Horst Müller-Peters
Fred Wagner

Geschäft oder Gewissen?

Vom Auszug der Versicherung aus der Solidargemeinschaft

Eine Information des Goslar Instituts, der Studiengesellschaft
für verbrauchergerechtes Versichern e. V. Goslar

fair versichern!

GOSLAR INSTITUT
Studiengesellschaft für verbrauchergerechtes Versichern e. V.
Eine Initiative der HUK-COBURG

Horst Müller-Peters
Fred Wagner

Geschäft oder Gewissen?
Vom Auszug der Versicherung aus
der Solidargemeinschaft

Goslar 2017

ISBN 978-3-00-055896-2

Inhaltsverzeichnis

Prof. Dr. Fred Wagner

Vom Auszug der Versicherung aus der Solidargemeinschaft 2

1. Begriff und grundlegende Merkmale der „Versicherung“ 3
2. Versicherungstechnisches Risiko 7
3. Prämienprinzipien 8
4. Prämiendifferenzierung im freien Wettbewerb und Kartellrechtsumfeld 13
5. Versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip vs. Solidargemeinschaft 14
6. Versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip vs. Gerechtigkeit und Anstand 16

Über uns 19

Prof. Horst Müller-Peters

Die Wahrnehmung und Bewertung von telematikbasierten Versicherungstarifen 21

1. Hintergrund, Zielsetzung und Methode 22
2. Vertrag oder Heilsversprechen? Das Grundverständnis von Versicherung 26
3. Gerecht oder ungerecht – wieviel Solidarität muss sein? 29
4. Alte und neue Tarifierungsmerkmale – was darf, was darf nicht? 32
5. Preisvorteile, Preismodelle und Art der Vernetzung 35

6 Die persönliche Akzeptanz telematischer Tarife 40

7. Risikoreduktion: Ändern neue Tarife unser Verhalten? 43
8. Fazit: Die Sicht auf Versicherungen im Kontext von Telematik und Vernetzung 45

Über uns 47

Geschäft oder Gewissen?

Vom Auszug der Versicherung aus der Solidargemeinschaft

(Eine theoretische Aufarbeitung von Grundprinzipien der Versicherung sowie ihres Verhältnisses zur „Solidargemeinschaft“ und zu Gerechtigkeitsempfindungen)

Prof. Dr. Fred Wagner

Institut für Versicherungslehre, Universität Leipzig

Präsentation auf dem Goslar Diskurs

„Geschäft oder Gewissen? Vom Auszug der Versicherung aus der Solidargemeinschaft“

am 26. Januar 2017

Hinweis:
Die Charts der Präsentation finden Sie unter www.goslar-institut.de/mediathek/studien

1. Begriff und grundlegende Merkmale der „Versicherung“

„Versicherung ist die Deckung eines im Einzelnen ungewissen, insgesamt geschätzten Mittelbedarfs auf der Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv und in der Zeit.“ (Dieter Farny)

Damit sind die wesentlichen Merkmale von „Versicherung“, genauer von privatwirtschaftlich organisiertem Versicherungsschutz, bereits genannt. Das Grundverständnis erschließt sich nun genauer, wenn die Kernbegriffe der vorliegenden Definition näher betrachtet werden.

1.1. Mittelbedarf und dessen Deckung

Versicherungen setzen einen Mittelbedarf von Versicherten bzw. „Begünstigten“ für den Fall des Eintritts bestimmter, im Voraus definierter Ereignisse voraus. In der Regel handelt es sich dabei um Störfälle, d.h. um den Eintritt von versicherten Gefahren, wie z. B. Feuer, Überschwemmungen oder Unfällen. Derartige Störfälle führen zu realen Schäden (z. B. Zerstörung oder Beschädigung von Gebäuden oder Kraftfahrzeugen, Invalidität von Menschen), die mit wirtschaftlichen Folgeschäden verbunden sind – im Sinne von Vermögensverlusten, entgehendem Einkommen oder zusätzlichen Ausgaben; letztere entstehen z. B., um die realen Schäden zu beseitigen oder beherrschbar zu machen. Versicherungen sind im Kern dazu da, die wirtschaftlichen Schäden auszugleichen und die damit verbundenen Mittelbedarfe zu decken.

1.2. Im Einzelnen ungewiss

Der Eintritt von versicherten Gefahren und die damit verbundenen Mittelbedarfe müssen im Einzelnen ungewiss sein. Das sichere (oder nahezu sichere) Ereignis kann nicht sinnvoll Gegenstand einer privatwirtschaftlichen Versicherung sein, weil die Prämien, die dafür zu bezahlen wären, (nahezu) dem Schadenbetrag entsprechen müssten, wenn das Versicherungsunternehmen nicht (ebenfalls nahezu sicher) „draufzahlen“ sollte. Wie hoch allerdings der Grad an Ungewissheit zu sein hat, ist offen. Beispielsweise liegt es nahe, dass ein unerfahrener und zugleich risikobereiter Fahranfänger in der Kfz-Versicherung einer höheren Unfallwahrscheinlichkeit unterliegt, als ein erfahrener und vorsichtig geprägter Autofahrer. Bei ersterem ist der Unfall also „wahrscheinlicher“, ohne natürlich bereits gewiss zu sein – wenn Vorsatz vom Versicherungsschutz generell ausgeschlossen wird.

Wenn im Rahmen der privatwirtschaftlichen Versicherung verhindert werden soll, dass eine Marktseite die andere Marktseite übervorteilt, dann muss auf beiden Marktseiten der Grad an Ungewissheit über den Eintritt des versicherten Ereignisses in etwa gleich hoch ausgeprägt sein. Ansonsten entstehen Informationsasymmetrien zwischen den Parteien (Kunde vs. Versicherer) im Sinne von Informationsvorsprüngen einer Marktseite. In der Folge könnte auf der einen Seite ein Versicherter seinen Informationsvorsprung über die individuellen Risikoverhältnisse dahingehend ausnutzen, dass er dem Versicherungsunternehmen wider besseren Wissens ein geringeres Schadenrisiko suggeriert, als tatsächlich vorliegt ... und mit zu geringen Versicherungsprämien „davonkommen“. Dies würde nicht nur den Versicherer belasten, sondern zugleich den Bestand der übrigen Versicherten, die die entstehende Prämienlücke ihrerseits durch generell höhere Versicherungsprämien ausgleichen müssten. Auch um das zu verhindern, erhebt der Versicherer vor Vertragsabschluss und Prämienfestsetzung sog. „Risikomerkmale“ von seinen individuellen Versicherungsnehmern, z. B. mit den Antragsfragen oder in jüngerer Zeit mit neuen Möglichkeiten der digitalen Datenerhebung. Auf der anderen Seite ist auch nicht ausgeschlossen, dass ein Versicherer mit seinen Erfahrungen

und breiten statistischen Datengrundlagen besser in der Lage ist, ein Risiko einzuschätzen, als der einzelne Versicherungsnehmer, und dass er seine Informationsvorsprünge dazu ausnutzt, überhöhte Prämien abzuverlangen. Hier werden die Grenzen im Wettbewerb durch die Marktmechanismen gesetzt, wenn auf der Kundenseite ein hinreichendes Maß an Transparenz über die Preis-Leistungs-Relationen von Angeboten verschiedener Versicherungsunternehmen vorliegt und wenn ferner die Kunden eine genügend große Wechselbereitschaft und Reaktionsgeschwindigkeit mitbringen.

1.3. Insgesamt geschätzt

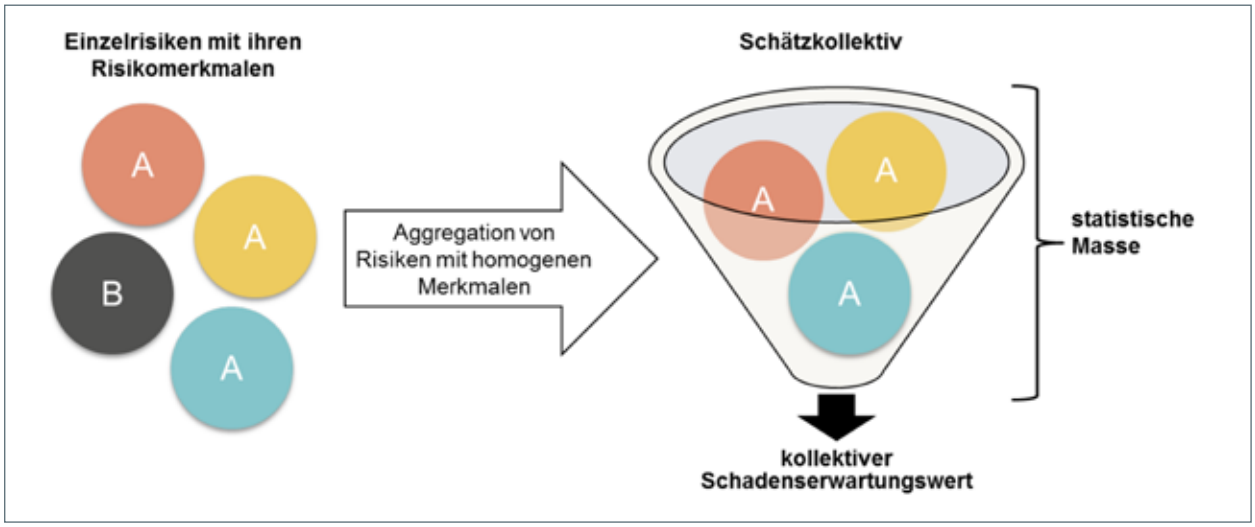
Zuvor wurde bereits der Zusammenhang zwischen dem Grad an Ungewissheit über den Eintritt eines versicherten Risikos einerseits und der Höhe der Versicherungsprämie andererseits angedeutet. Dieser Zusammenhang wird nun konkretisiert. Das Versicherungsunternehmen muss den Schadenbedarf aus einem gesamten Versicherungskollektiv, also „insgesamt", in Geld schätzen, um ausreichende Versicherungsprämien zur Deckung aller Schadenfälle zu kalkulieren und zu tarifieren. Hierzu benötigt es statistische Grundlagen, die bestimmten versicherten Risiken ihre Schadenerwartungswerte zuordnen. Die Versicherungsunternehmen bedienen sich dafür in aller Regel ihrer Schadenerfahrungen aus der Vergangenheit. Ein einzelnes Risiko lässt sich aber für sich genommen nicht schätzen; es fehlt dann schlicht und ergreifend an einer statistischen Masse, aus der heraus valide durchschnittliche Erfahrungswerte gebildet werden können, die ihrerseits als „Erwartungswerte" in die Zukunft projizierbar sind. Nach dem „Gesetz der großen Zahlen" sind Durchschnittswerte umso zuverlässiger zu ermitteln, je größer die Menge der einbezogenen Einzelwerte ist.

Ein einfaches Beispiel verdeutlicht: Wenn ein Würfel ein einziges Mal geworfen wird, kommt ein Ergebnis in Höhe von 1, 2, 3, 4, 5 oder 6 heraus. Das Ergebnis ist Zufall. Allein aus dem empirischen Ergebnis kann noch kaum zuverlässig abgeleitet werden, wie hoch die durchschnittliche Augenzahl ist, wenn gewürfelt wird. Wird der Würfel allerdings 1.000-mal geworfen, und werden anschließend alle erreichten Augen addiert und wiederum durch die Zahl der Würfe dividiert, dann wird aus den 1.000 Zufallsexperimenten mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Wert um ca. 3,5 Augen resultieren. Noch „sicherer" wird das Ergebnis und damit die Schätzung eines Erwartungswerts für die Zukunft, wenn der Durchschnittswert von 3,5 aus 10.000, aus 100.000 oder gar aus 1.000.000 Würfen abgeleitet wird. (Hinweis: Bei einem fairen Würfel wird überhaupt kein Experiment benötigt, um den Durchschnitt der Augenzahl und damit den Erwartungswert von 3,5 zu ermitteln; denn dies ergibt sich hier schon rein analytisch, wenn jedes Ergebnis von 1 bis 6 gleich wahrscheinlich ist und daraus der Mittelwert gebildet wird. In der Realität von versicherten Gefahren, z. B. von Autounfällen, sind analytische Ableitungen von Erwartungswerten versicherter Schäden allerdings nicht möglich, weswegen eben mit empirisch-statistischen Erhebungen gearbeitet wird).

Eine weitere Voraussetzung ist zu beachten, wenn für ein Versicherungskollektiv zuverlässige Erfahrungs- und Erwartungswerte von Schäden geschätzt werden sollen: Die einbezogenen Einzelrisiken sollten möglichst homogen sein. Konkret heißt das, dass die Risikomerkmale der Einzelrisiken, für die eine valide Schadenschätzung abzuleiten ist, möglichst gleich ausgeprägt sein sollten. In der Kfz-Haftpflichtversicherung gelten als solche Risikomerkmale traditionell u.a. etwa der Fahrzeugtyp, die Regionalklasse und die Dauer der Fahrerfahrung mit oder ohne Unfall (Schadenklasse, Schadenfreiheitsklasse). Einzelrisiken, die nach diesen Risikomerkmalen gleiche oder sehr ähnliche Ausprägungen haben, werden zusammengefasst, damit zu einer statistischen Masse gebündelt, aus der wiederum durchschnittliche Schadenwerte der Vergangenheit ermittelt und als Erwartungswerte in die Zukunft fortgeschrieben werden (Abbildung 1). Würden stattdessen im Schätzkollektiv Einzelrisiken mit unterschiedli-

chen Risikomerkmalen zusammengefasst, dann würden Durchschnittswerte entstehen, die zwar rechnerisch „richtig“ sind, aber keines der einbezogenen Einzelrisiken mehr repräsentieren würden.

Abbildung 1: Zusammenfassung von homogenen Einzelrisiken zu einem Schätzkollektiv



Erneut kann ein Würfelbeispiel zur Veranschaulichung dienen: Würfel A besitze die Augenzahlen 1, 2, 3, 4, 5, 6. Würfel B sei mit den Augenzahlen 2, 4, 6, 8, 10, 12 bedruckt. Wird nun der Durchschnittswert über beide Würfel abgeleitet, ergibt sich (3,5 + 7) : 2 = 5,25. Wie sich zeigt, ist das Ergebnis rechnerisch „richtig“. Aber keines der beiden Risiken ist mehr valide repräsentiert. Würden nun die mittleren Augenzahlen als Schadenerwartungswerte für versicherte Schäden interpretiert, müsste für Würfel A mit seinem individuellen Risiko eine zu hohe Versicherungsprämie entrichtet werden (5,25 statt 3,5), während für Würfel B eine zu niedrige Versicherungsprämie zu zahlen wäre (5,25 statt 7). Im Ergebnis bedeutete das eine „Quersubventionierung“ des „größeren Risikos“ (Würfel B) durch das „kleinere Risiko“ (Würfel A).

1.4. Risikoausgleich im Kollektiv

Vom Schätzkollektiv zu unterscheiden, in dem nur möglichst homogene Einzelrisiken einbezogen sein sollten, ist das sog. Risikoausgleichskollektiv. Darin können auch durchaus heterogene Einzelrisiken enthalten sein. Beispielsweise befinden sich in einem Bestand an Kfz-Haftpflichtversicherungen regelmäßig sehr unterschiedliche Fahrzeugtypen sowie Risiken aus unterschiedlichen Regionalkassen und Schadenklassen/Schadenfreiheitsklassen. Risikoausgleich im Kollektiv als „erste Säule der Versicherungstechnik“ bedeutet, dass Risiken ohne Schäden die Risiken mit Schäden ausgleichen und dass Risiken mit kleinen Schäden tendenziell auch die Risiken mit großen Schäden noch teilweise ausgleichen. Anders ausgedrückt: Die Versicherungsprämien aus den Risiken ohne Schäden oder mit nur klein(st)en Schäden tragen auch die Schadenbedarfe aus Risiken mit Schäden, darunter großen Schäden. (Im Würfelbeispiel: Würfe mit einer Augenzahl von 1, 2 oder 3 gleichen Würfe mit einer Augenzahl von 4, 5 oder 6 aus). Voraussetzungen für das Gelingen des Risikoausgleichs im Kollektiv sind,

- dass sich genügend viele Einzelrisiken im Versicherungsbestand befinden (Gesetz der großen Zahlen),
- dass die Einzelrisiken hinreichend unabhängig voneinander sind (Kumulrisiken lassen sich nur schwerlich ausgleichen) und

- dass die Schadenpotenziale aus den größten Einzelrisiken nicht derartig hoch sind, dass die Versicherungsprämien aus dem übrigen Bestand zu deren Deckung (und zur Deckung der „Normalschäden“) nicht mehr ausreichen.

Selbstverständlich kommt als weitere grundlegende Voraussetzung für die Finanzierbarkeit des gesamten Versicherungskollektivs hinzu, dass die Summe aller Versicherungsprämien aus den enthaltenen Einzelrisiken adäquat zur Höhe der ebenfalls über alle Einzelrisiken insgesamt erwarteten Schäden ist („versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip“).

Allerdings funktioniert der Risikoausgleich im Kollektiv in der Realität nahezu niemals perfekt. Es ist so gut wie ausgeschlossen, dass der Schadeneffektivwert aus einem Versicherungskollektiv am Ende einer Periode exakt dem Schadenerwartungswert entspricht. Das Versicherungsgeschäft ist zufallsabhängig, d.h. zufällig entstehen in einer Periode mehr oder weniger Schäden sowie höhere oder niedrigere Durchschnittsschäden als im statistischen Mittel erwartet – d.h. insgesamt kommt es im Versicherungskollektiv in einer Rechnungsperiode zu Überschäden oder Unterschäden.

1.5. Risikoausgleich in der Zeit

Dem Ausgleich von Über- und Unterschäden über verschiedene Rechnungsperioden hinweg dient nun der Risikoausgleich in der Zeit als „zweite Säule der Versicherungstechnik“. Dabei handelt es sich quasi um die Abfolge nicht perfekt gelungener Risikoausgleichswirkungen im Kollektiv, indem sich Überschäden und Unterschäden in wechselnder Folge über mehrere bzw. viele Perioden hinweg wiederum ausgleichen. Auch dafür liegen verschiedene Voraussetzungen vor:

- Die im Kollektiv enthaltenen Einzelrisiken dürfen sich nach ihren prägenden Risikomerkmalen über die Zeit nicht grundlegend verändern. Ansonsten würden sich im Zufallsprozess – umgangssprachlich ausgedrückt – das „Glück“ nicht eingetretener oder nur geringer Schäden und das „Pech“ von (größeren) Schadenereignissen aus den jeweiligen Einzelrisiken nicht mehr systematisch kompensieren. (Beispiel: In einem Flottenvertrag wird eine Kfz-Flotte durch Fahrzeuge völlig anderen Typs ersetzt).
- Der Versicherungsbestand sollte sich über die Zeit nicht substanziell verändern. Das gilt sowohl für die Größe als auch für die Zusammensetzung. Schon bei veränderter Bestandsgröße bedeuten gleichbleibende Schadenquotenschwankungen unterschiedliche absolute Unter- bzw. Überschadengrößen, die sich dann nicht mehr ausgleichen. Wenn zudem neue Risiken hinzutreten und alte Risiken austreten, deren Risikomerkmale allerdings verschieden sind, gleichen sich ebenfalls Zufallsschwankungen in Bezug auf bestimmte Risikoentwicklungen nicht mehr aus.
- Schließlich muss genügend Haftkapital im Versicherungsunternehmen vorrätig sein, um zwischenzeitlich kumulierte Zufallsverluste auszugleichen, d.h. um Situationen zu überstehen, in denen über die Zeit die zufälligen Verluste aus Einzelperioden zusammen genommen die zufälligen Gewinne aus anderen Einzelperioden übersteigen. Somit ist der Risikoausgleich in der Zeit auch und maßgeblich durch die Höhe des verfügbaren Haftkapitals im Versicherungsunternehmen begrenzt.

