

Roland Weber

„Wissen macht Ah!“

Anmerkungen zu erstaunlichen Wissenslücken in der Berichterstattung über die PKV

Im zweiten Halbjahr 2012 verlor die Berichterstattung über die PKV ein wenig an Schärfe. Vor allem die Meldungen über Beitragsanpassungen blieben weitgehend sachlich – auch weil viele Unternehmen proaktiv Pressearbeit betrieben. Und die größten Entgleisungen konnten durch rasche Reaktionen der Branche richtig gestellt werden. Roland Weber, Vorstandsmitglied der Debeka Versicherungen und Vertreter der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV), fragt sich dennoch, wie es so mancher niveauarmer Bericht in die Öffentlichkeit schaffen konnte.

Am 28. Juli 2012 schrieb ein Redakteur in einer großen überregionalen Tageszeitung über seine persönlichen Erfahrungen mit seiner Privaten Krankenversicherung. Den Namen der Versicherung nannte er nicht, denn „das Problem ist nicht meine spezielle Privatkasse“, „das Problem ist das Prinzip der privaten Krankenversicherung“. Ein wenig verriet er doch: Der Name der Versicherung besteht aus drei Buchstaben und sie gehört einem Konzern mit vier Buchstaben. So will ich den Namen seiner Zeitung auch nicht hervorheben, aber so viel sei gesagt: Der Mann, der so offen über sein Leben zwischen Redaktion und Arztpraxen plauderte, ist immerhin Leiter des Ressorts „Wissen“ seines Blattes. Aber sein Text ist mehr Irrlicht denn Streiflicht.

Zugunsten des Autors ist vielleicht zu berücksichtigen, dass er neben Physik auch

Theaterwissenschaften studiert hat. Dies erklärt manch theatralische Beschreibung: In einer Orthopädiepraxis wurde er „wehrlos ... ins Vollprogramm gesteckt, inklusive Vorwäsche, Spülung und Schleudern. Riesige Spritzen wurden in den Rücken gerammt, und kaum war das Wort Akupunktur ausgesprochen, hatte ich Nadeln im Gesicht, die zeitweise die rechte Gesichtshälfte lähmten.“ Die professionelle Zahnreinigung, was immer man von ihr halten mag, beschreibt er als „ausgiebige Gebissreinigung, bei der mit einem fiependen Stachel das Zahnfleisch blutig gestochert wird“.

Sein Zahnarzt „bestand ... bei jeder Routinekontrolle auf einem Röntgenbild“. Bei jeder Routinekontrolle? Gemäß Röntgenschutzverordnung darf Röntgenstrahlung am Menschen nur angewendet werden, wenn eine rechtfertigende Indikation gestellt wurde. In diesem Zusammenhang hat der BGH bereits 1997 festgestellt, dass die Durchführung medizinisch nicht indizierter Röntgenaufnahmen den Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung nach § 223 a StGB erfüllen kann. Im damaligen Fall wurde ein Arzt daher auch zu einer mehr als zweijährigen Haftstrafe verurteilt. Weiß das unser Wissen-Redakteur nicht?

Gerüchte und Fakten

Es gibt vieles, was er nicht weiß. Gerüchte übernimmt unser „Wissen“-Redakteur als Fakten: Zwar hätten die Privaten Krankenversicherer „so genannte Altersrückstellungen“ angelegt, „doch längst ist zu hören, dass diese Etats in Zeiten der Euro- und Finanzkrise dahinschmelzen“. Hört, hört! Eine Rückstellungsschmelze wie eine Gletscherschmelze? Wir schauen nach: Die Altersrückstellungen in der PKV betrug Ende 2007, also zu Beginn der Euro- und Finanzkrise, 121 Mrd. Euro. Sie stiegen 2008 auf 134, 2009 auf 144, 2010 auf 158, 2011 auf 170 Mrd. und werden sich Ende 2012 sicherlich auf mehr als 180 Mrd. Euro

belaufen haben. Eine Ausdehnung um 50% als „Schmelze“ zu bezeichnen, ist, wie man so hört, äußerst gewagt.

