen, eine solche Preisangabe derzeit aber nicht erfolgt,
- dass Wettbewerb um die Dienstleistungen der Unternehmen ohne eine solche Preisangabe nicht möglich ist, sondern erst durch die Angabe eines Dienstleistungspreises ermöglicht wird,⁷⁷
- dass legislatorische Maßnahmen erforderlich sind, um Versicherungsdienstleistungsunternehmen - zumindest im Bereich einer gesetzlichen Pflichtversicherung - zur Angabe der Preise für ihre Dienstleistungen zu verpflichten,
- dass erst Tarif- und Beitragsvorgaben (zusammen mit dem Kontrahierungszwang) und die Angabe eines Dienstleistungspreises die Möglichkeit des Verbrauchers garantieren, ungehindert von wirtschaftlicher Übermacht sein Interesse an einem angemessenen Beitrag und an einem günstigen Dienstleistungspreis verwirklichen zu können,

IV. Vorschläge für Maßnahmen der EU-Kommission

Der Bund der Versicherten schlägt der EU-Kommission vor, eine Untersuchung der im Zusammenhang mit Versicherungen stehenden ökonomischen Vorgänge an neutrale Wissenschaftler in Auftrag zu geben. Nach dem Ergebnis einer solchen Untersuchung könnte es sich als notwendig erweisen,

75 Siehe hierzu *Prof. Bryde*, Tagungsmappe München 3.10, Seite 5.

76 Es erscheint zunächst paradox, von einer Beschränkung der Freiheit der Fahrzeughalter im Hinblick auf eine gesetzliche Regelung zu sprechen, durch die die Prämienkalkulation von der Staatsaufsicht befreit wird. Doch ist zunächst einmal festzustellen, dass der einzelne Fahrzeughalter ein Recht auf eine Prämie hatte, die auch in seinem Interesse festgesetzt und überprüft worden ist (früher gemäß § 8 Abs. 2 PflVersG und § 9 Abs. 1 TarifVO). Dieses Recht hat er seit der Tariffreiheit nicht mehr. Er muß - als kleiner Nachfrager ohne Marktmacht - mit den Prämien vorlieb nehmen, die ihm die Versicherungsunternehmen anbieten, wobei die Tarife nicht in seinem Interesse, sondern im Interesse von Unternehmen gestaltet worden sind, die Gewinne aus dem Ausgleichsgeschäft „Prämienversicherung“ machen wollen und diese durch Selektion bestimmter Versichertengruppen beeinflussen können. Die Gruppenselektionsmerkmale schaffen wegen dieser Selektion keine Freiheit, sondern engen die Privatautonomie immer mehr ein und weisen dem einzelnen Fahrzeughalter am Ende nur noch eine winzig kleine Zelle zu, die dann seinen „Markt“ darstellt.

77 Siehe *Schünemann*, Anlage 3 (Kurzstudie „Wettbewerbsaspekte“), Seite 14.

- die bisherigen EU-Versicherungs-Richtlinien zu überprüfen und gegebenenfalls abzuändern,
- gegebenenfalls neue Richtlinien zur Kfz-Pflichtversicherung zu erlassen,
 - mit Vorgaben zur Tarifgestaltung und Beitragsfestsetzung,
 - mit Vorschriften zur Gründung von Institutionen oder einer europäischen Institution, die Gemeinschaftsstatistiken zur Ermittlung von Tarifmerkmalen, Versicherungsbeiträgen und „Länderfaktoren“⁷⁸ zur Kfz-Pflichtversicherung führen, und
 - mit Vorschriften zur Gründung eines (Rückversicherungs)Pools für einen Ausgleich von Über- oder Unterdeckungen im Bereich des Schadenausgleichs, die aufgrund unterschiedlicher Bestandszusammensetzungen bei den einzelnen Versicherungsdienstleistungsunternehmen entstehen,
- die bisherigen und geplanten Maßnahmen gegen Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit den Bedingungen und Tarifen der Kfz-Haftpflichtversicherung zu überprüfen bzw. zu korrigieren.

Eine solche Untersuchung könnte auch neue Erkenntnisse nach sich ziehen

- für den EuGH zu Fragen der Dienstleistungen und des Wettbewerbs im europäischen Versicherungswesen und
- für die EU-Kommission und die Mitgliedstaaten hinsichtlich der Besteuerung von Versicherungsprämien und Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen.

Kontakt <mailto:hansdmeyer@versanet.de>

78 Bei Schaffung einer europäischen Pflichtversichertengemeinschaft mit paneuropäischen Tarifen könnte der unterschiedliche Durchschnittsschadenaufwand in den Mitgliedstaaten durch einen „Länderfaktor“ berücksichtigt werden, der sich aus dem unterschiedlichen Kostenniveau (z.B. Reparatur- und Heilkosten) und der unterschiedlichen Rechtsprechung (z.B. zum Schmerzensgeld oder Nutzungsausfall) ergibt. Diese Faktoren würden z.B. im Vergleich von Spanien und Deutschland etwa 1 : 3 betragen.