Da die Voraussetzungen sowohl für den Risikoausgleich im Kollektiv als auch für den Risikoausgleich in der Zeit niemals vollständig erfüllt sind, funktioniert auch der gesamte Risikoausgleich nicht perfekt. In der Folge verbleibt ein sogenanntes „versicherungstechnisches Risiko“ im Versicherungsunternehmen.

2. Versicherungstechnisches Risiko

Das versicherungstechnische Risiko ist die Möglichkeit, dass innerhalb einer bestimmten Periode der Schadeneffektivwert den Schadenerwartungswert übersteigt. Unter der Voraussetzung, dass für den gesamten Versicherungsbestand eine Versicherungsprämie, genauer gesagt eine „Risikoprämie" (also ohne Zuschläge für Verwaltungs- und Vertriebskosten) genau in Höhe des Schadenerwartungswerts erhoben wird, kann auch formuliert werden: *Das versicherungstechnische Risiko ist die Möglichkeit, dass innerhalb einer bestimmten Periode der Schadeneffektivwert den Schadenerwartungswert bzw. die dafür erhobenen kollektiven Risikoprämien übersteigt*. **(Engste Begriffsauffassung)**. In diesem Fall entstehen versicherungstechnische Verluste.

Da der Erwartungswert einen mittleren prognostizierten Schadenbetrag repräsentiert, kann bei einer Risikoprämie in Höhe des Erwartungswerts vereinfachend von einer Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines versicherungstechnischen Verlusts in Höhe von 50 % ausgegangen werden. Eine 50%ige Verlustwahrscheinlichkeit ist in der Privatversicherung allerdings keine Grundlage für ein Geschäftsmodell mit Gewinnerzielungsabsicht. Deshalb kalkulieren Versicherungsunternehmen typischerweise einen Risikozuschlag in die Versicherungsprämien mit ein, so dass die kollektiven Risikoprämien höher als der Schadenerwartungswert sind. Die Höhe des Risikozuschlags ist davon abhängig, welche Verlustwahrscheinlichkeit (< 50 %) aus dem Versicherungsbestand über die Betrachtungsperiode noch akzeptiert wird. Pauschal: Je kleiner die noch akzeptierte Verlustwahrscheinlichkeit ist, desto größer muss der Risikozuschlag sein. Dies führt zu einer weiteren Formulierung für das versicherungstechnische Risiko, wie folgt: *Das versicherungstechnische Risiko ist die Möglichkeit, dass innerhalb einer bestimmten Periode der Schadeneffektivwert die dafür erhobenen kollektiven Risikoprämien inkl. aller Risikozuschläge übersteigt*. **(Engere Begriffsauffassung).**

Auch in diesem Fall sind also noch Verluste möglich, allerdings mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit. Für den Fall, dass außer den Versicherungsprämien keine Finanzierungsbasis für die versicherten Schäden vorliegen würde, bedeutete jeglicher Verlust aus dem Versicherungsbestand (unter Einschluss des Risikoausgleichs in der Zeit ist damit ein kumulierter Verlust über die bisherige Vergangenheit gemeint) zugleich dessen Ruin. Um dies zu vermeiden, und zudem aus aufsichtsrechtlichen Gründen (Solvency II), halten Versicherungsunternehmen zudem Haftkapital für Zwecke der Finanzierung eines möglichen Verlusts vor. Dies führt zu einer weiteren Formulierung für das versicherungstechnische Risiko, wie folgt: *Das versicherungstechnische Risiko ist die Möglichkeit, dass innerhalb einer bestimmten Periode der Schadeneffektivwert die dafür erhobenen kollektiven Risikoprämien inkl. aller Risikozuschläge zzgl. des gesamten Haftkapitals übersteigt*. **(Weite Begriffsauffassung)**.

Das Risikoverständnis beginnt bei dieser Begriffsauffassung allerdings nicht schon bei der Möglichkeit, dass ein Verlust eintritt, sondern erst in Ansehung der Möglichkeit eines Ruins des Versicherungsgeschäfts. Eine vorsichtige und gewinnorientierte Geschäftspolitik wird aber sicherlich mit „Risiko" schon Verlustmöglichkeiten verbinden. Im Weiteren wird deshalb der engeren Begriffsauffassung gefolgt.

3. Prämienprinzipien

Um das versicherungstechnische Risiko zu begrenzen, sind also Versicherungsprämien zu kalkulieren und zu tarifieren, die den Schadenerwartungswert zzgl. eines gewissen Risikozuschlags decken (von Betriebs- und Vertriebskosten wird auch weiterhin abstrahiert). Bislang wurde in diesem Zusammenhang nur mit Blick auf den gesamten Versicherungsbestand argumentiert und deshalb immer von den „kollektiven Risikoprämien" gesprochen. Offen geblieben ist bislang, wie die Risikoprämien für die einzelnen Versicherungsnehmer und die einzelnen versicherten Risiken bestimmt werden. Dafür gibt es verschiedene Prämienprinzipien:

Nach dem **„kollektiven versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip"** ist lediglich zu fordern, dass die Risikoprämien für den Gesamtbestand ausreichen müssen, um den Schadenerwartungswert zzgl. Risikozuschlag zu decken. Wie sich dabei die Prämien auf die einzelnen versicherten Risiken und Versicherungsnehmer austeilen, ist unerheblich. Insbesondere kann auch mit Durchschnittsprämien gearbeitet werden, die in den Einzelfällen für die „großen Risiken" rechnerisch zu niedrig und für die „kleinen Risiken" rechnerisch zu hoch sind. Im Gesamtbestand würden sich dann die Risikounterdeckungen und -überdeckungen ausgleichen. Hierzu ein Zahlenbeispiel:

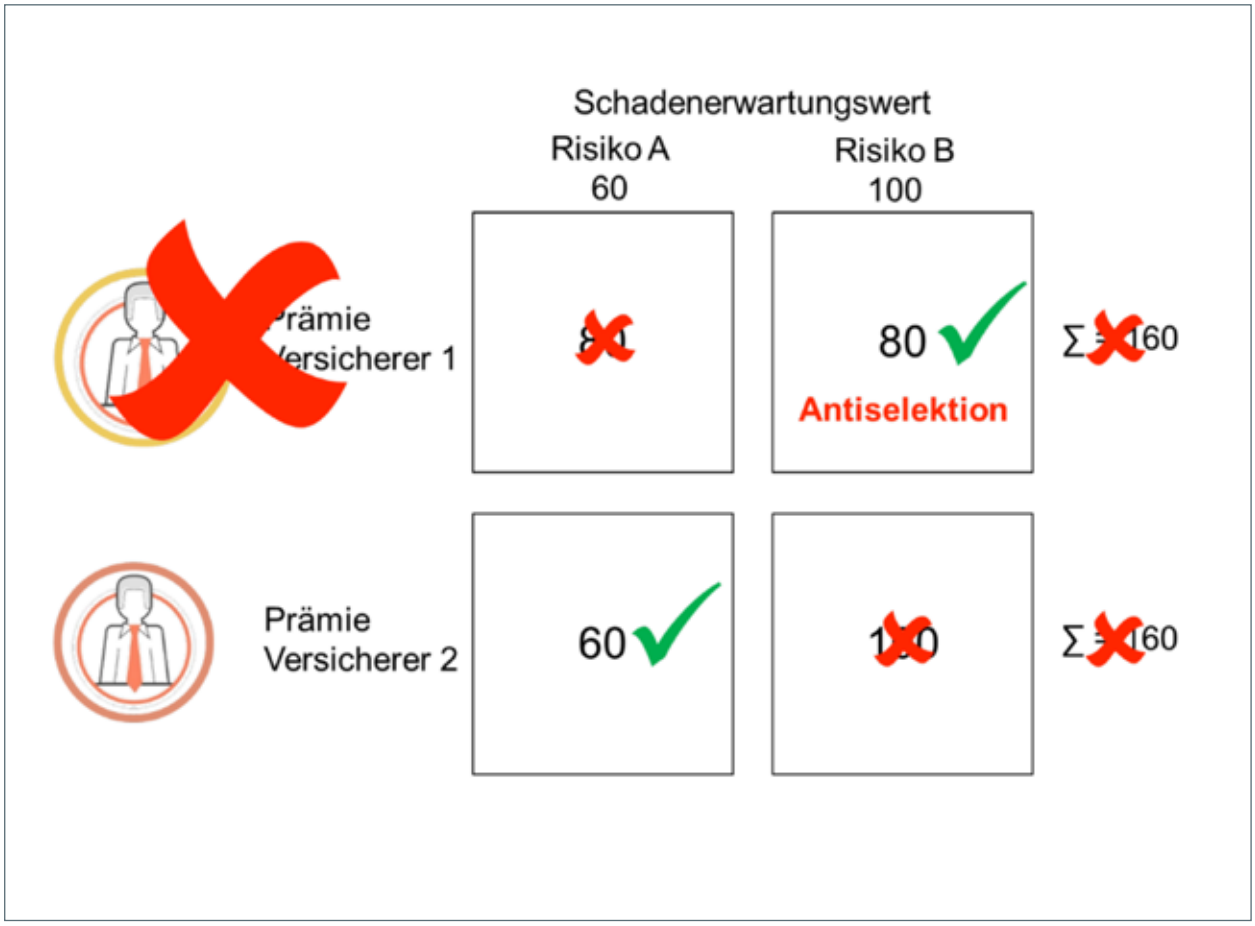
Gegeben seien ein Risiko A mit einem Schadenerwartungswert von 60 und ein Risiko B mit einem Schadenerwartungswert von 100. Der Einfachheit halber wird nun von einem Risikozuschlag abgesehen. In diesem Fall ist es für das Versicherungsunternehmen ausreichend, für beide Risiken einen Durchschnittspreis in Höhe von 80 zu nehmen, um den kollektiven Schadenerwartungswert zu decken. Allerdings wird das nicht funktionieren, wenn ein zweiter Versicherer auf dem Markt agiert und ein anderes Prämienprinzip anwendet:

Nach dem **„individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip"** ist von jedem einzelnen Risiko eine Prämie in Höhe seines individuellen Schadenerwartungswerts zu nehmen. Dieses Prämienprinzip verfolgt nun Versicherungsunternehmen 2, d.h. es nimmt für Risiko A eine Prämie in Höhe von 60 und für Risiko B eine Prämie in Höhe von 100. Insgesamt käme es auf eine kollektive Prämie in Höhe von 160 – wie Versicherungsunternehmen 1. Wie sich zeigt, schließt das individuelle versicherungstechnische Äquivalenzprinzip also das kollektive versicherungstechnische Äquivalenzprinzip mit ein. Aber im Einzelnen verfolgt Versicherungsunternehmen 2 mit dem individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip eine Politik der sogenannten „**Prämiendifferenzierung**". Auf einem funktionierenden Markt mit hinreichender Transparenz, entsprechender Wechselbereitschaft und Reaktionsgeschwindigkeiten der Kunden ergeben sich damit Marktverschiebungen, wie folgt:

Der Versicherungskunde mit Risiko A wird sich für Versicherungsunternehmen 2 entscheiden und dort eine Prämie in Höhe von 60 bezahlen. Demgegenüber wird der Versicherungskunde mit Risiko B zu Versicherungsunternehmen 1 gehen und dort mit einer Prämie in Höhe von 80 bedient. Versicherungsunternehmen 2 hat damit eine niedrigere, aber auskömmliche Prämie, die das „kleinere Risiko" A adäquat (60 : 60) deckt, während Versicherungsunternehmen 1 mit einer höheren Prämie von 80 untertarifiert ist, weil es das „größere Risiko" B mit einem Schadenerwartungswert von 100 unterdeckt.

In der Versicherungstheorie wird dieses Phänomen mit dem Begriff der **„Antiselektion"** (oder „negative Risikoauslese") bezeichnet, das besagt, dass ein Versicherungsunternehmen mit Durchschnittsprämien, das – im Unterschied zu anderen Anbietern – allein nach dem kollektiven versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip agiert, immer die „höheren" oder „schwereren" Risiken anlockt, und damit untertarifiert bleibt. Auf Dauer wird es Verluste erzielen, die nicht mehr tragbar sind und zum Ruin führen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Prämiendifferenzierung und Antiselektion

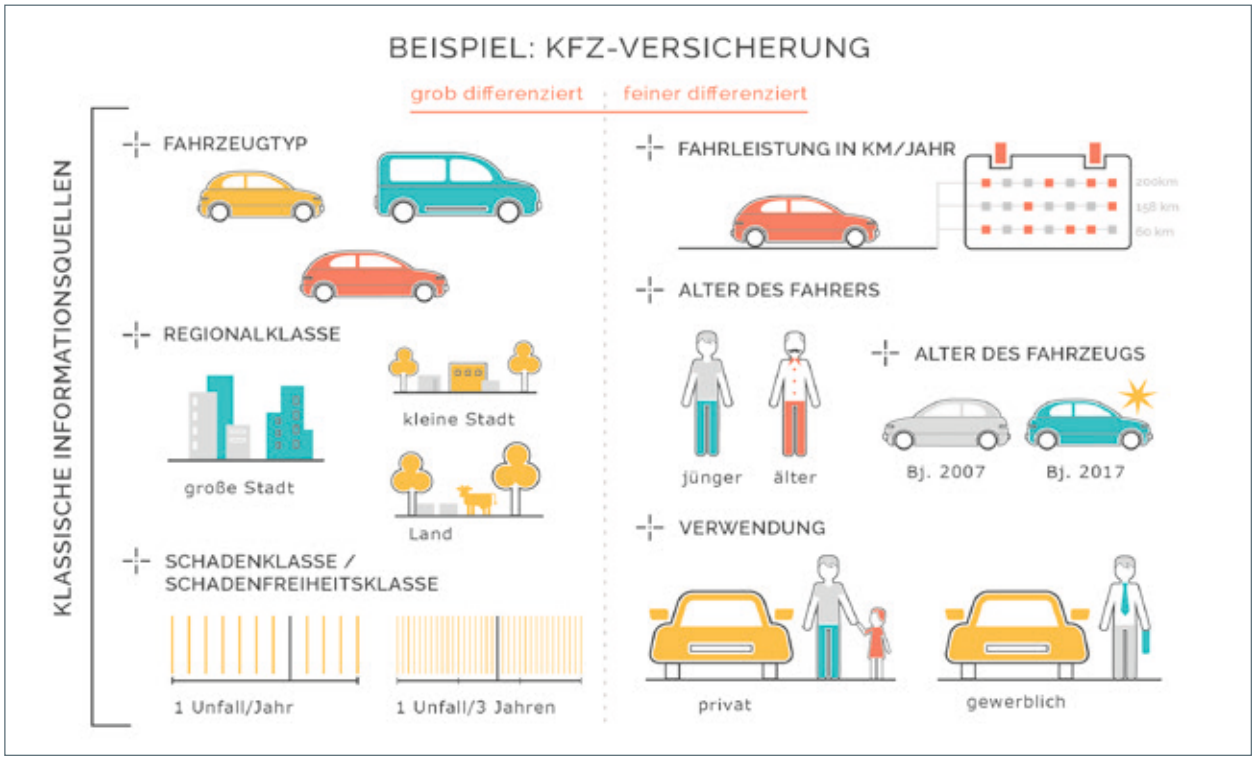


Die Diskrepanz zwischen dem individuellen und dem kollektiven versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip ist fließend und nicht trennscharf abgrenzbar. So wird es in der Realität nicht gelingen, jedes einzelne Risiko für sich selbst vollkommen zutreffend mit seinem individuellen Schadenerwartungswert zu kalkulieren. Zum einen fehlen dafür bereits die Informationsgrundlagen bis ins Detail. Zum anderen ist am Ende jedes Risiko individuell; es gibt keine zwei vollkommen identischen Risiken. Dem theoretisch vollkommenen individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip könnte damit gar kein Kalkulationskollektiv gänzlich homogener Risiken mehr zugrunde gelegt werden, auf dessen Basis eine empirisch-statistische Schadenschätzung vorgenommen werden könnte. Damit sind per se Kompromisse nötig, die dazu führen, dass immer auch innerhalb gewisser Grenzen heterogene Risiken in das Kalkulationskollektiv aufgenommen werden, für die dann eine Durchschnittsprämie kalkuliert wird. Diese Durchschnittprämie sollte dann immerhin noch näherungsweise dem individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip entsprechen, um Antiselektionseffekte zu vermeiden. Die Frage ist nun, wie weit differenzierte Risikomerkmale für die Kalkulation und Tarifierung in diesem Sinne herangezogen werden sollten. Rein versicherungstechnisch ist die Antwort von zwei Kriterien abhängig:

Kriterium 1 ist die Verfügbarkeit von Informationsgrundlagen. Beispielsweise sind in der Kfz-Haftpflichtversicherung Tarife allein auf der Basis der Risikomerkmale „Fahrzeugtyp, Regionalklasse und Schadenklasse/Schadenfreiheitsklasse“ noch recht grob geschnitten. Feiner differenzierte Tarifsysteme nehmen z. B. noch die Fahrleistung in km/Jahr, das Alter des Fah-

rers und/oder des Kraftfahrzeugs, die Verwendung (privat und/oder gewerblich) und viele weitere Risikomerkmale mit auf, um die Prämien in Richtung des individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips zu adjustieren (Abbildung 3).

Abbildung 3: Klassische Kriterien der Kalkulation und Tarifierung



In der Kfz-Versicherung gibt es mittlerweile insgesamt über 100 Risikomerkmale, die praktisch Verwendung finden … nicht alle bei jedem Versicherungsunternehmen, sondern differenzierte „Sets“ an Risikomerkmalen von Versicherer zu Versicherer. Viele der bislang traditionell verwendeten Risikomerkmale sind dabei eigentlich nur „Ersatzmerkmale“ zur Erklärung und Erfassung des eigentlichen Risikos, das in der Kfz-Haftpflichtversicherung eigentlich im Fahrverhalten liegt. Dazu exemplarisch: Der Fahrzeugtyp als solcher ist genauso wenig für einen Unfall verantwortlich wie der Ort der Zulassung (Regionalklasse). Informationsgrundlagen für das eigentliche Fahrverhalten sind – oder waren jedenfalls bislang – nur schwer verfügbar. Als Ersatzmerkmal hierfür wurde bislang die Schadenklasse bzw. Schadenfreiheitsklasse herangezogen, die quasi einen empirischen Befund darstellt und die sogenannte „Erfahrungstarifierung“ unterlegt. Voraussetzungen für die Verwendbarkeit von Risikomerkmalen sind grundsätzlich deren Erhebbarkeit, statistische Signifikanz (d.h. die Risikomerkmale müssen auch nachweisbar mit den Schadenerwartungswerten korreliert sein) und Plausibilität (um keinen Scheinkorrelationen zu unterliegen). Das eigentliche Fahrverhalten war bislang kaum erhebbar.