Der Redakteur beklagt sich, dass seine Versicherung einen „afrikanischen Wurzelsud“, der ihm gegen Grippe verschrieben wurde, erstattete: „Ich will nicht in einer Krankenversicherung sein, die afrikanischen Wurzelsud finanziert. Ich will auch nicht, dass andere Leute von meinen Beiträgen nutzlosen Hokuspokus kaufen.“ Er will „eine Versicherung gegen Katastrophen und kein All-inclusive-Wellness-Programm“. Genau diese Wahl hat er aber nur in der PKV. Er muss keinen Tarif mit Leistungen für Naturheilverfahren abschließen. Er kann einen sehr hohen Selbstbehalt wählen. Warum tut er es dann nicht?

Stattdessen fordert er: „Eine Bürgerversicherung muss her.“ Dass dort für Ringelpietz mit Anfassen gezahlt wird, wenn es der Politik gerade gefällt, und nicht nur für die großen Katastrophen des Lebens, weiß der Leiter des Ressorts „Wissen“ einer großen Tageszeitung wohl wiederum nicht.

Die Barmer GEK löst das Demografie-Problem

„Die Barmer GEK hat nachgerechnet – und ein bislang scheinbar unumstößliches Dogma infrage gestellt: Denn die Alterung der Gesellschaft belastet das Gesundheitswesen offenbar weniger als bislang vermutet.“ So berichteten die Ärzte-Zeitung, Spiegel Online und andere Medien am 30. und 31. August 2012 über die Entdeckung des Jahres.

Der Bereich Unternehmenssteuerung der Barmer GEK hatte ausrechnen lassen,

„Die Untersuchung der Barmer GEK zu den Auswirkungen der demografischen Entwicklung ist mehr eine computer-gestützte Milchmädchenrechnung als eine fundierte Studie“

Roland Weber

Vorstandsmitglied der Debeka Versicherungen, Koblenz

dass der demografische Wandel „in den Jahren 2007 bis 2010 im Durchschnitt lediglich zu 18%“ für den Anstieg der Gesundheitsausgaben verantwortlich gewesen sei. Andere Faktoren wie Preissteigerungen und der medizinische Fortschritt spielten eine weitaus größere Rolle. Auch für die Zukunft sei nicht mit einer höheren Belastung aufgrund des demografischen Wandels zu rechnen. Ganz im Gegenteil: „Den Höhepunkt demografiebedingter Kostensteigerung werden wir bereits im Jahr 2013 erreicht haben.“

Eine Erkenntnis, die zum Zeitgeist passt. So kann man weiterwursteln wie bisher, private Vorsorge diskreditieren und auf Kosten der nachfolgenden Generationen prima leben. Doch die Untersuchung der Barmer GEK zu den Auswirkungen der demografischen Entwicklung ist mehr eine computergestützte Milchmädchenrechnung als eine fundierte Studie.

Zum Beispiel wird darin unterstellt, dass die Lebenserwartung in der Bevölkerung nicht mehr weiter zunimmt. In Wirklichkeit ist hier aber keinerlei Trendumkehr zu sehen. Vielmehr bleiben eine weiter steigende Lebenserwartung und die anhaltend niedrige Geburtenrate ursächlich für den demografischen Wandel in Deutschland.

Ferner ist die Trennung in durch Demografie bedingten Kostenanstieg einerseits und solchen, der auf medizinisch-technischen Fortschritt andererseits zurückgeht, irreführend: So schlägt die Studie Kosten für Eingriffe, die aufgrund schonender Operationsmethoden mittlerweile auch an älteren Menschen vorgenommen werden, ausschließlich dem medizinischen Fortschritt zu. Dabei hat es natürlich auch mit der steigenden Lebenserwartung zu tun, wenn in Zukunft immer mehr Ältere entsprechend behandelt werden können. Dieser Mangel in der Studie wurde denn auch von einigen Medien aufgegriffen.