Dies ändert sich gerade im Zuge der Digitalisierung und der zunehmenden Etablierung von Telematiksystemen[1], die neue Datentypen erfassbar machen, wie z. B. Tag-/Nachtfahrten, Autobahn-/Landstraßen- und Stadtfahrten, gefahrene Geschwindigkeiten, Beschleunigungs-

1 Telematik beschreibt die Integration von Telekommunikation, Automatisierungstechnik und Informatik (d. h. Verknüpfung von Informationssystemen mithilfe eines Telekommunikationssystems sowie einer speziellen Datenverarbeitung). Sie behandelt/umfasst Techniken, um Dienstleistungen an entfernten Orten zur Verfügung zu stellen und findet neben dem Verkehr in Bereichen wie bspw. Raumfahrt, Medizin und industrielle Wartung Anwendung.

und Bremsverhalten, Kurvenverhalten etc. Zur Ermittlung dieser neuen Datentypen bedienen sich die Versicherungsunternehmen unterschiedlicher telematikbasierter Ansätze. Dazu zählen aktuell:

- eine im Motorraum des Kfz eingebaute Telematikbox, die mit Hilfe der Stromversorgung des Kfz und über Sensoren die Fahrzeugnutzung bzw. das Fahrverhalten aufzeichnet und die erfassten Daten an den Versicherer oder einen technischen Dienstleister sendet;
- ein Telematikstecker, der in den Zigarettenanzünder gesteckt wird und die Daten generiert, ohne auf die Fahrzeug-Sensorik zuzugreifen, und der die erfassten Daten via App an den Versicherer oder einen technischen Dienstleister sendet;
- ein Adapter, der die Telematikdaten über die Diagnoseschnittstelle des Kfz erhebt (Telematik-Device; OBD2) und diese über das Smartphone des Fahrers und schließlich über eine App des Versicherers an diesen weiterleitet;
- Apps, die das Beschleunigungs-, Brems- und Kurvenverhalten über im Smartphone eingebaute Gyrosensoren[2] aufzeichnen und damit keinen zusätzlichen Stecker o.ä. benötigen.

Mit den neuen Datentypen, die mit Hilfe der genannten technischen Lösungen gewonnen werden können, lassen sich in der Kfz-Versicherung inzwischen – und mit zunehmenden Erfahrungen künftig auch noch zuverlässiger – sogenannte Telematiktarife unterlegen, die den Umfang der Fahrzeugnutzung („Pay as you drive") bzw. die Art der Fahrzeugnutzung („Pay how you drive")[3] bei der Berechnung der Kfz-Versicherungsprämie berücksichtigen, und die mutmaßlich noch näher an ein individuelles versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip heranreichen (Abbildung 4).

Abbildung 4: „Neue" Kriterien der Kalkulation und Tarifierung

2 Unter Gyrosensoren werden Beschleunigungs- oder Lagesensoren verstanden, die auf kleinste Beschleunigungen, Drehbewegungen und Lageänderungen reagieren.

3 Allgemeingültige Definitionen der beiden Modelle liegen nicht vor; in der Praxis werden die Bezeichnungen häufig vermischt.

Bisher berücksichtigen nur wenige Versicherungsunternehmen das konkrete Fahrverhalten als Risikomerkmal in der Tarifierung und bieten entsprechende Telematiktarife an, bei denen die Versicherungskunden die Möglichkeit haben, mit ihrem Fahrverhalten Einfluss auf die Versicherungsprämie zu nehmen. Wer vorsichtig und umsichtig fährt, dem gewährt der Versicherer einen Bonus bzw. Rabatt auf die Versicherungsprämie. Über diesen monetären Effekt telematikbasierter Versicherungslösungen hinaus – oder gerade aufgrund dieses Nutzenaspekts – sind ebenso Auswirkungen auf das individuelle Risiko absehbar. Es ist zu erwarten, dass die telematischen individuellen Risikoerfassungen dazu führen werden, dass sich Menschen in ihrem Verhalten anpassen. Im Wissen, dass das eigene Fahrverhalten dokumentiert wird, und mit der Absicht, seine Versicherungsprämie zu senken, wird z. B. der junge männliche Fahranfänger vermutlich vorsichtiger fahren, als er es ohne eine individuelle verhaltensbasierte Risikoerfassung tun würde.

Auch in der Personenversicherung gibt es Überlegungen, sich über die Berücksichtigung von nutzungs- und vor allem verhaltensbasierten Daten noch stärker an das individuelle versicherungstechnische Äquivalenzprinzip anzunähern. Sogenannte „Pay as you live“-Tarife sollen zur Bestimmung der individuellen Versicherungsprämie neben bisher üblichen Merkmalen, wie z. B. Alter, Gewicht, Größe oder Vorerkrankungen, auch Daten berücksichtigen, die nicht stichtagsbezogen, sondern während der Vertragslaufzeit abgefragt werden, wie z. B. eine Gewichtsreduktion, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen oder die Teilnahme an Fitnessprogrammen. Die zur Erhebung der Daten notwendigen technischen Voraussetzungen sind mit telematikbasierten Lösungen, wie z. B. Wearables, bereits gegeben.

Bei Veränderungen in der Tarifierung, die auf eine Ausweitung der Datenbasis auf nutzungs- und verhaltensbasierte Daten abzielen, sind immer auch datenschutzrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Es kann angenommen werden, dass die Bereitschaft zur Weitergabe von zum Teil höchstpersönlichen Daten bei den Versicherungsnehmern unterschiedlich sein wird, so dass eine Akzeptanz der diskutierten Telematiktarife nur dann gegeben sein dürfte, wenn der Kunde einen angemessenen Nutzen aus der feineren Prämiendifferenzierung erzielen kann. Für den Versicherungskunden wären dabei – neben rein monetären Nutzenaspekten – Vorteile ggf. darin gegeben, dass, anders als bei einer statischen Risikoprüfung, Personen- und schließlich auch Berufsgruppen, wie z. B. Hebammen und Dachdecker, versicherbar wären, indem deren Berufsunfähigkeitsrisiko im Rahmen einer engen Begleitung durch und eines engen Kontakts zum Versicherer gesenkt werden könnte.

Kriterium 2 ist die Abwägung zwischen den Kosten für eine weitergehende Prämiendifferenzierung und dem damit erzielbaren Nutzen der Vermeidung einer Antiselektion. Über beides können keine pauschalen Aussagen getroffen werden. Vermutlich senken die immer weiter verbesserten Kenntnisse über Risikomerkmale und die Weiterentwicklung von vorwiegend technischen Möglichkeiten, wie oben beispielhaft genannt, zu deren Erfassung peu à peu die Kosten. Auf der anderen Seite ist eine fortschreitende Prämiendifferenzierung auch nur insoweit förderlich, wie sie die Wahrnehmungsschwellen (Transparenz) und Reaktionsschwellen (Wechselbereitschaft, Reaktionsgeschwindigkeit) der Kunden überschreiten. Das wird in einem freien Wettbewerb letztlich ein „trial and error“-Prozess sein. Und im Übrigen bleibt abzuwarten, welchen Freiraum auf Dauer die Regulierung für ein Fortschreiten des individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips und eine damit verbundene, immer feinere Prämiendifferenzierung lässt.

4. Prämiendifferenzierung im freien Wettbewerb und Kartellrechtsumfeld

Die Privatversicherung ist eine Branche, die in Deutschland im System der (sozialen) Marktwirtschaft grundsätzlich im freien Wettbewerb agiert. Und Wettbewerb gilt insofern auch unter Verbraucherschutzerwägungen als förderlich, weil damit das Effizienzstreben von Unternehmen unterstützt und Voraussetzungen geschaffen sein sollen, die für die Kunden bestmögliche Preis-Leistungs-Relationen hervorbringen. Vor diesem Hintergrund erfolgte Mitte der 1990er Jahre durch den Gesetzgeber auch eine Deregulierung des Versicherungsmarkts, die dazu führte, dass Versicherungsbedingungen und Versicherungsprämien nicht mehr durch das Aufsichtsamt genehmigungspflichtig waren, sondern den Versicherungsunternehmen im freien Wettbewerb überlassen wurden (allerdings mit Eingriffsmöglichkeiten der Versicherungsaufsicht im Rahmen der Missstandskontrolle). Im Ergebnis kamen damit auch das individuelle versicherungstechnische Äquivalenzprinzip und die damit verbundene Prämiendifferenzierung mehr zur Entfaltung. Dass Wettbewerb staatlicherseits auch nach wie vor als hohes Gut angesehen wird, zeigt sich zudem in den Regelungen des Kartellrechts, das wettbewerbsbeschränkende Maßnahmen von Marktteilnehmern verbietet oder zumindest stark begrenzt – und das in den letzten Jahren eher ein immer noch stärkeres Gewicht bekommen hat.

Unter den Bedingungen des Wettbewerbs kann es sich ein einzelnes Versicherungsunternehmen schlicht nicht leisten, ohne das im Markt übliche individuelle versicherungstechnische Äquivalenzprinzip und damit ein Mindestmaß an Prämiendifferenzierung auszukommen. Umgekehrt lassen sich mit dessen Fortentwicklung Wettbewerbsvorteile erschließen, indem Antiselektionseffekte immer weiter zurückgedrängt und eine versicherungstechnisch adäquate Kalkulation und Tarifierung gefördert werden. Rein versicherungstechnisch – und ausdrücklich zunächst noch unter Außerachtlassung anderer Wertmaßstäbe, wie z. B. „Solidarität“ und „Gerechtigkeit“ – sind eine Fortentwicklung der Prämiendifferenzierung und Tarifverfeinerungen somit zu begrüßen; in betriebswirtschaftlicher Sicht können die einzelnen Versicherungsunternehmen damit wettbewerbsfähiger werden. Allerdings sind damit auch Markteffekte verbunden, die als nicht wünschenswert gelten. Um im Beispiel der Kfz-Haftpflichtversicherung zu bleiben, führt dies tendenziell dazu, dass etwa Fahranfänger, ältere Menschen und Vielfahrer höhere, teils prohibitiv hohe Versicherungsprämien in Kauf nehmen müssen. In anderen Versicherungszweigen hat dies bereits zu Versicherungsnotständen geführt, so z. B. in der Berufsunfähigkeitsversicherung von Dachdeckern und in der Berufshaftpflichtversicherung von Hebammen, vornehmlich von solchen, die Hausgeburten begleiten.

Wird nun aber von den Versicherungsunternehmen gefordert, (exorbitant) hohe Unterschiede bei den Versicherungsprämien innerhalb eines Risikokollektivs anzugleichen, wird dies jedenfalls kaum durch „Einzelgänge“ einzelner Versicherer möglich sein. Eine dahingehende Orientierung des Versicherers würde ihn unweigerlich in eine Position negativer Risikoauslese bringen, wenn andere Versicherer weiterhin – oder sogar noch verstärkt – Prämiendifferenzierung betreiben, wozu die Marktmechanismen auch anreizen. Auch gemeinsam kann die Versicherungswirtschaft nicht „zurück“; denn das würde Absprachen und Vereinbarungen erfordern, die kartellrechtlich nicht legitim sind und unter Strafe stehen. Von daher bleibt zunächst einmal ein Dilemma.

5. Versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip vs. Solidargemeinschaft

Zunächst einmal gilt in der Privatversicherung: Der Versicherungsbestand und die in ihm Versicherten sind keine Solidargemeinschaft. Die Privatversicherung beruht im Kern auch nicht auf einem Solidarprinzip – sie funktioniert also nicht nach dem Prinzip eines Solidarausgleichs „stark für schwach", „reich für arm", „jung für alt" oder „gesund für krank". Vielmehr ist die Privatversicherung von ihrer Versicherungstechnik und dem Risikoausgleich im Kollektiv geprägt. Das heißt vereinfacht: Der Kunde zahlt risikoadäquate Prämien in ein Kollektiv ähnlicher Versicherungsrisiken ein und erhält dafür Versicherungsschutz – also die Zusage, im Versicherungsfall aus dem gemeinsamen Geldtopf heraus seinen Schaden ausgeglichen zu bekommen. Nach diesem Prinzip werden faire Prämien möglich, d.h. geringere Prämien für geringere Risiken, aber umgekehrt auch höhere Prämien für höhere Risiken. Somit wird für den Versicherungsschutz, den jeder einzelne in Anspruch nimmt, ein individueller „technischer Preis" erhoben, und kein „sozialer Preis", der z. B. nach Leistungsfähigkeit definiert ist – und das Kollektiv, die Versichertengemeinschaft, ist nicht als Solidargemeinschaft konstituiert. Das Versicherungsunternehmen haftet letztlich für die Einhaltung des Versicherungsschutzversprechens. Etwas anderes gilt vom Grundsatz her nur in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG), der historisch gesehen – wie es der Name schon sagt – vom Gegenseitigkeitsprinzip geprägt ist, und in dessen Gründungszeiten das Solidarprinzip durchaus im Mittelpunkt stand. Auch heute gilt hier noch der Gleichbehandlungsgrundsatz. Unter anderem folgt daraus, dass für gleiche Risiken gleiche Versicherungsprämien zu zahlen sind. Umgekehrt bedeutet das aber auch, dass Ungleiches ungleich zu behandeln ist – und folglich für verschieden hohe Risikoexponierungen unterschiedlich hohe Versicherungsprämien zu gelten haben. Dies führt auch wieder zurück zum individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip. Abgesehen davon kann zumindest für den größeren Versicherungsverein in der Realität kaum unterstellt werden, dass sich die Gemeinschaft der Versicherungsnehmer untereinander als Solidargemeinschaft empfindet – wie erst Recht nicht die Kunden von Versicherungsunternehmen anderer Rechtsformen. Vielmehr strebt jeder Kunde bzw. Versicherungsnehmer per se – für sich allein! – für seinen Versicherungsschutz nach der besten Preis-Leistungs-Relation und der niedrigsten Prämie. Im Wettbewerb müssen sich die Versicherungsunternehmen deshalb auch anstrengen, um niedrige Prämien zu ermöglichen. Und das geht eben nicht mit Durchschnittsprämien für Durchschnittsrisiken, die es in der Realität noch nicht einmal gibt, sondern nur mit verschieden hohen Prämien für die tatsächlich auch verschieden hohen Risiken. Auf diese Weise können „vorsichtigen" Versicherungsnehmern auch entsprechend niedrig kalkulierte Versicherungsprämien angeboten werden. Von daher sind das Solidarprinzip und eine Solidargemeinschaft der Privatversicherung vom Grundsatz her fremd. Das Phänomen der Solidargemeinschaft wird vielmehr mit dem versicherungstechnischen Prinzip des Risikoausgleichs im Kollektiv verwechselt und damit vermischt. Vielfach hat die Assekuranz mit ihrer Kommunikationspolitik auch selbst zu dieser Vermischung beigetragen.

Im Ergebnis messen die Öffentlichkeit und anscheinend auch die Politik die Versicherungswirtschaft am Solidarprinzip und verlangen dessen Einhaltung. Beklagt wird dann folgerichtig eine „Entsolidarisierung", wenn die Versicherungswirtschaft im eigentlich gewünschten Wettbewerb beispielsweise zu individuelleren Tarifen tendiert, um im zuvor beschriebenen Sinne Marktvorteile zu erzielen. Dabei waren derartig individuelle Tarife, wie sie heute mehr und mehr vorzufinden sind, zuvor nicht deshalb nicht existent, weil die Assekuranz das Solidarprinzip gepflegt hätte, sondern weil es der Wettbewerb im (preis-)regulierten Markt nicht erzwungen hat oder weil die Datengrundlagen dafür fehlten. Inzwischen führen z. B. die Digi-

talisierung, damit verbunden neue Datentypen und die verfügbare informationstechnische Infrastruktur zu neuen und möglicherweise verbesserten Möglichkeiten einer risikoadäquaten Tarifierung nahe dem individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip. Dass der Versicherungswirtschaft damit eine „Entsolidarisierung" vorgeworfen wird, ist ein Fakt, mit dem sie sich allerdings zu beschäftigen hat. Der alleinige Hinweis auf die „versicherungstechnische Adäquanz" wird kaum helfen, wenn dies kein marktweit oder politisch akzeptiertes Prinzip darstellt. Denn Fakt ist auch, dass damit hoch exponierte Risiken, wie z. B. in der Kfz-Haftpflichtversicherung die Fahranfänger und ältere Versicherte (s.o.), in Versicherungsnotstand geraten können.

Die Frage ist, ob die Versicherungswirtschaft das Missverständnis und die Unterscheidung zwischen dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip und dem Risikoausgleich im Kollektiv auf der einen Seite und einer „Solidargemeinschaft" auf der anderen Seite durch eine entsprechende Kommunikation über den Charakter der privatwirtschaftlichen Versicherung ausräumen kann und damit auch auf Akzeptanz stoßen würde. Dies scheint eher unwahrscheinlich, schon weil das potenzielle Leid von Menschen, das mit versicherten Schadenfällen vielfach einhergeht, und ein für den wirtschaftlichen Ausgleich zu zahlender Versicherungspreis nicht nüchtern nach wirtschaftlichen Kriterien beurteilt wird. Von daher ist mit ins Kalkül zu ziehen, das versicherungstechnische Prinzip durch ausreichende Elemente des Solidarprinzips nachhaltig zu ergänzen. Die marktwirtschaftlichen Regeln und z. B. das Kartellrecht wären dabei gleichwohl zu beachten. Wie das übereinzubringen ist und welche Ausgestaltungsmerkmale von privatwirtschaftlicher Versicherung und ggf. Re-Regulierung damit zweckmäßiger Weise verbunden sind, ist noch zu diskutieren.

6. Versicherungstechnisches Äquivalenzprinzip vs. Gerechtigkeit und Anstand

Das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip ist wertfrei. Seine Ergebnisse müssen nicht mit dem „Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“ harmonieren. „Gerechtigkeit“ und „Anstand“ sind damit keine Maßstäbe für das individuelle versicherungstechnische Äquivalenzprinzip; am Ende kommt es lediglich auf die risikoadäquate Versicherungsprämie an. Damit kollidiert die nackte Versicherungstechnik nicht nur ggf. mit dem Solidarprinzip, sondern weitergehend teilweise auch mit dem Werteverständnis in der breiten Gesellschaft.

- Es mag zwar als durchaus „gerecht“ empfunden werden, wenn „Raser“ eine höhere Versicherungsprämie zu zahlen haben, als „vorsichtige Autofahrer“, die sich „an die Verkehrsregeln halten“.
- Als grenzwertig wird es allerdings vielfach bereits empfunden, wenn Versicherungsnehmer nach Unfällen auf Basis der „Erfahrungstarifierung“ und einer Neueinstufung in niedrigere Schadenfreiheitsklassen oder höhere Schadenklassen künftig eine erhöhte Versicherungsprämie zu zahlen haben oder ihnen gar gekündigt wird.
- Ausgeprägte mediale und auch politische Widerstände erheben sich neuerdings gegen die Erfassung individueller personenbezogener Informationen, wie sie z. B. in den sozialen Medien öffentlich verfügbar sind, oder gegen die Erhebung von Risiko- und Verhaltensmerkmalen, die real, individuell und in Echtzeit z. B. über GPS-Systeme zugänglich gemacht werden können. Selbst wenn bestimmte Personenkreise den Versicherungsunternehmen solche Daten zur individuellen Risikobemessung und anschließend zur Tarifierung und ggf. für individuelle Mehrwertangebote freiwillig nutzbar machen, wird das letzten Endes breite Marktwirkungen entfalten; denn schließlich werden folgerichtig diejenigen Personengruppen „diskriminiert“, die nicht bereit sind, individuelle und „private“ Datengrundlagen zur Verfügung zu stellen. Über eine höhere Risikoeinstufung werden sie mit höheren Versicherungsprämien belegt oder im Extremfall ganz vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Als „ungerecht“ und „unanständig“ werden zweifelsohne Prämien- oder Produktdiskriminierungen (z. B. Leistungsausschlüsse) gewertet, die Personengruppen treffen, „die gar nichts dafür können“ – z. B. Hebammen in der Berufshaftpflichtversicherung, Dachdecker in der Berufsunfähigkeitsversicherung oder die verschiedenen Geschlechter in der Risikolebens- bzw. Rentenversicherung (Abbildung 5).

Abbildung 5: Beispiele für Prämien- und/oder Produktbenachteiligungen

Die informatik- und datenbasierten Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versicherungstechnik, namentlich des individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips, werden von daher in einem gewissen Gleichschritt mit der Akzeptanzentwicklung in der breiten Bevölkerung erfolgen müssen und dadurch begrenzt sein. Grenzen setzen zudem die Gesetze und die Rechtsentwicklung, prominent u.a. der Datenschutz. Dass im Wettbewerb andere Rechtsfelder, wie insbesondere das Kartellrecht, abgestimmte Selbstbeschränkungen der Branche zur Verhinderung eines über das Ziel hinausschießenden individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips verbieten, wurde bereits erwähnt.

Für die Versicherungswirtschaft stellt sich eine Reihe von Fragen: Welches Maß an Tarifindividualisierung und Datennutzung wird in der Bevölkerung noch verbreitet goutiert und ist damit nach den Kriterien „Solidarität", „Gerechtigkeit" und „Anstand" marktfähig? Welche Risiko- und Verhaltensmerkmale gelten als tarifierungsfähig, und welche sind Tabu? Sind individuellere Tarifsysteme „gerechter", weil vorsichtiges Verhalten belohnt und riskantes Verhalten konsequent bestraft wird? Oder sind sie ungerechter, weil sie nicht nur Verhaltensmerkmale, sondern auch schicksalhafte Gegebenheiten berücksichtigen? Wo ist die Grenze zwischen versicherungstechnischen Notwendigkeiten im marktwirtschaftlichen Wettbewerbssystem und einer als ungerecht und unanständig empfundenen Entsolidarisierung?

Antworten auf diese Fragen müssen die Branche als Ganzes und jedes einzelne Versicherungsunternehmen in einem vermutlich ständigen Annäherungsprozess finden. Öffentliche Aufklärung über das Versicherungsprinzip und ein öffentlicher Diskurs über die Konfliktfelder, wie ihn das Goslar-Institut führt, sind dabei hilfreich.

Literaturverzeichnis

DATACOM Buchverlag GmbH (Hrsg.): Gyrosensor, URL: http://www.itwissen.info/definition/lexikon/Gyrosensor-gyro-sensor.html, (Abruf: 11.08.2016).

Erdmann, M.; Schwarzbach, C. (2017a): Telematiktarife und der Ruf nach Solidarität, in: ZfV, H. 3, S. 81–83.

Erdmann, M.; Schwarzbach, C. (2017b): Telematiktarife und der Ruf nach Solidarität, in: ZfV, H. 4, S. 126–129.

Erdmann, M.; Schwarzbach, C. (2017c): Telematiktarife und der Ruf nach Solidarität, in: ZfV, H. 5, S. 165–168.

Farny, D. (2011): Versicherungsbetriebslehre, 5. Aufl., Karlsruhe.

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (Hrsg.): Wie funktioniert eigentlich Telematik?, URL: http://www.gdv.de/2015/05/wie-funktioniert-eigentlich-telematik/, (Abruf: 11.08.2016).

Mertes, H. K. (2015): Ungleiche Prämien für ungleiche Risiken, Versicherungswissenschaftler Fred Wagner über die zunehmend differenzierte Tarifierung nach Risikogruppen, in: VW, 70. Jg., S. 18–19.

Ries, B. (2016): Verhaltensbasierte Tarife für Lebensversicherer, in: Versicherungsbetriebe, H. 1, 46. Jg., S. 29.

Schuld, K. (2015): Verführung nach Plan, Digitaler Fortschritt dynamisiert die Annäherung an den Versicherungskunden, in: VW, 70. Jg., S. 14–16.

Schwarzbach, C.; Weidner, W. (2015): Telematik in der Kfz-Versicherung: Gefährdung des Versicherungsprinzips, in: Der Aktuar, 21. Jg., S. 202–205.

Wagner, F. (Hrsg.) (2011): Gabler Versicherungslexikon, Wiesbaden.

Zentrum für Telematik e.V. (Hrsg.): Telematik, URL: http://www.telematik-zentrum.de/ueber-uns/telematik.html, (Abruf: 11.08.2016).

Über uns

Prof. Dr. Fred Wagner

Seit 1996 Professor für Versicherungsbetriebslehre am Institut für Versicherungslehre und Vorstand des Instituts für Versicherungswissenschaften e.V. (IfVW) an der Universität Leipzig. Forschungsschwerpunkte: Versicherungsmarkt; Marketing und Vertrieb sowie Rechnungswesen im Versicherungsunternehmen nach HGB und IAS/IFRS; Risikomanagement, Solvency II und Wertorientierte Steuerung; aktuelle Herausforderungen in der Lebensversicherung; Digitalisierung, Start-ups und Innovationen in der Assekuranz. Mitglied im Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sowie im Deutschen Rechnungslegungs-Standards-Committee, (AG Versicherungen). Herausgeber des Gabler Versicherungslexikons.
(Kontakt: *wagner@ifvw.de*, *www.vbl.ifvw.de/institut/professur*)

Das Institut für Versicherungslehre Leipzig

Das Institut für Versicherungslehre an der Universität Leipzig wurde zum 1. Oktober 1996 (wieder) gegründet und steht seitdem unter der Leitung von Prof. Dr. Fred Wagner. Das Institut richtet sich sowohl an Bachelor- als auch Masterstudierende und bietet eine spezielle wirtschaftswissenschaftliche Betrachtung des Versicherungsmarkts und des Versicherungsunternehmens unter Berücksichtigung sämtlicher Teilfachgebiete der Betriebswirtschaftslehre. In Forschung und Lehre steht das Institut u. a. durch das Hauptseminar und die Durchführung von Exkursionen in engem Kontakt zur Praxis, um der selbst gestellten Anforderung an eine möglichst anwendungsorientierte Arbeit gerecht zu werden. In zahlreichen Bereichen wird das Institut für Versicherungslehre vom IfVW unterstützt, das zudem den universitären Studiengang MBA-Insurance koordiniert und durchführt. Mit dem Förderkreis des IfVW, der aus zahlreichen Versicherungsunternehmen, Beratungsunternehmen sowie Dienstleistern aus dem IT-Umfeld besteht, wird ein intensiver Austausch gepflegt, der durch regelmäßige Veranstaltungen und Konferenzen des IfVW zusätzlich gefördert wird. Der „Vorlesungstag an der Universität Leipzig" – einer der Branchen-Events – führt jährlich hochrangige Assekuranz-Vertreter und Brancheninteressierte aus ganz Deutschland und dem benachbarten Ausland nach Leipzig.
(siehe auch: *www.vbl.ifvw.de, ww.ifvw.de, www.mba-insurance.de*)

Die V.E.R.S. Leipzig GmbH

Seit ihrer Gründung im Jahr 2009 hat sich die V.E.R.S. Leipzig GmbH (V.E.R.S.) zu einer der bedeutendsten Denkfabriken für die deutsche Assekuranz entwickelt. Durch anwendungsorientierte Forschungsprojekte, impulsgebende Veranstaltungsreihen und individuell zugeschnittene Weiterbildungsmaßnahmen fördert die V.E.R.S. den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis und denkt aktuelle Themenbereiche der Finanzdienstleistungsbranche weiter. Dabei profitiert die V.E.R.S. von einer einzigartigen Kombination aus theoretischem Wissen, das die enge Kooperation mit dem IfVW gewährleistet, und dem hohen Maß an Sachkenntnis und Erfahrungswerten, das durch ein einmaliges Praxis-Netzwerk und vielfältige Projekte ermöglicht wird.
(siehe auch: *www.vers-leipzig.de*)

Geschäft oder Gewissen?

Die Wahrnehmung und Bewertung von telematikbasierten Versicherungstarifen

Prof. Horst Müller-Peters

Institut für Versicherungswesen, Technische Hochschule Köln

Präsentation auf dem Goslar Diskurs

„Geschäft oder Gewissen? Vom Auszug der Versicherung aus der Solidargemeinschaft“

am 26. Januar 2017

Auszug, umfassendere Ergebnisse sind abrufbar unter

http://ivw.web.th-koeln.de/docs/studie_gerechtigkeit_hmp_fw.pdf

1. Hintergrund, Zielsetzung und Methode

1.1 Zielsetzung

- *Kollektiv versus Individuum: Sind zunehmend individualisierte oder sogar situationsabhängige Preise für Versicherungsschutz eigentlich gerechter oder ungerechter?*
- *Vertrag versus Heilsversprechen: Was kann, was muss eine Versicherung leisten?*

Die Vernetzung von Kraftfahrzeugen verändert nicht nur die Technik des Autofahrens, sondern auch die Autoversicherung. Durch telematikbasierte Tarife wird die Kfz-Versicherung nicht mehr alleine durch Merkmale des Kfz, des Halters oder der Fahrer tarifiert, sondern auch nach tatsächlich gemessenem Umfang (*pay as you drive*) oder Art (*pay how you drive*) der Fahrzeugnutzung. Damit erfolgt noch stärker als bisher eine Zuschlüsselung individueller Risikomerkmale und damit eine noch individuellere und risikoadäquate Preisfindung. Neben möglichen Vergünstigungen (Rabatte, Rückerstattungen etc.) für risikoarmes Fahren sind auch Preisaufschläge für riskante Fahrstile denkbar oder auch situationsangepasste Zu- oder Abschläge z. B. für Nachtfahrten, Fahrten in bestimmte Regionen oder Zusatzfahrer.

Nachdem bereits seit einiger Zeit Erfahrungen im Ausland und von kleineren Anbietern im Markt gesammelt wurden, stiegen im Jahr 2016 auch die deutschen Marktführer in telematikbasierte Tarife ein, so dass dem Thema eine große öffentliche Aufmerksamkeit gewiss ist. Darüber hinaus werden auch in anderen Lebensbereichen neue, auf Vernetzung und Sensorik basierende Tarife entwickelt, z. B. in der Krankenversicherung, aber auch in anderen Umfeldern wie dem Eigentumsschutz.

Aus dieser Entwicklung ergibt sich die Frage, wie diese neuen Ansätze der Tarifierung aus Sicht der Öffentlichkeit und der Versicherungskunden bewertet werden. Sind die neuen Tarife gerechter, weil positives Verhalten belohnt und Risikoerhöhung konsequent bestraft wird? Oder findet aus Sicht der Kunden ein bedenklicher Ausstieg aus einer Solidargesellschaft statt?

Wie soll Versicherung aus Sicht oder Verbraucher sein und welche Gerechtigkeitsvorstellungen verbinden Verbraucher damit? Welche Merkmale gelten als „tarifierungsfähig“ und welche sind Tabu? Und welche Preismechanismen werden akzeptiert und welche nicht? Die vorliegende Studie soll grundlegende Einblicke in die Einstellungen der Verbraucher geben und damit eine weiterführende Diskussion über das Wesen der Versicherung im Kontext von Vernetzung und Big Data anregen.

1.2 Hintergrund: Was ist gerecht?

Gerechtigkeit ist subjektiv eines der höchsten Güter. Ob wir ein System oder ein Ergebnis als gerecht empfinden, hängt vom zugrundeliegenden Verfahren und der resultierenden Verteilung ab.

Verfahren

Kriterien prozeduraler Gerechtigkeit

Ebenso bedeutsam wie die Verteilung ist die Gerechtigkeit des Verfahrens.

Kriterien (nach Leventhal 1980)

1. **Konsistenz** (gleiche Regeln für Alle)
2. **Neutralität** bzw. Unparteilichkeit
3. **Genauigkeit** bei der Entscheidungsfindung
4. **Repräsentativität der Daten**, auf deren die Basis Entscheidungen gefällt werden
5. Korrigierbarkeit des Urteils
6. Übereinstimmung mit übergeordneten moralischen Standards

Sowohl als auch – je mehr Kriterien erfüllt sind desto gerechter

Verteilung

Grundprinzipien distributiver Gerechtigkeit

Bedürfnis, jedem das, was er braucht: Sowohl die Beiträge als auch die Erträge richten sich nach der Bedürftigkeit (bzw. Leistungsfähigkeit) des jeweiligen Mitglieds.

Solidarprinzip

Gleichheit, für jeden das Gleiche: Sowohl die Beiträge als auch die Erträge werden auf alle Mitglieder eines Kollektivs gleichmäßig verteilt – unabhängig von den individuellen Leistungen und Bedürfnissen.

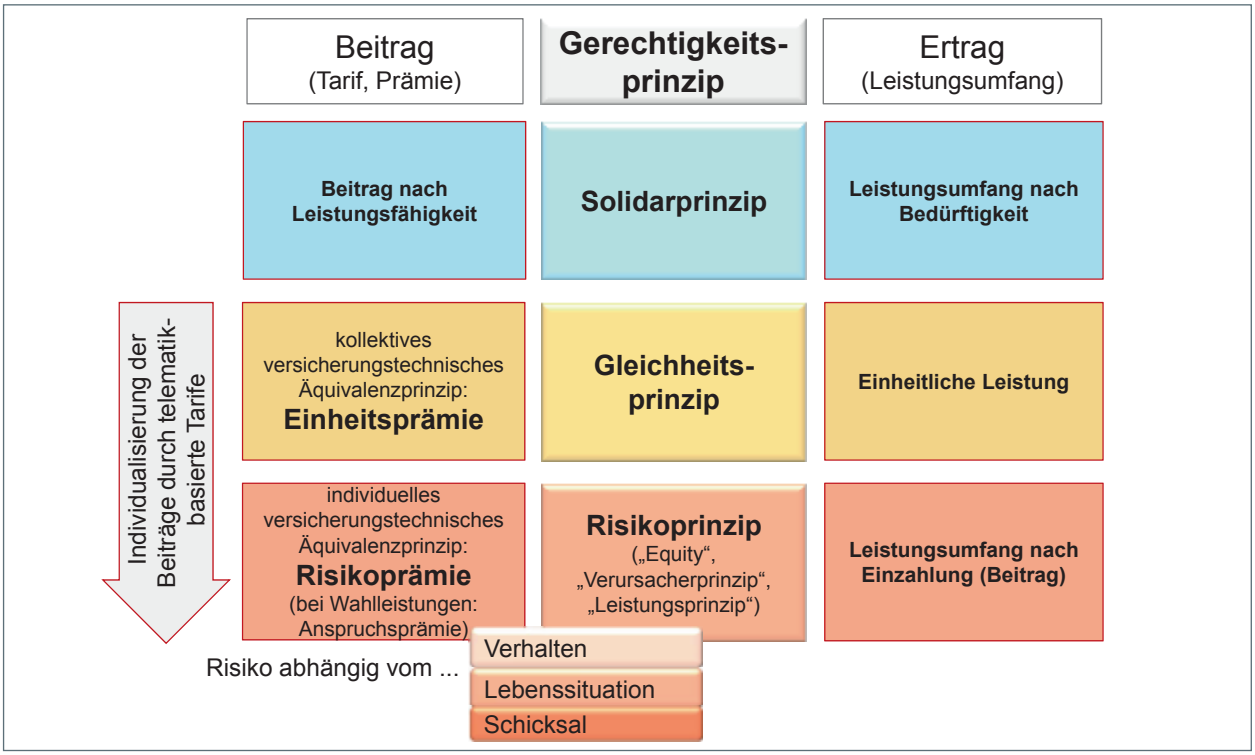
Gleichheitsprinzip

Equity, jedem seinem Beitrag entsprechend: Die Erträge werden proportional zum Beitrag des Einzelnen verteilt, bzw. die Beiträge danach bemessen, wie stark der Einzelne an den Erträgen beteiligt wird.

Risikoprinzip

Entweder/oder, abhängig von Kontext, Situation und Person

1.3 Hintergrund: Verteilungsgerechtigkeit in Tarifierung und Leistung



1.4 Zur Wahrnehmung von Fairness im wirtschaftlichen Kontext

Typische Urteilstendenzen und Verzerrungen bei der Beurteilung wirtschaftlicher Zusammenhänge

Gleichheitsprinzip als Standard

Wenn nichts dagegen spricht, wird „Gleichheit“ als gerecht betrachtet. Große soziale Ungleichheiten gelten als unfair (*Inequality Aversion*).

Verlustaversion und Unterlassungstendenz

Verluste wiegen schwerer als Gewinne. Die positiven Auswirkungen von Veränderungen werden daher gegenüber deren Nachteilen untergewichtet – daraus folgt die Tendenz zur Unterlassung vorteilhafter Handlungen (*„Omission-Bias“*)

„Füge niemandem Schaden zu“

Abneigung vor Regelungen, die anderen Schaden zufügen, auch wenn sie in der Summe positive Auswirkung haben. (*„Do-no-harm-Prinzip“*) . Insbesondere wenn das Opfer oder die Opfergruppe konkret identifizierbar ist, erscheinen nachteilige Behandlungen als unfair (*„Identifiable-Victim-Effekt“*).

Status Quo Bias

Was bereits existiert, wird tendenziell auch als fair betrachtet – Tendenz zur Aufrechterhaltung des Ist-Zustandes.

Unterschätzung der Effizienz von Marktwirtschaft

Fokussierung auf die Verteilung ohne Berücksichtigung möglicher Wohlfahrtseffekte, mögliche Vorteile anderer werden daher als eigene Verluste angesehen (Annahme eines Nullsummenspiels; *„Fixed-Pie-Annahme“*).

Eigennutz

Wir tendieren dazu, die Welt in unserem Sinne zu interpretieren: Was uns persönlich nützt, wird eher als fair betrachtet.