Medizinisch-technischer Fortschritt ist grundsätzlich nicht unabhängig von der Demografie. Während Krankheiten, die häufig in jüngeren Jahren auftreten wie etwa Infektionen, in der Regel längst behandelbar sind, zielen Forschung und Innovation zunehmend auf altersbedingte Krankheiten wie zum Beispiel Alzheimer. Hier ist Fortschritt wünschenswert und hoffentlich auch möglich. Mehr ältere Menschen bedeuten dann aber auch mehr Patienten, die vom medizinisch-technischen Fortschritt

profitieren wollen – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Die Barmer GEK löst das Demografie-Problem durch Outsourcing – auf den Kostentreiber technischer Fortschritt.

Zudem ignoriert die Untersuchung der Barmer GEK, dass die GKV ein doppeltes Demografie-Problem hat. Zum einen führt der Anstieg des Anteils der Älteren an der Bevölkerung zu höheren Ausgaben, zugleich aber führt die demografische Veränderung zu einer Verschlechterung der Einnahmenseite der GKV. Die Generation der „Babyboomer“ hat den stärksten Anteil an der Bevölkerung und befindet sich in der Altersgruppe 40 bis 60. Diese Menschen stehen voll im Erwerbsleben und verfügen in der Regel über das höchste Einkommen, das sie während ihres Lebens hatten und haben werden. Sie tragen überproportional zur Finanzierung der GKV und der anderen umlagefinanzierten Sozialsysteme bei. In den kommenden 20 Jahren werden die Babyboomer zu Rentnern und damit ein deutlich geringeres beitragspflichtiges Einkommen haben. Dieser doppelte Demografie-Effekt wird von GKV-nahen Wissenschaftlern und allen, die ihnen nachplappern, meist unterschlagen.

Ein pseudo-„Wissenschaftliches Institut“ stellt sich bloß

Am 22. Oktober 2012 meldete die Frankfurter Rundschau: „Für viele Rentner ist die private Krankenversicherung zu teuer geworden. Das geht aus einer Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hervor, die dieser Zeitung vorab vorliegt. Demnach hat in diesem oder dem vergangenen Jahr fast jeder zweite privat versicherte Rentner (48,1%) eine höhere Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten akzeptiert oder ist in einen Tarif mit weniger Leistungen gewechselt.“ Andere Medien übernahmen die Exklusivmeldung.

Einige große PKV-Unternehmen überprüften darauf hin ihre Bestandsveränderungen der letzten zwei Jahre und kamen zu dem Erkenntnis: Das kann nicht sein! So zum Beispiel die Debeka, die mit 2,2 Mio. Vollversicherten 25% des Marktes abdeckt. Bei ihr nahmen im selben Zeitraum nur 1,5% der 16.000 Rentner einen Tarifwechsel (Höher- oder Niedrigerstufung) vor, nur 0,3% vereinbarten eine höhere Selbstbeteiligung. Bei den Pensionären, immerhin 300.000 bei der Debeka, waren die Zahlen noch deutlich geringer.

Wie kann es dann zu den hohen Zahlen bei der AOK kommen? Nun, durch eine nicht-repräsentative Stichprobe – es waren lediglich 79 (neunundsiebzig!) privat versicherte Rentner befragt worden – und vielleicht auch durch geschicktes Fragen. Der PKV-Verband und die Debeka gingen mit ihren Erkenntnissen an die Öffentlichkeit – und überraschend verschwand das Thema ganz schnell aus der Presse.

50% Lohnkürzung für Spiegel-Redakteure?

Die nächste Ente brachte Spiegel Online am 13. November. „Privatversicherten droht Beitragschock“ dichtete ein Redakteur. Allerdings zeigten schon die ersten beiden Sätze seiner Meldung, dass er nichts verstanden hatte: „Für Mitglieder der privaten Krankenversicherungen wird es teurer. Die Beiträge für Neukunden steigen um bis zu 41%.“ Einen „Beitragschock“ können nur Mitglieder erleben. Aber was haben Mitglieder mit Neukunden zu tun?