Bevorzugung der eigenen Gruppe

Das Wohl von Mitgliedern der eigenen Gruppe (z. B. Nation) wird höher bewertet (*Parochialismus, „Anti-Foreign-Bias“*), der Nutzen von Kooperation wird unterschätzt.

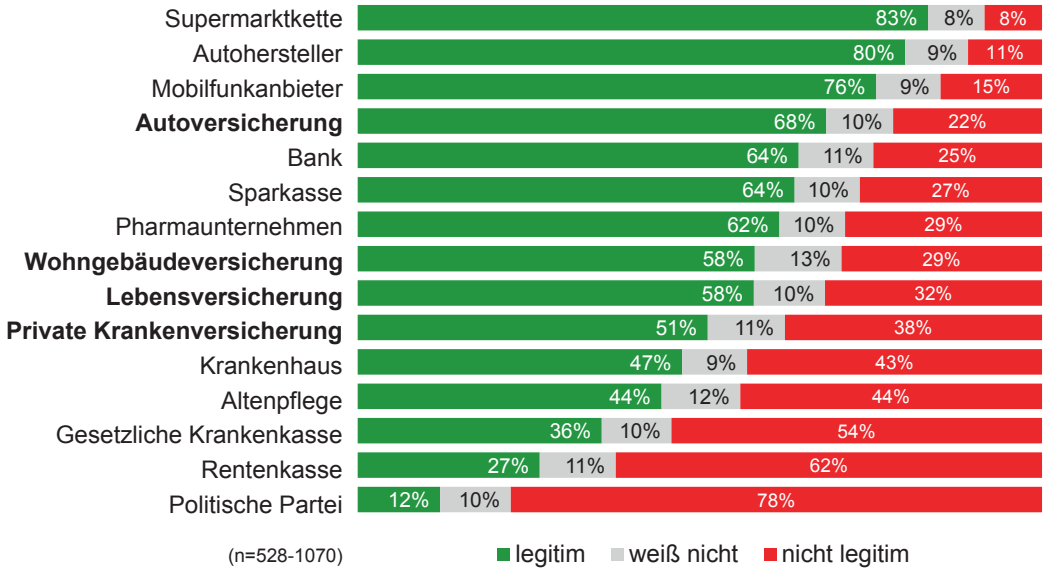
1.5 Methode und Stichprobe

Befragungsmethode	15-minütige standardisierte Befragung im Online-Panel von YouGov Deutschland
Befragungszeitraum	14. bis 20. Dezember 2016
Zielgruppe	Deutsche Wohnbevölkerung ab 18 Jahre (mit Internetzugang)
Stichprobengröße	1.070 Befragte, repräsentativ gewichtet
Stichprobenteilung	Ein Teil der Fragen wurde allen Teilnehmern gestellt. Ein Teil der Fragen wurde den ca. 850 Autofahrern innerhalb der Stichprobe gestellt. Um Konsistenzeffekte und Verzerrungen durch vorhergehende Fragen zu vermeiden, wurden die Befragten für einige Fragen in zwei nach dem Zufallsprinzip gebildete Gruppen aufgeteilt. Für die Erhebung der Wahrnehmung der Gerechtigkeitsprinzipien (Kap. 3) erfolgte eine nochmalige Unterteilung in insgesamt 4 Gruppen. Um Reihenfolgeeffekte zu vermeiden, wurden die Antwortalternativen innerhalb vieler Fragen nach dem Zufallsprinzip rotiert. Die Zahl der Antworten pro Frage findet sich jeweils unterhalb der Ergebnisse („n = xxx“).

2. Vertrag oder Heilsversprechen? Das Grundverständnis von Versicherung

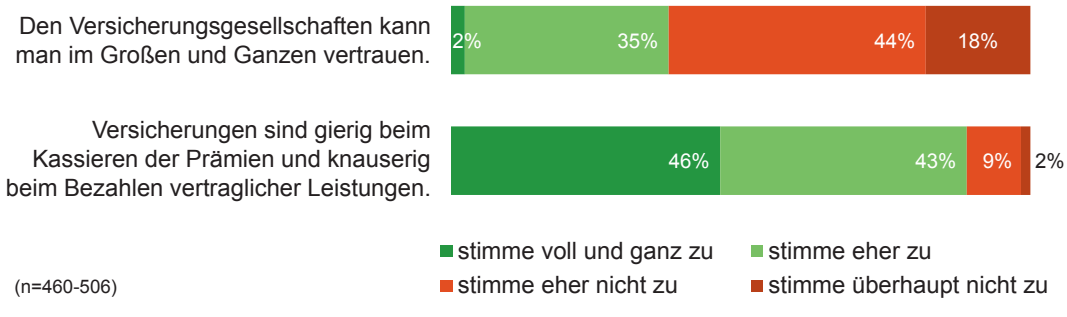
2.1 Geschäft oder Gewissen? Die Legitimität von Gewinnerzielung je nach Branche

Für wie legitim halten Sie es, wenn ein Unternehmen oder eine Organisation aus einem der folgenden Bereiche Gewinne erzielt?



2.2 Prozedurale Gerechtigkeit: Vertrauen gegenüber Versicherern

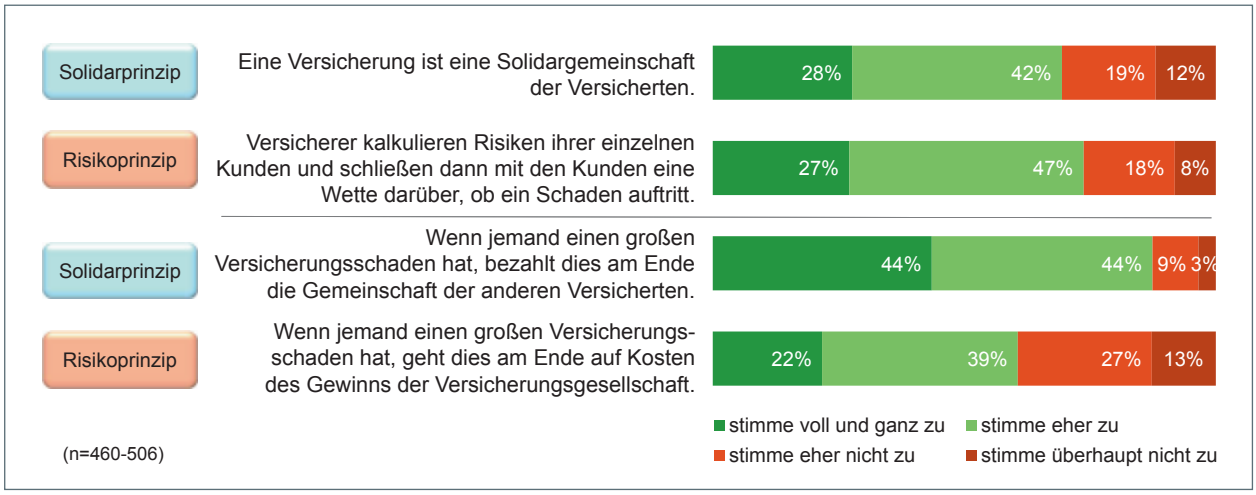
Jetzt möchten wir Ihnen ein paar grundlegende Fragen zum Thema Versicherung stellen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen.



➤ Insgesamt nur geringes Vertrauen in die Versicherungsbranche

2.3 Grundprinzipien der Tarifierung: Solidarkollektiv der Versicherten oder individuelle Wette mit einem Versicherungsunternehmen?

Jetzt möchten wir Ihnen ein paar grundlegende Fragen zum Thema Versicherung stellen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen.

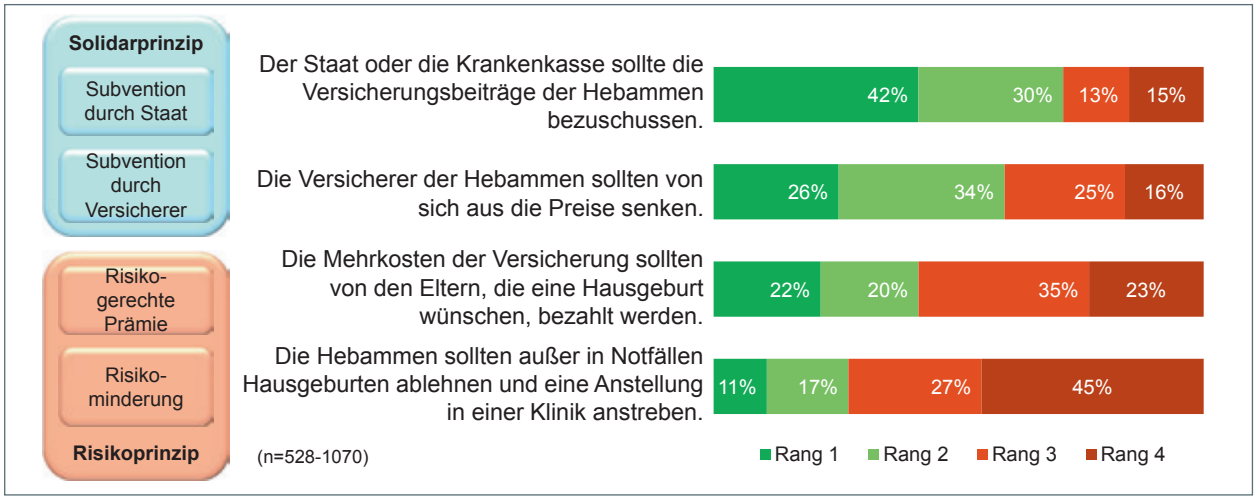


➤ Sowohl als auch: Versicherte sehen sowohl das Solidar- als auch das Risikoprinzip.

2.4 Ein konkretes Fallbeispiel: Das Hebammen-Problem

Ein aktuelles Problem im Gesundheitswesen ist die Zukunft der freien Hebammen und damit auch der Möglichkeit von Hausgeburten. Die Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung der Hebammen sind in den letzten Jahren massiv gestiegen, da immer höhere Schadensersatzansprüche eingeklagt werden. Für viele Hebammen sind die Versicherungsprämien kaum mehr bezahlbar, und sie müssen deshalb ihren Beruf aufgeben. Auch wenn Sie vermutlich eher nicht betroffen sind, möchten wir Sie bitten einmal darüber nachzudenken.

Welches der folgenden Lösungen für dieses Problem würden Sie am ehesten befürworten?



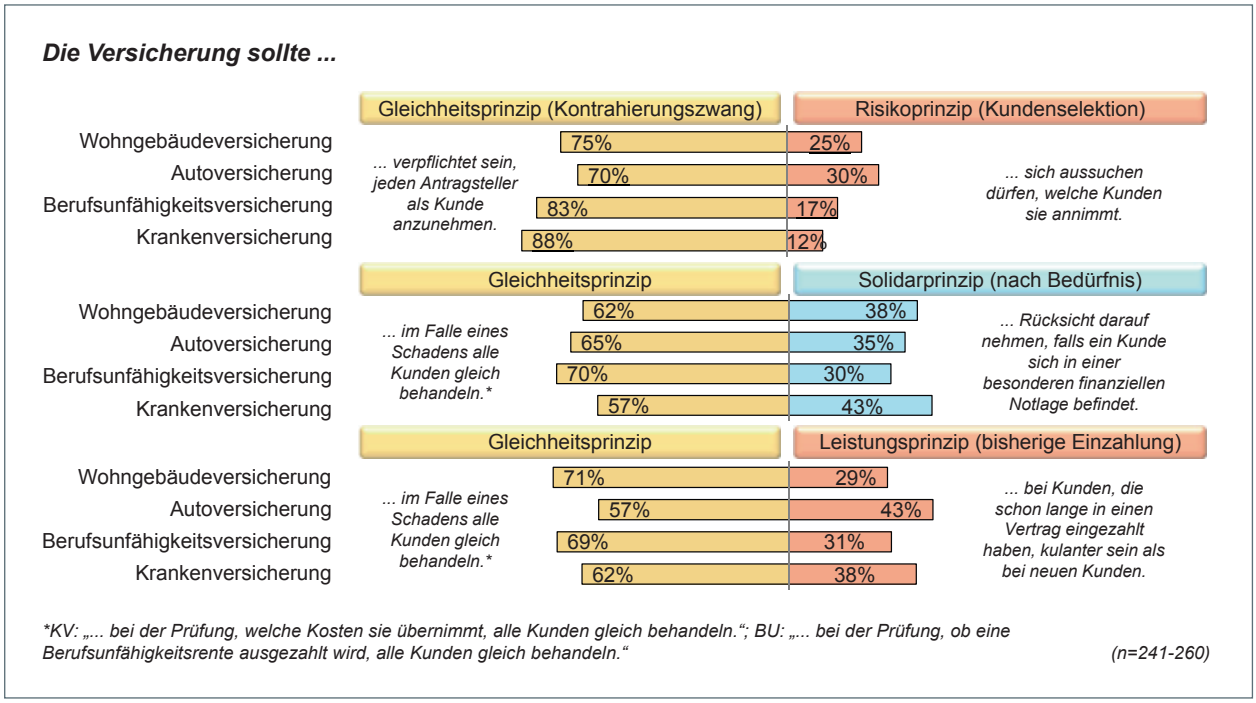
➤ Subvention durch die Solidargemeinschaft anstelle eines risikoadäquaten Verursacherprinzips

2.5 Fazit: Das Grundverständnis von Versicherung *Zwischen Privatwirtschaft und Gemeinwirtschaft*

- Die Wahrnehmung eines Versicherungsvertrags schwankt zwischen Mitgliedschaft im Solidarkollektiv und individueller „Wette".
- Vor allem die existenziellen Themen *Gesundheit* und *Altersvorsorge* sind für einen beträchtlichen Teil der Bevölkerung ein „marktfernes" Thema. Am ehesten wird von „Marktkritikern" noch die Autoversicherung als „normales" gewinnorientiertes Unternehmen gesehen.
- Das Hebammenbeispiel zeigt: Im Zweifelsfall geht Subvention vor Risikominderung oder risikogerechter Bepreisung. *(▸ Do-Not-Harm-Prinzip*)
- Zu einer marktkritischen Sicht mag auch das nur geringe Vertrauen in die Versicherungswirtschaft beitragen. *(▸ Verfahrensgerechtigkeit*)

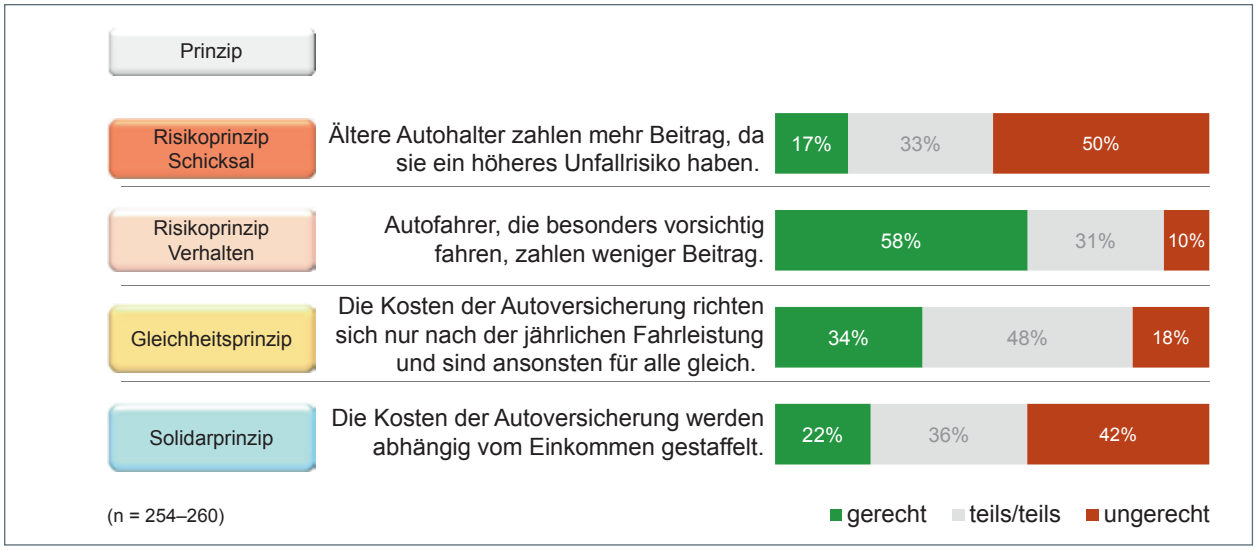
3. Gerecht oder ungerecht – wieviel Solidarität muss sein?

3.1. Überblick: Gerechtigkeit in Annahme und Leistungserbringung



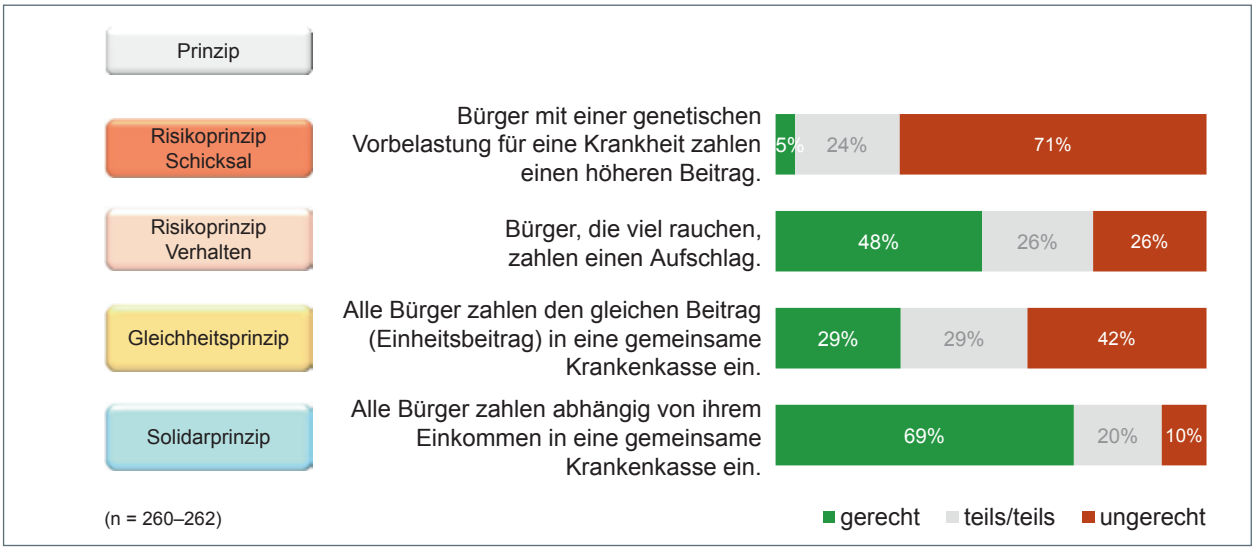
3.2 Preissetzung nach unterschiedlichen Gerechtigkeitsprinzipien: Kfz-Versicherung

Im Folgenden geht es um die Autoversicherung. Unabhängig davon, wie die folgenden Bereiche heute in der Gesellschaft geregelt sind – welche Regelung finden Sie persönlich gerecht?



3.3 Preissetzung nach unterschiedlichen Gerechtigkeitsprinzipien: Krankenversicherung

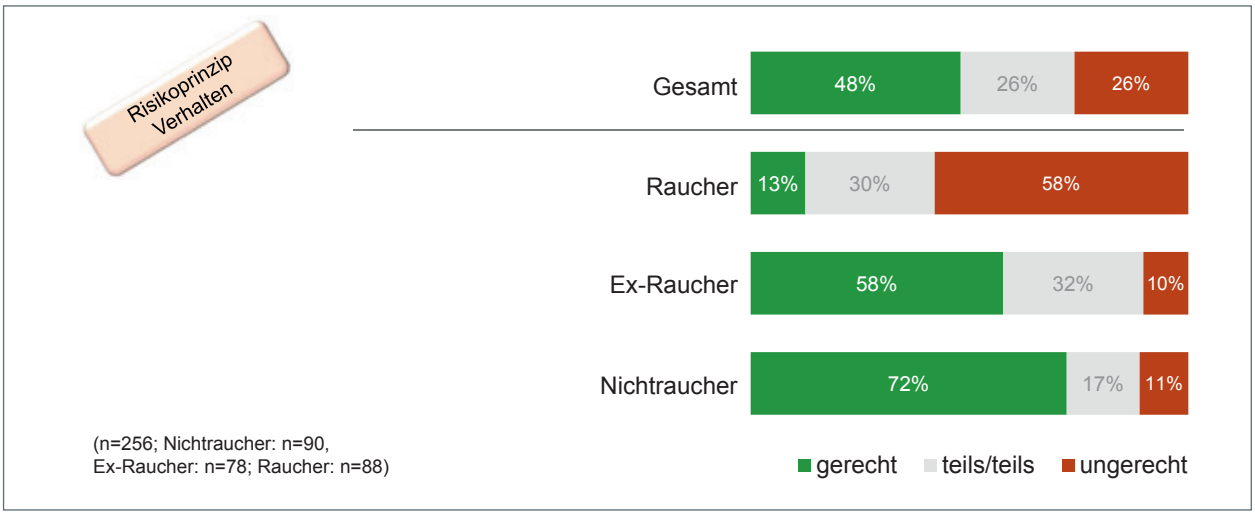
Im Folgenden geht es um die Krankenversicherung. Unabhängig davon, wie die folgenden Bereiche heute in der Gesellschaft geregelt sind – welche Regelung finden Sie persönlich gerecht?



3.4 Exkurs Raucher: Gerechtigkeitsempfinden bei Risikoprinzip Verhalten bei der Krankenversicherung

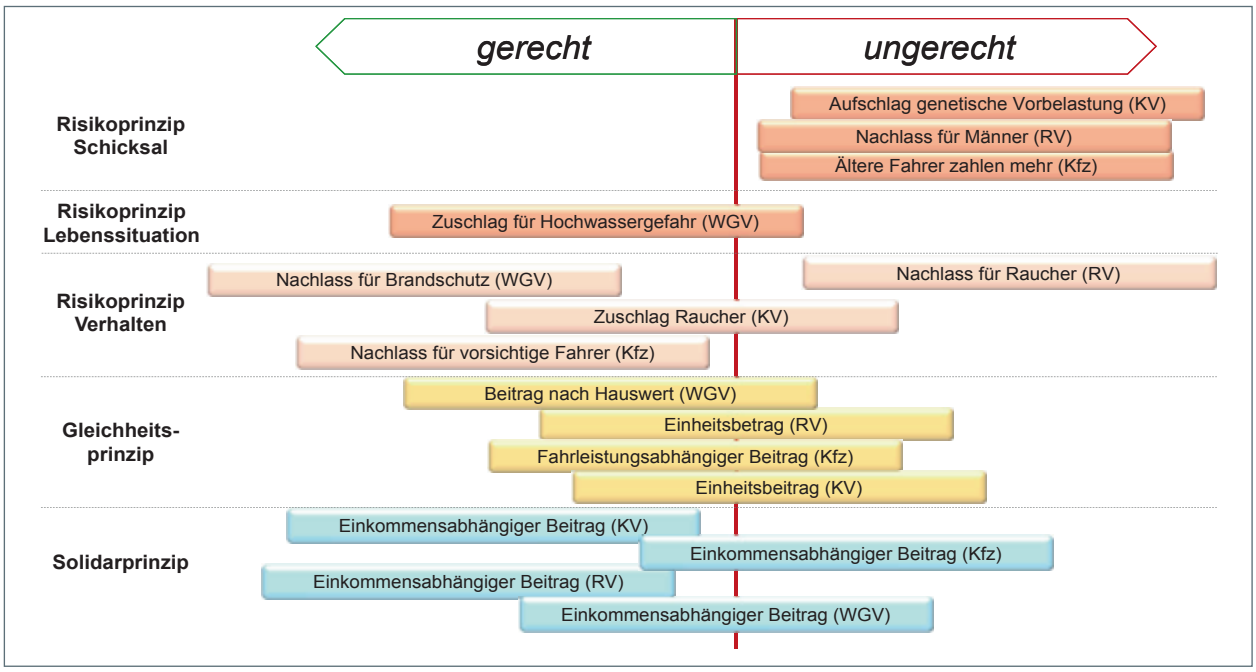
Im Folgenden geht es um die Krankenversicherung. Unabhängig davon, wie die folgenden Bereiche heute in der Gesellschaft geregelt sind – welche Regelung finden Sie persönlich gerecht?

Bürger, die viel rauchen, zahlen einen Aufschlag.



➤ Gerechtigkeit ist subjektiv – und nicht frei von Eigeninteresse

3.5 Überblick: Gerechtigkeitsempfinden in der Preissetzung



➤ Eine „gerechte" Prämien ist höchst kontext-abhängig. Das „richtige" Prinzip ist abhängig vom Thema, vom Status Quo und von der persönlichen Situation.

3.6 Fazit: Gerecht oder ungerecht – wieviel Solidarität muss sein?

Risikoprinzip bei Kfz, Solidarität bei Kranken

➤ Die Prinzipien *Solidarität*, *Gleichheit*, sowie *Risiko- bzw. Leistungsäquivalenz* dienen wechselweise als Maßstab für Verteilungsgerechtigkeit. Welches Prinzip wir im Einzelfall zugrunde legen, hängt vom Kontext, dem Status Quo und nicht zuletzt davon ab, welches Prinzip für uns selbst vorteilhaft ist.

➤ Sowohl in der Antragsannahme als auch im Leistungsfall von Versicherungen ist *Gleichheit* unser wichtigstes Maß für Gerechtigkeit.

- Damit findet auch ein genereller Kontrahierungszwang die Zustimmung einer Mehrheit – egal in welcher Sparte.
- Bei der Schadensregulierung urteilen wir allerdings nicht nur nach Gleichheit, sondern auch anhand des Solidar- oder Leistungsprinzip. „Psycho-Logik" statt Vertrags-Logik.

➤ Anders ist es bei der Frage nach gerechter Tarifierung:

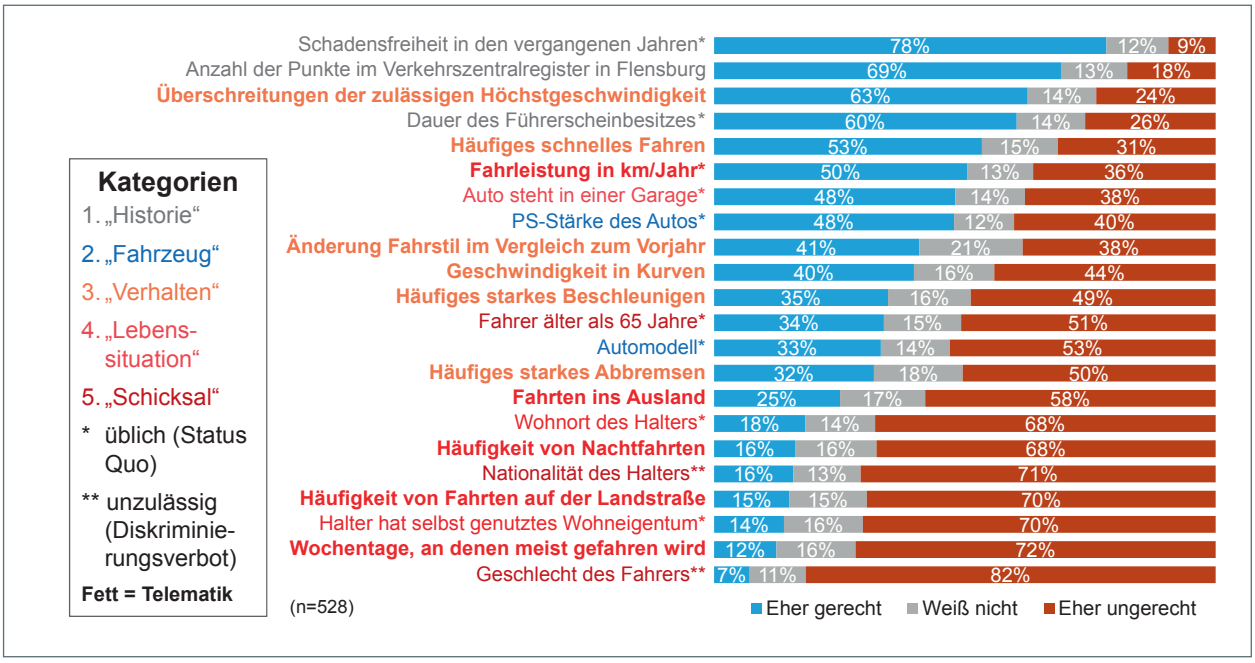
- In der Sachversicherung (Kfz, Haus) dominiert das *Risikoprinzip* – **Preis nach Schadenwahrscheinlichkeit**
- In der Kranken- und Rentenversicherung dominiert das *Solidarprinzip* – **Preis nach Einkommen** (entsprechend dem Status Quo). Risikogerechte Zuschläge finden dennoch Zustimmung.

➤ Die Akzeptanz risikogerechter Tarifierungsmerkmale hängt von deren mutmaßlicher Beeinflussbarkeit durch den Versicherten ab. (→ Vertiefung im Folgekapitel am Beispiel Kfz- und Krankenversicherung)

4. Alte und neue Tarifierungsmerkmale – was darf, was darf nicht?

4.1 Gerechtigkeit alter und neuer Tarifierungsmerkmale in der Kfz-Versicherung

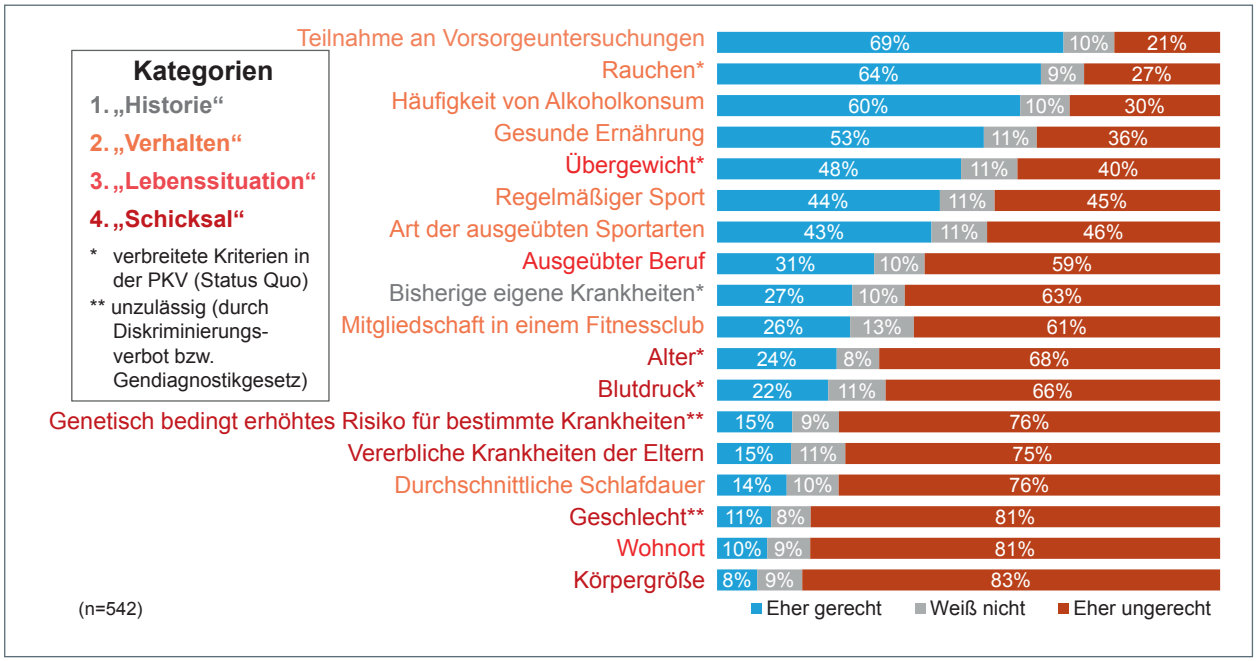
Bei welchen der folgenden Merkmale finden Sie eine Berücksichtigung für die Preisberechnung gerecht, und bei welchen Merkmalen finden Sie eine Berücksichtigung ungerecht?



➤ Gerechtigkeit ist subjektiv – und nicht frei von Eigeninteresse

4.2 Gerechtigkeit alter und neuer Tarifierungsmerkmale in der Krankenversicherung

Bei welchen Merkmalen finden Sie es gerecht, wenn es in die Berechnung der Versicherungsprämie eingeht und bei welchen Merkmalen erscheint Ihnen dies ungerecht?



4.3 Fazit: Alte und neue Tarifierungsmerkmale – was darf, was darf nicht? Große Differenzen in der Beurteilung möglicher Kriterien

In der **Kfz-Versicherung** hohe Akzeptanz zahlreicher Merkmale: ➤ Preisdifferenzierung nach Fahr-Historie und einzelnen Merkmalen des Fahrstils gelten den Meisten als gerecht. ➤ Bezüglich weiterer Elemente des Fahrstils sowie Merkmale des Fahrzeugs sind die Meinungen gespalten. ➤ Die Berücksichtigung der Lebensumstände („Lebenssituation") erscheint nur gerecht, wenn ein direkter Kfz-Bezug besteht und kein Eingriff in die Lebensgestaltung gesehen wird. ➤ Tarifierung nach unveränderlichen persönlichen Merkmalen („Schicksal") scheint in der Kfz-Versicherung weitestgehend tabu.	In der **Krankenversicherung** besteht mehr Skepsis gegenüber risikogerechten Merkmalen: ➤ Dennoch wird eine Tarifierung nach den verhaltensbasierten Merkmalen Vorsorge, Rauchen, Alkohol und Ernährung mehrheitlich als gerecht erlebt. Auch die Berücksichtigung von Sport und Gewicht findet viele Befürworter. ➤ Die Tarifierung nach schwer oder gar nicht veränderbaren Merkmalen („Lebenssituation" und „Schicksal") stößt hingegen weitestgehend auf Ablehnung.

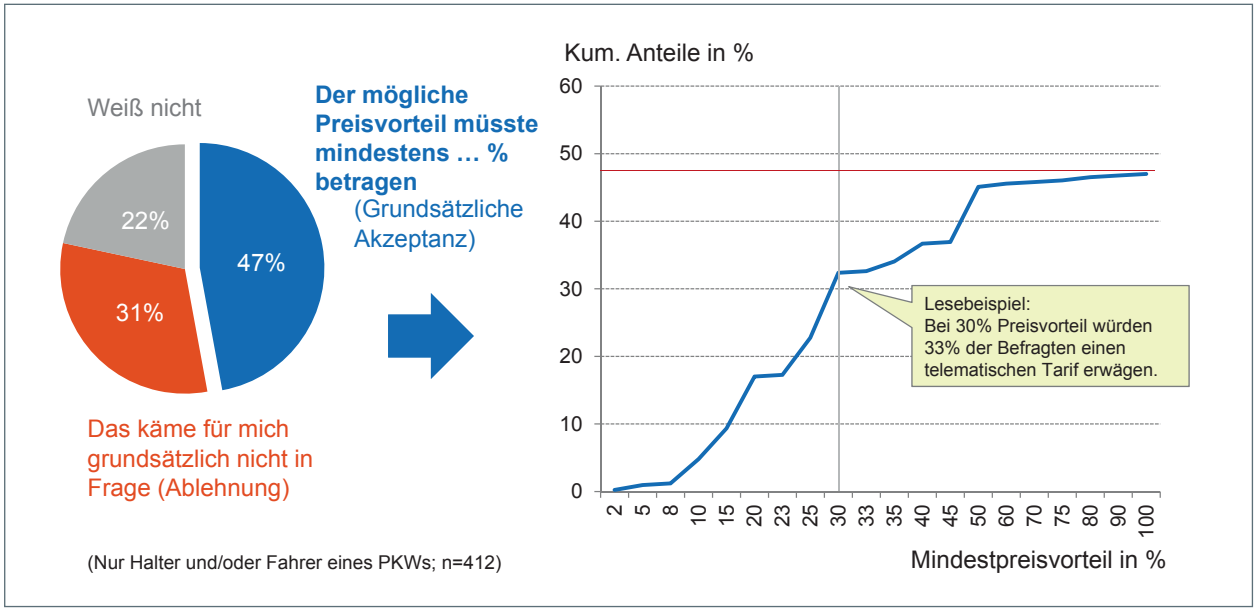
Bereits bestehende Diskriminierungsverbote (z. B. „Uni-Sex"-Gebot) entsprechen dem allgemeinen Gerechtigkeitsempfinden.

Tradierte Merkmale der Tarifierung („Status Quo") werden insgesamt keineswegs gerechter empfunden als „neue" Merkmale auf Basis von Telematik und Verhaltensmessung.