Der Wert von 41% stimmte exakt für den theoretischen Fall eines 70-jährigen Neukunden in dem AXA-Tarif Vision 4500 – einem Großschadentarif mit 4.500 Euro Selbstbehalt. Der Schockbeitrag für den 70-jährigen PKV-Neuling: 266 Euro im Monat.

Bei der Barmeria listete Spiegel Online eine maximale Erhöhung von 10,58% auf – auch hier ohne darauf hinzuweisen, dass es sich um den wohl massenhaft vorkommenden Fall handelt, dass eine 99-jährige Frau bei der Barmeria ihre Karriere als Privatversicherte startet.

Insgesamt mischte Spiegel Online die Beiträge für Neuzugänge (Bisex-Abschlüsse bis 20. Dezember 2012) und Beitragsanpassungen munter durcheinander. Dass ab dem 21. Dezember die Unisex-Welt mit ganz anderen Beiträgen und teilweise erheblich verbesserten Leistungen gilt, wurde mit keinem Wort erwähnt. Dafür mehrfach ein Versicherungsmakler, bei dem einem manches spanisch vorkommt.

Man fragt sich, für welche Zielgruppe dieser Artikel zusammengeschustert worden war. Der Versicherungsmakler Sven Hennig schrieb dazu in seinem Blog unter der Überschrift „Was soll uns dieser Artikel nun sagen und wer hat etwas von solchen Berichten?“:

„Sind die Informationen einfach nur fachlich falsch recherchiert, war der Autor zu faul, sich um richtige und vor allem vollständige Informationen zu bemühen? ... Mit diesem Artikel hilft der Autor vom Spiegel nur einem, dem viel und oft zitierten Makler García. Dieser verdient sein Geld damit, Versicherten eine Tarifwechselberatung innerhalb der eigenen Gesellschaft zu verkaufen und dafür ein Honorar zu kassieren.“

In der ersten Artikelversion, welche online gestellt wurde, war dann auch ein direkter Link auf die Internetseite des 'Kollegen'. Auch in der Vergangenheit haben die beiden wohl schon gut zusammengearbeitet. Einer schreibt schlecht über die PKV und die schlimmen Anpassungen und der andere nutzt genau diese Artikel, um den Versicherten seine Dienstleistung zu verkaufen.“

Nehme man das Niveau von Spiegel Online zum Maßstab, so zitiert Hennig abschließend den Pressesprecher des PKV-Verbandes, dann könne man auch die Schlagzeile „50% Lohnkürzung für Spiegel-Redakteure“ rechtfertigen. Denn wenn der Spiegel nur einen einzigen Mitarbeiter habe, der in Elternzeit gegangen sei und sein Einkommen dadurch reduziert habe, dann sei der Wahrheitsgehalt dieser Schlagzeile genauso „groß“ wie die Beitragsschock-Überschrift über dem Artikel von Spiegel Online.

Überhaupt: Blogs. Die Leser von Spiegel Online diskutierten heftig, und viele Betroffene widersprachen. Ein paar Zitate:

- „Panikmache!“
- „Ich habe in der letzten Woche einen Brief von meiner PKV (Debeka) bekom-

men und ganze 13 Cent Erhöhung erwarten mich...“

- „Meine PKV hat ihren Beitrag dieses Jahr um 61 Cent erhöht.“
- „Wie kommt es eigentlich, dass gefühlt in jedem Artikel zur PKV der Versicherungsmakler ... García zitiert wird?“
- „Debeka. Der Monatsbeitrag ist bei mir 2013 um 11 ct niedriger.“
- „Bin seit 1972 DKV versichert. SB ambulant, Krankenhaus 1. Klasse, Zahnbehandlung 100%, Zahnersatz 75%. Beitrag 2013 329 bei Anrechnung der Altersrückstellung von 478 Euro. Das spricht für das System der PKV.“
- „Wie kann man so uninformiert berichten??? ... liebe Spiegel-Redaktion. Das reine Schielen auf die Anzahl der Hits auf Kosten fundierter journalistischer Recherche führt mittelfristig in die Boulevard-Ecke. Sie, die Sie bereit sind, so spitz und harsch über andere zu berichten, sollten mal beginnen, vor der eigenen Haustür zu kehren.“

Immerhin: Anders als in den Vorjahren waren die meisten Presseberichte über die Beitragsanpassungen recht objektiv. Der Tagesspiegel schrieb am 21. November: „Private Krankenversicherer heben die Beiträge für Altkunden kaum an – doch neue Verträge werden teurer...“

Nach Recherchen des Tagesspiegels bleibt für jeden Dritten der neun Millionen Privatversicherten trotz Inflation alles beim Alten. Das hängt vor allem mit dem Branchenprimus Debeka zusammen. Der mit Abstand größte Versicherer verspricht nicht nur, die Beiträge aller 2,2 Mio. Mitglieder (mit Ausnahme von 15.000 Beamtenanwärtinnen) stabil zu halten. Für 100.000 ältere Versicherte will der Konzern die Preise sogar 'leicht senken'.

Die FAZ titelte Ende Dezember „Beitragsexplosion trifft nur Minderheit der Kunden“ und schrieb: „Einige Anbieter haben in diesem Jahr sogar komplett auf Beitragsanpassungen verzichtet: Dazu zählen Marktführer Debeka, die Continentale, HUK Coburg, Inter, Mannheimer, Signal-Iduna und UKV. Andere wie der prämiestärkste Anbieter DKV wollen ihre Anpassung erst zum 1. April 2013 bekannt geben, um eine Verwirrung angesichts der Unisex-Tarife zu vermeiden.“

Na ja, diese Verwirrung brach sich dann Anfang dieses Jahres Bahn. Aber das ist eine andere Geschichte...

PISA-Schock: Deutscher Professor schwach im Rechnen!

Zum Jahresabschluss schoss die Printausgabe des Spiegel den Vogel ab. In einem windelweichen Interview mit einem bekannten sozialdemokratischen Gesundheitsexperten, in dem die beiden Redakteure ganz Spiegel-untypisch nur brav Fragen stellten und gelegentlich als Stichwortgeber fungierten, ließen sie dem Gesundheitsexperten unter anderem auch folgende Aussage durchgehen: „Die Versicherungsindustrie hat durchgesetzt, dass es einen so genannten Pflege-Bahr gibt, fünf Euro staatlichen Zuschuss beim Aufbau einer privaten Pflegezusatzversicherung. Die fünf Euro aus Steuermitteln sind genauso hoch wie die Verwaltungskosten. Für den Verbraucher ist das komplett renditefrei, ein absurder Vorgang. Das ist ein reines Lobbygeschenk und nichts anderes.“

Machen wir uns die Mühe und rechnen nach. Der gesetzliche Mindestmonatsbeitrag für den „Pflege-Bahr“ beträgt 15 Euro, exakt 15 Euro ist auch bei vielen Produkten der tatsächliche Beitrag für die wichtigsten Eintrittsalter. Gemäß Rechtsverordnung dürfen für mittelbare Abschlusskosten, Verwaltungskosten und Schadenregulierungskosten insgesamt maximal 10% des Beitrages einkalkuliert werden. 15 Euro mal 12 Monate macht 180 Euro Jahresbeitrag, 10% davon sind 18 Euro Kosten. Die Zulage beläuft sich auf 5 Euro mal 12 Monate, also 60 Euro im Jahr. Wieso sind 18 Euro Kosten „genau so hoch“ wie 60 Euro Zulage? Erst wenn der Beitrag für den „Pflege-Bahr“ auf 50 Euro im Monat steigt, sind die maximal zulässigen Kosten so hoch wie die Zulage. Dies dürfte, wenn überhaupt, erst bei Eintrittsaltern jenseits der 70 der Fall sein.