5. Preisvorteile, Preismodelle und Art der Vernetzung

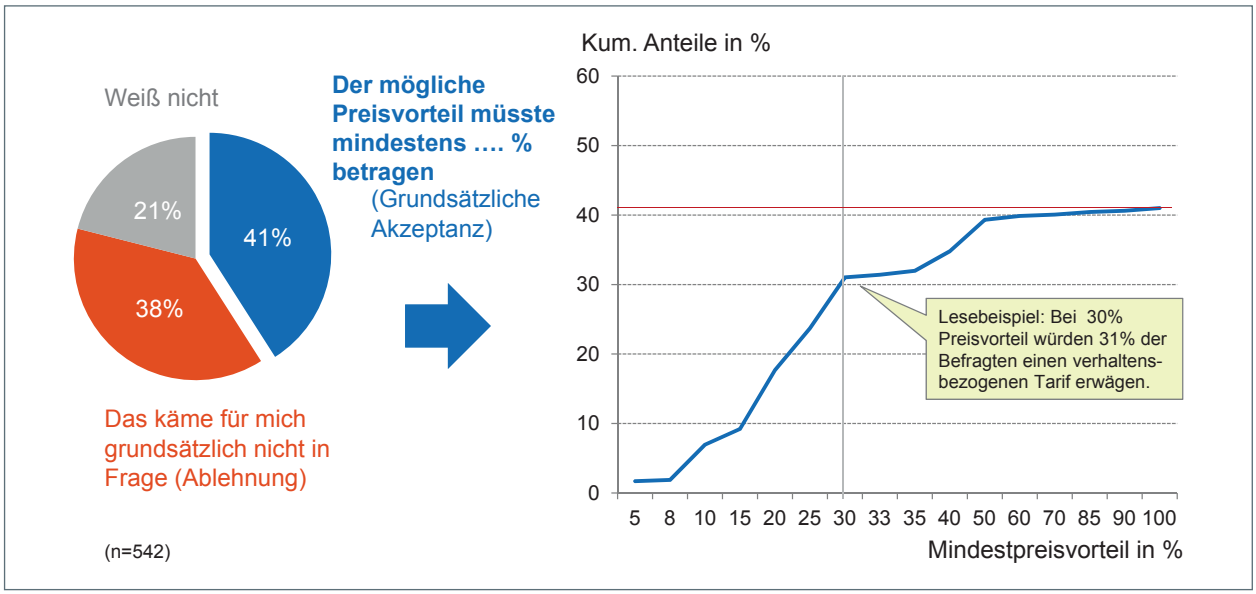
5.1 Telematiktarife in der Kfz-Versicherung: Welcher Preisvorteil muss ein?

Stellen Sie sich bitte eine Kfz-Versicherung vor, bei der das Fahrverhalten Einfluss auf die Höhe der Versicherungsprämie hat. Risikoarmes Fahrverhalten hätte eine niedrigere Prämie (z. B. in Form einer Gutschrift) zur Folge und risikofreudiges Fahrverhalten eine höhere Prämie. Ihr Fahrstil wäre für Ihren Versicherer transparent. Ab welchem möglichen Preisvorteil würden Sie ernsthaft darüber nachdenken, diesen Tarif zu wählen?



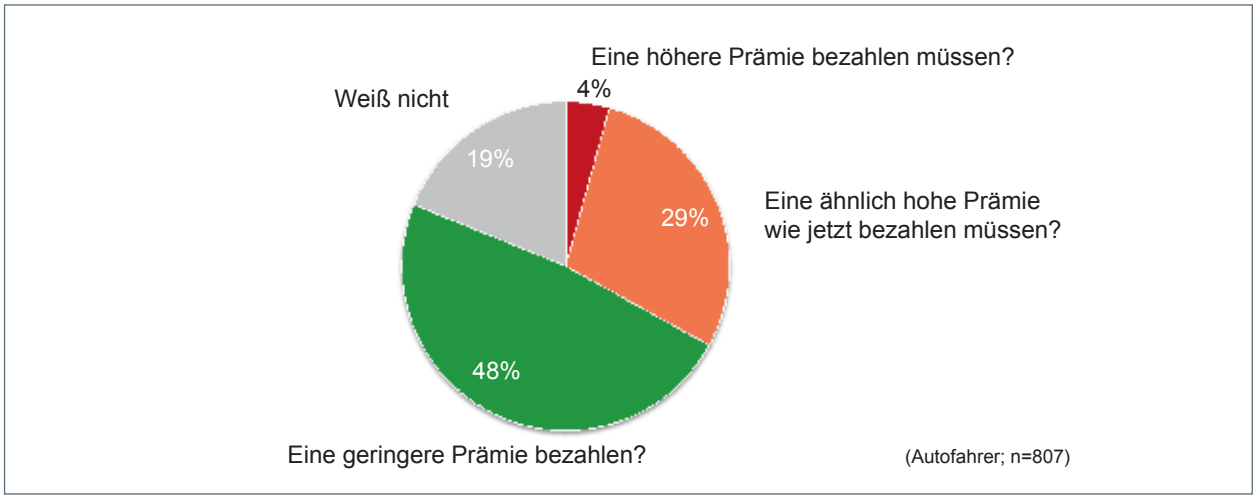
5.2 Verhaltens-Tarife in der Kranken-Versicherung: Welcher Preisvorteil muss ein?

Angenommen, es gäbe einen Tarif in der Krankenversicherung, bei dem sich der Preis nach Ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten richtet. Ab welchem möglichen Preisvorteil für gesundheitsbewusstes Verhalten würden Sie ernsthaft darüber nachdenken, diesen Tarif zu wählen?



5.3 Die Einschätzung der Entwicklung der persönlichen Prämie (Kfz)

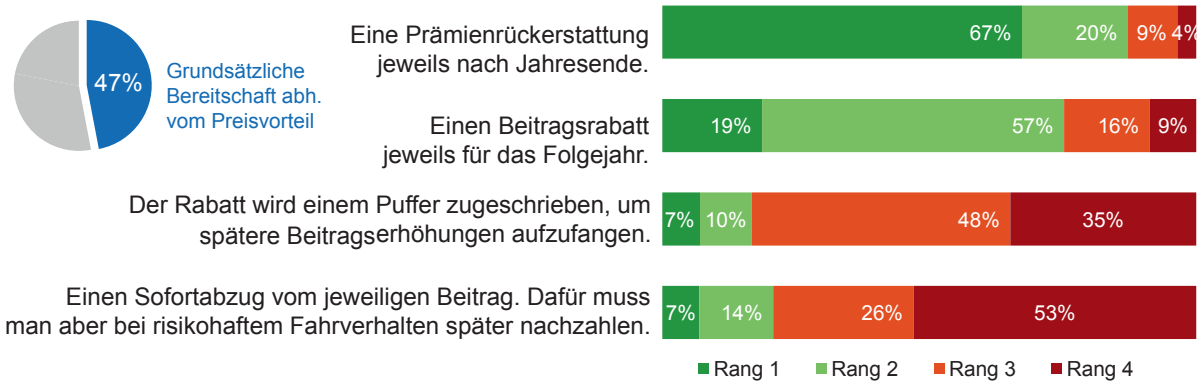
Angenommen, Sie hätten einen sogenannten Telematiktarif bei Ihrer KFZ-Versicherung und Ihr Fahrstil wäre für Ihren Versicherer transparent. Risikoarmes Fahrverhalten hätte eine niedrigere Prämie (z. B. in Form einer Gutschrift) zur Folge und risikofreudiges Fahrverhalten eine höhere Prämie. Wenn Sie Ihr aktuelles Fahrverhalten beibehalten, würden Sie dann ...



➤ Überoptimismus / Kontrollillusion?

5.4 Präferierte Preismodelle in der Kfz-Versicherung

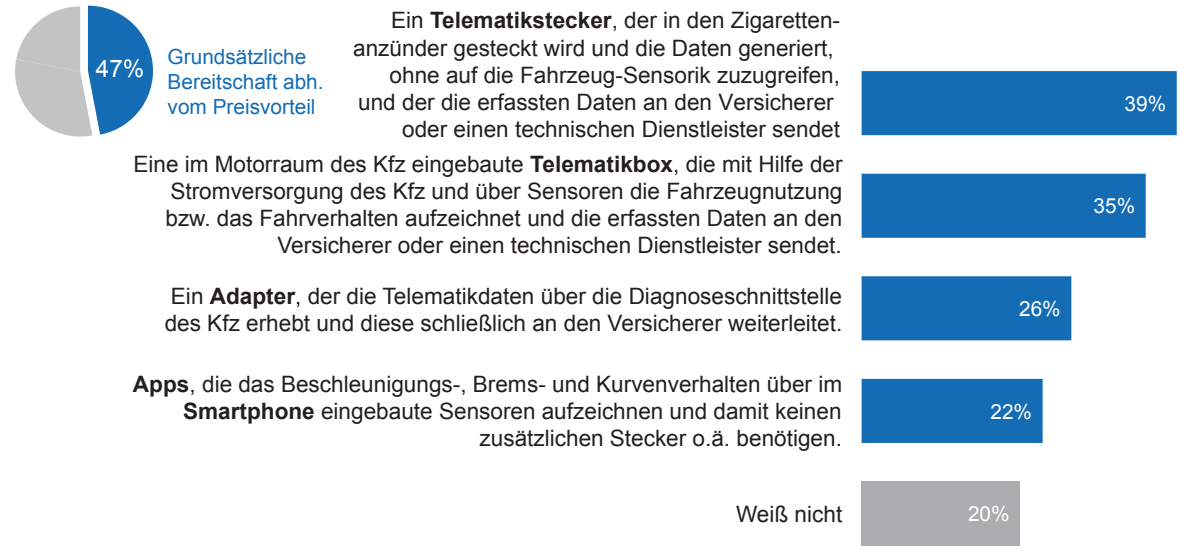
Welche Art des Preisvorteils würden Sie bevorzugen? Bitte sortieren Sie der Reihe nach. Bitte beginnen Sie mit dem Vorteil, den Sie am ehesten bevorzugen würden, gefolgt von dem Vorteil, den Sie an zweiter Stelle sehen etc...



(Nur Halter und/oder Fahrer eines PKWs, die einen Verhaltenstarif in Erwägung ziehen würden; n=194)

5.5 Präferierte Technik in der Kfz-Versicherung

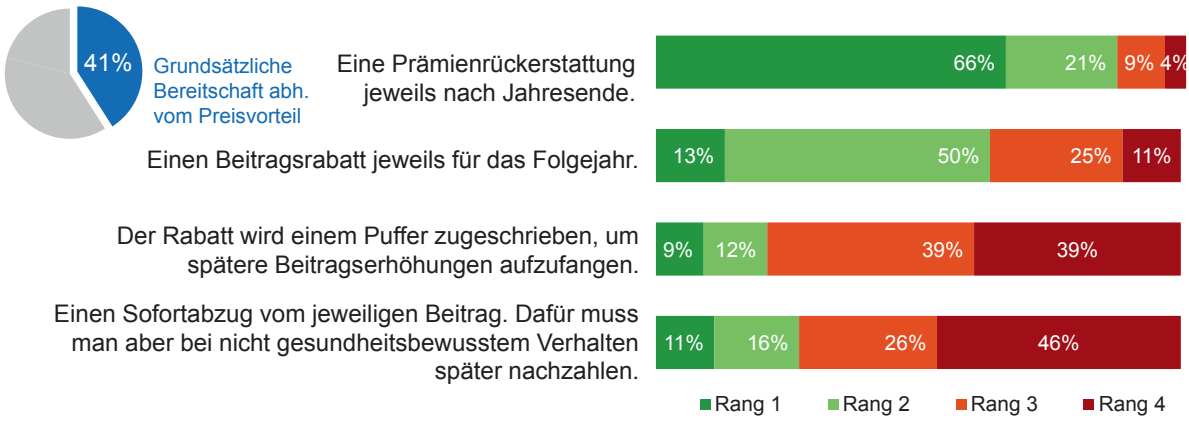
Welche Art der Aufzeichnung käme für Sie in Frage? Bitte wählen Sie alle Möglichkeiten aus, die für Sie in Frage kämen. Der Versicherer würde die benötigte Technik kostenfrei zur Verfügung stellen.



(Nur Halter und/oder Fahrer eines PKWs; Mehrfachnennungen möglich; n=379)

5.6 Präferierte Preismodelle in der Krankenversicherung

Welche Art des Preisvorteils würden Sie bevorzugen? Bitte sortieren Sie der Reihe nach. Bitte beginnen Sie mit dem Vorteil, den Sie am ehesten bevorzugen würden, gefolgt von dem Vorteil, den Sie an zweiter Stelle sehen etc...



(Nur Befragte, die einen Verhaltenstarif in Erwägung ziehen würden; n=214)

5.7 Präferierte Technik in der Krankenversicherung

Welche Art der Aufzeichnung käme für Sie in Frage? Bitte wählen Sie alle Möglichkeiten aus, die für Sie in Frage kämen. Der Versicherer würde die benötigte Technik kostenfrei zur Verfügung stellen.

(Mehrfachnennungen möglich; n=182)

5.8 Fazit: Preisvorteile, Preismodelle und Art der Vernetzung

30% für ein Drittel – Überoptimismus – Rückerstattung – Fitnesstracker

Um für eine breite Gruppe attraktiv zu werden, müssen verhaltensbezogene Tarife ca. 15 bis 40% **Prämienvorteil** bieten. Eine Einsparung von 30% zieht ca. 1/3 der Kunden an. 30 bis 40% der Kunden äußern sich hingegen vollkommen „preisresistent".

- Bezüglich ihrer eigenen Prämie zeigen sich die befragten Autofahrer *überoptimistisch*. Jeder Zweite erwartet – bei Beibehaltung seines derzeitigen Fahrstils – eine Prämienreduktion. Nur Einer aus 25 rechnet mit einem Anstieg.
- Auch in der Krankenversicherung übersteigt die Zahl der Preis-Optimisten (jeder Dritte) bei weitem die Zahl der Preis-Pessimisten (jeder Zehnte).

Als **Preismodell** wird überwiegend die *Rückerstattung nach Jahresende* präferiert.

- Ein Vorababzug – als eigentlich rationalste Lösung – erscheint aufgrund des Bestrafungscharakters einer eventuellen Nachzahlung als unattraktiv.
- Die Attraktivität eines *Beitragsrabatts* für das Folgejahr liegt dazwischen.

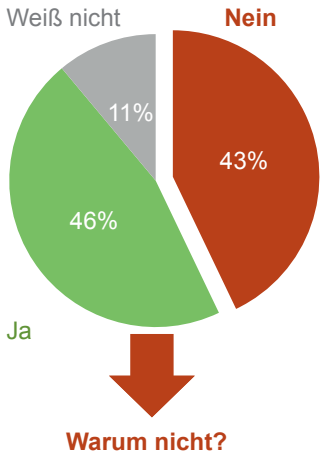
Technisch sind unterschiedliche Lösungen denkbar.

- Im Kfz werden *Telematikstecker* und *Telematikbox* leicht bevorzugt.
- Bei der Erfassung des Gesundheitsverhaltens liegen durch den Versicherer finanzierte *Fitnessarmband* und *Smartwatch* vorne. Mehr als jeder Zehnte unter den Aufgeschlossenen kann sich sogar die Implementation eines *Chips* vorstellen.

6. Die persönliche Akzeptanz telematischer Tarife

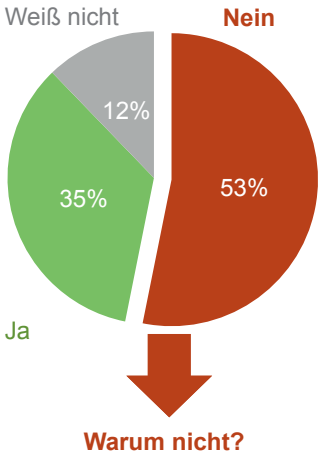
6.1 Persönliche Akzeptanz von Verhaltensaufzeichnung bei Telematik-(Kfz) und Verhaltenstarife (KV)

Könnten Sie sich vorstellen, Daten über Ihr Fahrverhalten aufzeichnen zu lassen und an Ihre Kfz-Versicherung weiterzugeben, wenn Sie dafür einen deutlich günstigeren Preis für Ihre Kfz-Versicherung erzielen könnten?



(Nur Halter und/oder Fahrer eines PKWs, n=834)

Könnten Sie sich persönlich vorstellen, Daten über Ihr Gesundheitsverhalten aufzeichnen zu lassen und an Ihre Krankenversicherung weiterzugeben, wenn Sie dafür einen günstigeren Preis für Ihre Krankenversicherung erzielen könnten? Bitte beachten Sie: Der Versicherer erhält dabei keine Informationen über einzelnes Verhalten, sondern nur eine zusammengefasste Bewertung Ihres Gesundheitsverhaltens über ein Punktesystem.



(n=542)

6.2 Explizite Gründe für die Ablehnung der Aufzeichnung von Fahrverhalten

(offene Frage, Kategorien und Beispiele)

Die Mehrheit der Ablehner nennt explizit die Begriffe Privatsphäre, Datenschutz, gläserner Mensch oder Überwachung

- *„Das ist meine Privatsphäre."*
- *„Bin so schon der gläserne Mensch für unzählige Firmen. Deshalb bin ich nicht bereit weitere Daten öffentlich zu machen."*
- *„Soll es soweit kommen, dass wir einen Sauerstoffbenutzungsschein beantragen müssen?"*
- *„Aus Datenschutzgründen."*

Einzelne befürchten die Ablehnung von Schadenübernahmen

- *„Im Falle eines Schadens könnte die Versicherung kleinste Regelwidrigkeiten als Grund der Zahlungsverweigerung nutzen und somit weiterhin Beiträge einstreichen, ohne zahlen zu müssen."*

Einzelne befürchten den Missbrauch der Daten

- *„Diese Überwachung könnte trotz aller Beteuerungen missbraucht werden."*
- *„Unsicherheit ob Daten ggf. missbraucht werden."*

Manche fühlen sich bevormundet und gegängelt

- *„Ich würde mich zu sehr beobachtet fühlen und das möchte ich nicht, ich möchte mich frei fühlen."*
- *„Weil ich mich irgendwann dann nicht mehr bewegen kann wie ich möchte."*

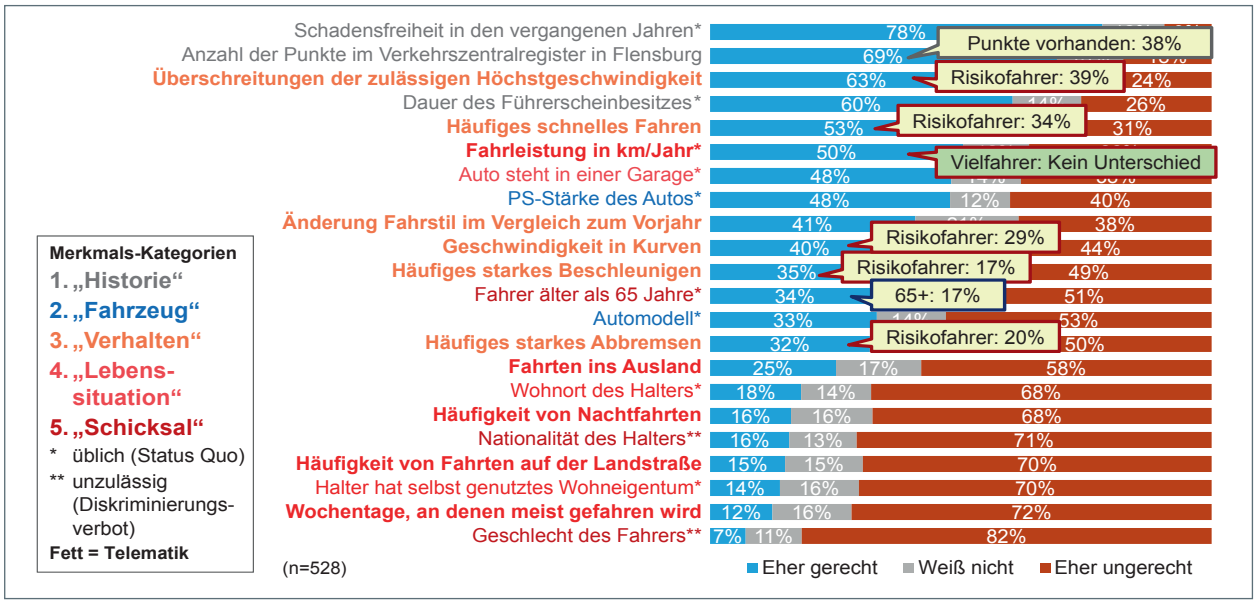
Nur vereinzelt wird fehlende Solidarität und Gerechtigkeit angeführt

- *„Wenn nicht mehr wirklich im Kollektiv versichert wird, brauche ich keine Versicherung. Ich würde selbst eine Rücklage bilden."*
- *„Versicherungen sind Solidargemeinschaften."*
- *Das würde nur zu ungerechter Preisgestaltung bei den Versicherungen führen."*

(n=361; inkl. „Sonstige" und „keine Antwort")

6.3 Gerechtigkeit alter und neuer Tarifierungsmerkmale in der Kfz-Versicherung: „Egoismus-Effekt" (Gruppenunterschiede)

Exkurs: Die Akzeptanz von Telematiktarifen in Abhängigkeit vom eigenen Verhalten
Bei welchen der folgenden Merkmale finden Sie eine Berücksichtigung für die Preisberechnung gerecht und bei welchen Merkmalen finden Sie eine Berücksichtigung ungerecht?



➤ Die Akzeptanz von Tarifierungsmerkmalen ist deutlich geringer, wenn diese zum eigenen Nachteil sind.

6.4 Fazit: Die persönliche Akzeptanz telematischer Tarife

Zustimmung und Ablehnung in der Waage, vier Schwellen zur Akzeptanz

In Verbindung mit der notwendigen Datenerfassung kann sich knapp jeder Zweite (46%) eine telematikbasierte Kfz-Versicherung und etwa jeder Dritte (35%) eine verhaltensbasierte Krankenversicherung vorstellen. Demgegenüber lehnen dies 43% (bei Kfz) bzw. 53% (bei Kranken) grundsätzlich ab. Nur jeder Zehnte gibt sich unentschlossen.

Pauschale Ablehnung beruht fast durchgehend auf *Datenschutzbedenken* und dem Wunsch nach *Wahrung der Privatsphäre*.

- Hinzu kommt fallweise die Sorge vor Datenmissbrauch, vor Nachteilen im Schadensfall und die grundsätzliche Ablehnung von „Gängelung“ durch den Versicherer.
- Fehlende Gerechtigkeit nach dem Gleichheits- oder Solidarprinzip spielt bei der persönlichen Entscheidung nur eine nachgeordnete Rolle.

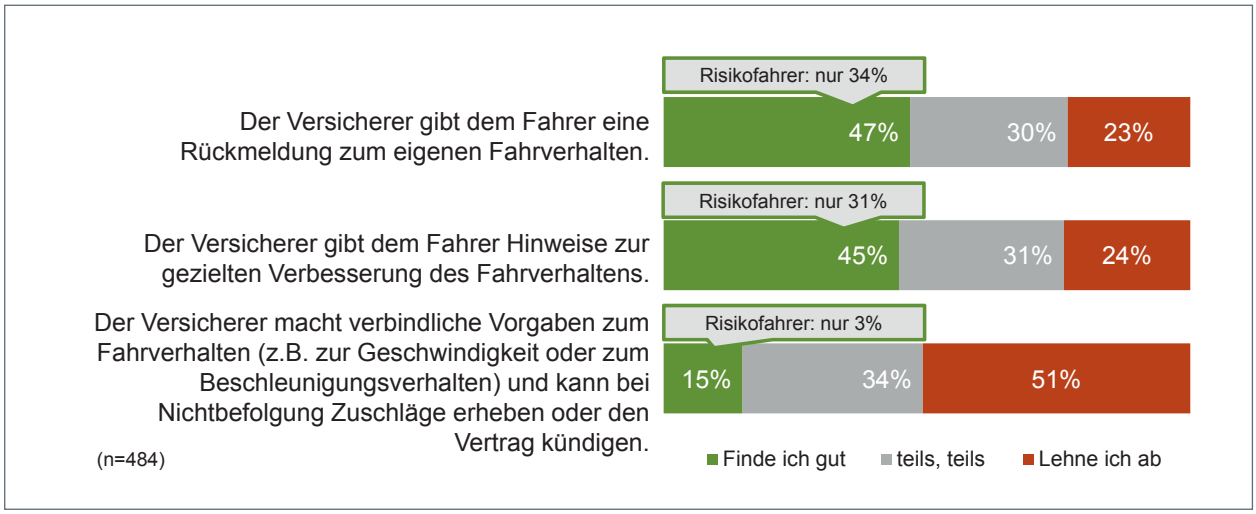
Vier Schwellen entscheiden somit zwischen persönlicher Akzeptanz und Ablehnung:

- Sind die Tarifierungskriterien *nachvollziehbar*?
- Erscheinen die Kriterien durch den Einzelnen *beeinflussbar* und damit gerecht?
- Ist ein *persönlicher Vorteil* zu erwarten?
- Ist die *Datenerfassung* sicher und dem – individuell höchst unterschiedlichen – Wunsch nach Privatsphäre und Autonomie entsprechend?

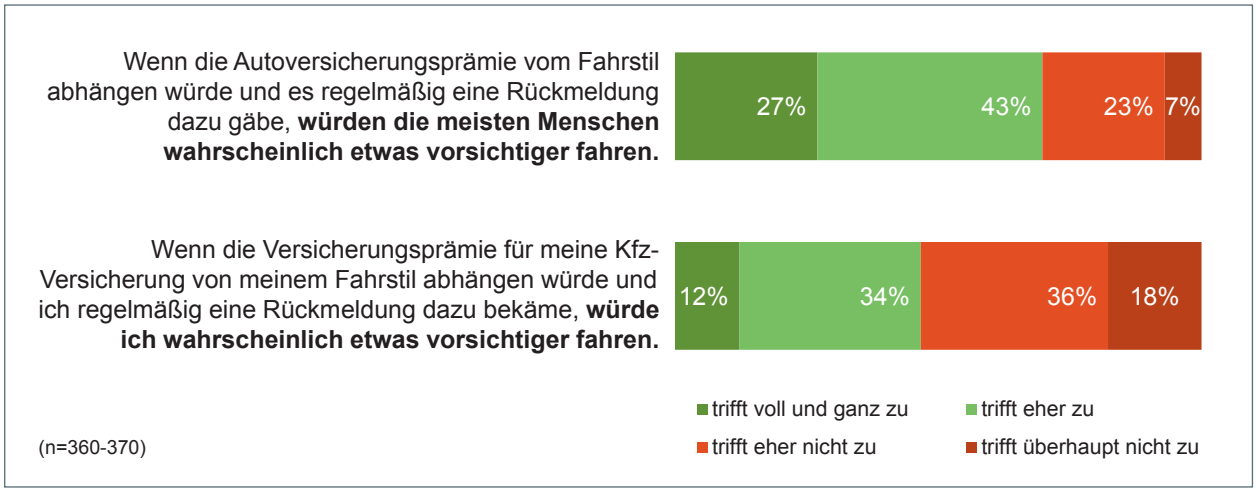
7. Risikoreduktion: Ändern neue Tarife unser Verhalten?

7.1 Vom Feedback bis zur Bevormundung: Bewertung von Rückmeldungsmöglichkeit im Kfz

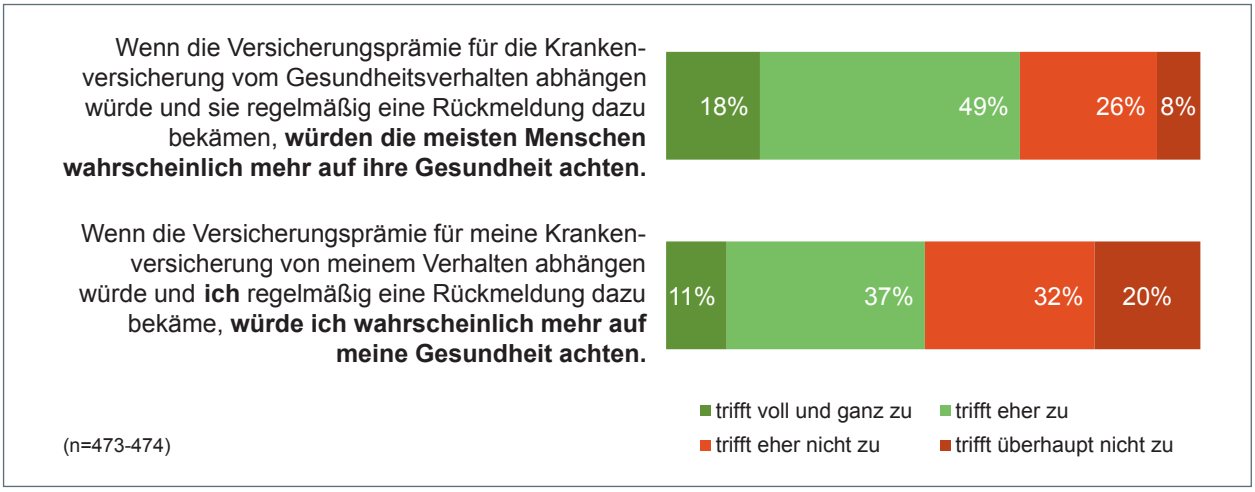
Daten, die für „telematische" Autoversicherungen erhoben werden, können auch aktiv zur Erhöhung der Verkehrssicherheit genutzt werden. Wie beurteilen Sie folgende Optionen?



7.2 Sichereres Fahren dank Telematiktarif? Vermuteter Einfluss auf das Fahrverhalten



7.3 Gesünder Leben dank verhaltensabhängiger Krankenversicherung? Vermuteter Einfluss auf das Gesundheitsverhalten



7.4 Fazit: Risikoreduktion – *die neuen Tarife ändern unser Verhalten!*

- Obwohl Menschen nur ungerne zugeben, sich beeinflussen zu lassen, vermutet knapp die Hälfte einen Effekt telematischer Tarife auf ihr eigenes *Fahr- und Gesundheitsverhalten*.
- Bei der unverfänglicheren Frage nach dem Verhalten anderer Menschen unterstellt sogar eine deutliche Mehrheit eine solche Wirkung.
- Datenbasiertes *Feedback* und *Verhaltenstipps* sind im Sinne der Verkehrssicherheit sogar ausgesprochen erwünscht. Und selbst *verbindliche Vorgaben* zum Fahrverhalten lehnt nur jeder Zweite rundweg ab.
- Zwar erreichen diese Maßnahmen verstärkt diejenigen Fahrer, die sowieso schon zurückhaltender fahren, aber auch unter den risikobereiteren Fahrern sehen viele einen Effekt.

➤ Telematische Tarife versprechen sowohl einen aufklärerischen als auch einen disziplinierenden Effekt zugunsten der Verkehrssicherheit.

➤ Analoge Wirkungen wären auch im Gesundheitsbereich zu erwarten.

8. Fazit: Die Sicht auf Versicherungen im Kontext von Telematik und Vernetzung

Geschäft oder Gewissen: Wie individuell darf Versicherung sein?

Versicherung ist ein „besonderes Gut". Besonders die Absicherung von Gesundheit und Altersvorsorge wird zwischen Privatwirtschaft und Gemeinwirtschaft angesiedelt. Aber auch in den Komposit-Sparten sehen viele Bürger kollektive und solidarische Elemente:

- In der *Antragsannahme* und in Fragen der Schadensregulierung bzw. *Kostenübernahme* gelten die Grundsätze von Gleichbehandlung und (fallweise) Solidarität.
- Bei der *Preisfindung* in der Kfz- und in der Wohngebäudeversicherung ist eine Prämie nach dem individuellen Risiko akzeptiert.
- Beim Thema *Gesundheit* und *Altersvorsorge* steht die einkommensabhängige Prämie nach dem *Solidarprinzip* im Vordergrund. Das spricht aber nicht gegen eine zusätzliche, verhaltensbezogene Preisdifferenzierung.

Akzeptanz finden verhaltensbezogene und somit beeinflussbare Merkmale. Vielfach werden solche „neuen" Kriterien im Vergleich zu bisherigen Tarifierungsmerkmalen sogar als gerechter angesehen.

Persönliche Akzeptanz oder Ablehnung?

Je nach Ausgestaltung ist derzeit etwa jeder zweite bis dritte Bürger persönlich mit telematischen Tarifen ansprechbar (in Kfz etwas mehr, in Kranken etwas weniger).

- Neben Nachvollziehbarkeit und Beeinflussbarkeit der Kriterien bestimmt die hinreichende Wahrung der Privatsphäre und der eigene Nutzen die persönliche Akzeptanz der Tarife die Entscheidung.
- Der Preisvorteil müsste allerdings hoch sein – zudem scheinen viele ihre eigene Fahrsicherheit zu überschätzen.
- Feedback ist erwünscht, Verhaltenssteuerung gilt als wahrscheinlich und wird nicht pauschal abgelehnt.

Wirkung vernetzter Tarife:
Genauer, gerechter, sicherer?

Einer (begrenzten) Umstellung auf telematische Tarife steht aus Gerechtigkeitsgründen nichts im Wege:

- In der Kfz-Versicherung als Basis einer genaueren, risikogerechten Tarifierung (anstelle bisheriger, sekundärer Merkmale)
- Im Gesundheitsbereich als ergänzendes Anreizsystem zur bestehenden solidarischen Grundfinanzierung.

Telematik kann so nicht nur einer genaueren Risikokalkulation den Weg bahnen, sondern auch einer als gerechter empfundenen Tariflandschaft.

Letzteres setzt allerdings – neben Datenschutz – eine Vorselektion „gerechter" und nachvollziehbarer Kriterien voraus, anstelle des wahllosen Einsatzes einer allumfassenden „Big Data Black-Box".

Schließlich können telematische Tarife nicht nur mehr Gerechtigkeit stiften, sondern Schäden vermeiden und Leben retten.

Ausblick:
Freiheit versus Sicherheit?

Gelingt ein Nachweis solcher Sicherheitseffekte, dürfte die Akzeptanz in Zukunft noch weiter steigen und viele Bedenken in den Hintergrund treten. Resultierende Kostenvorteile dürften auch vorerst skeptische Kundengruppen in die neuen Tarife und schließlich zu einer Verhaltensanpassung drängen.

Am Ende steht die schon anderweitig vieldiskutierte Abwägung von Freiheit (des individuellen Verhaltens) und Sicherheit (inklusive deren positiver Kosteneffekte).

Die Rolle des Versicherers wächst damit weiter vom Entschädiger und Schadenmanager zum Schadenverhüter, aber auch Beaufsichtiger. Die Gestaltung dieses Weges ist eine Herausforderung für Politik, Verbraucherschutz und Versicherungswirtschaft gleichermaßen.

Über uns

Prof. Horst Müller-Peters

Professur für allg. BWL, Marketing, Marktforschung und Kundenverhalten am Institut für Versicherungswesen (ivw) und Leiter der Forschungsstelle Versicherungsmarkt der Technischen Hochschule Köln. Lehraufträge u.a. an der Universität Leipzig und der Managementakademie der Sparkassen-Finanzgruppe. Zuvor Mitgründer und langjähriger Vorstandsvorsitzender des Marktforschungsinstitutes psychonomics AG (seit 2012: YouGov Deutschland AG). Zahlreiche Publikationen zu Marktforschung, Kundenverhalten und dem Versicherungsmarkt. Gründer und Herausgeber der Branchenportale www.marktforschung.de und www.consulting.de.
(Kontakt: *horst.mueller-peters@th-koeln.de*,
https://www.th-koeln.de/personen/horst.mueller-peters/)

Das Institut für Versicherungswesen Köln

Das ivwKöln ist das größte spezifisch auf die Versicherungswirtschaft ausgerichtete Hochschulinstitut in Deutschland. 17 aktiv lehrende Professoren und über 40 Lehrbeauftragte beschäftigen sich interdisziplinär mit allen Fragen der Versicherungswissenschaft und des Risikomanagements. Das ivwKöln richtet sowohl mehrere Bachelor- als auch Masterstudiengänge aus, die sich konsequent an den Anforderungen der Versicherungswirtschaft orientieren.

Die Absolventen übernehmen anspruchsvolle Tätigkeiten bei Versicherern, Vermittlern, in Versicherungsabteilungen von Handel und Industrie, bei Wirtschaftsprüfungsgesellschaften und Unternehmensberatern. Zahlreiche Führungskräfte der Branche sind Absolventen des Instituts.

Der Fördererverein des Instituts umfasst rund 170 Unternehmen der Versicherungswirtschaft und anderer Branchen. Mit zahlreichen Forschungsprojekten, Kongressen, Exkursionen, Fallstudien und Gastvorträgen sowie dem angeschlossenen Seminar für berufliche Weiterbildung (ivw-Academy) ist das Institut ein Treffpunkt der Branche. Rund 2000 Absolvent(inn)en des Instituts haben sich zur Vereinigung der Versicherungsbetriebswirte (VVB) zusammengeschlossen. *www.ivw-koeln.de*

Die Forschungsstelle Versicherungsmarkt

(Leitung: Prof. Horst Müller-Peters, Prof. Dr. Michaele Völler) bündelt die Forschungsaktivitäten des Instituts für Versicherungswesen der Fachhochschule Köln zu den Themengebieten Versicherungsmarketing, Vertrieb, Konsumentenverhalten und Verbraucherschutz. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Thema *Versicherungspsychologie / Behavioral Insurance* (siehe auch *www.behavioralinsurance.de*).

Danksagung

Der Autor dankt Frau Anne Wrede für die Unterstützung in der statistischen Auswertung und Berichterstellung sowie Herrn Christoph Müller und Frau Sonja Laude (beide YouGov Deutschland) für die Unterstützung in der Fragebogenerstellung und die Durchführung der Erhebung. Dank gilt auch den Kollegen Prof. Detlef Rüdiger und Professor Dr. Jürgen Strobel (beide Institut für Versicherungswesen an der TH Köln) für Auskünfte zur Tarifierung in der Krankenversicherung sowie Frau Prof. Dr. Gabriele Jacobs (Erasmus Universität Rotterdam) und Prof. Dr. Detlef Fetchenhauer (Universität zu Köln) für wertvolle Anregungen zur psychologischen Gerechtigkeits- und Akzeptanzforschung.

Sie möchten mehr über das Goslar Institut erfahren
oder interessieren sich für Informationsmaterial?

Dann schreiben Sie uns eine Email:
info@goslar-institut.de

oder Sie schauen ins Internet:
www.goslar-institut.de

oder Sie greifen zum Telefon:
+49 (0) 5321 339961

oder Sie schreiben an:
GOSLAR INSTITUT
Studiengesellschaft für
verbrauchergerechtes Versichern e. V.
Breite Straße 13
38640 Goslar

Impressum:
Eine Publikation der Studiengesellschaft
für verbrauchergerechtes Versichern e. V.,
Breite Straße 13, 38640 Goslar

V.i.S.d.P.: Claudia Kasper

Layout: Klein&Halm, Berlin
Druck: Aartaldruck und Verlag GmbH, Diez

ISBN 978-3-00-055896-2

9 783000 558962