Einige Versicherer haben, um für ältere Antragsteller keine höheren Verwaltungskosten (absolut, in Euro) zu haben als für jüngere, mit Stückkosten gerechnet. Dann erreicht die Kostenbelastung nie die 60 Euro Zulage, auch nicht beim fiktiven Eintrittsalter 100.

Nimmermüde Unkenrufer werden vielleicht einwenden: Da kommen doch noch die exzessiven Provisionen hinzu. Okay, zwei Monatsbeiträge dürfen für Provisionen eingerechnet werden. Zwei Monatsbeiträge zu je 15 Euro sind 30 Euro, ob gezillmert oder als Zuschlag gleichmäßig ver-

„Anders als in den Vorjahren waren die meisten Presseberichte über die Beitragsanpassungen recht objektiv“

teilt auf die prognostizierte Vertragslaufzeit von etwa 30 Jahren macht das noch mal rund 1 Euro pro Jahr. $18 + 1 = 60$? Nein, wohl auch nicht.

Kann also unser Gesundheitsexperte nicht rechnen? Für so dumm halte ich ihn nicht. Vielleicht aber hält er die Öffentlichkeit für so dumm, nicht rechnen zu können. Zumindest was die Spiegel-Redakteure angeht, ist er damit ja durchgekommen.

Fazit

Insgesamt aber war die Berichterstattung über die Private Krankenversicherung in der zweiten Hälfte 2012 nicht ganz so sachlich wie im ersten Halbjahr. Und wo PKV-Bashing betrieben wurde, hielten der PKV-Verband und eine Reihe von Unternehmen dagegen. Proaktiv hatte der PKV-Verband im Laufe des Jahres Presseseminare durchgeführt, durchaus mit Erfolg. Die

schrägsten Meldungen kamen jedenfalls ausschließlich von Journalisten, die nicht an diesen Seminaren teilgenommen hatten. Hier steht die Branche vor einem großen Bildungsauftrag: Die Funktionsweise der PKV mit all ihren Stärken und Schwächen einer breiten Schar von Journalisten verständlich zu machen. Damit auch ein Ressortleiter „Wissen“ zu einer differenzierten Betrachtung in der Lage ist.

Prof. Dr. Thomas Köhne

Preisdifferenzierung in der deutschen Kfz-Versicherung – unverändert enorme Preisunterschiede

Preisdifferenzierung spielte in der wettbewerbsintensiven Kfz-Sparte auch in 2012 eine überragende Rolle. Eine im Herbst 2012 durchgeführte Studie unter Mitarbeit des Instituts für Versicherungswirtschaft an der HWR Berlin ermittelte erneut erhebliche Preisunterschiede zwischen den Kfz-Versicherern im deutschen Markt. Preispolitik bleibt ein bedeutendes und erfolgskritisches Marketinginstrument in der Kfz-Versicherung.

Der seit Jahren zu versicherungstechnischen Verlusten führende Wettbewerb in der deutschen Kraftfahrzeugversicherung – in 2011 betrug das Minus über 1,5 Mrd. Euro – hält nach wie vor an: Der Ausblick des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft im Herbst 2012 auf die Ergebnisse des Jahres verdeutlichte dies bereits eindrücklich: „Unterm Strich dürfte der versicherungstechnische Verlust im Geschäftsjahr 2012 mit 700 Mio. Euro (bzw. einer Combined Ratio von 103%) immer noch besorgniserregend hoch ausfallen. Damit würden die Kraftfahrversicherer seit dem Jahr 2008 ununterbrochen versicherungstechnisch rote Zahlen schreiben.“¹ Die dafür verantwortlichen Entwicklungen betreffen vor allem die Schadenseite.²

Diese Entwicklungen sind jedoch weitgehend vorhersehbar gewesen (z.B. Auswirkungen des Rabattschutzes). Von daher darf man die negativen Ergebnisse durchaus im Wesentlichen auf die Preispolitik der Versicherer zurückführen und konstatieren, dass die zu niedrigen Beiträge für das schlechte Ergebnis verantwortlich sind. 2011 konnte zwar erstmals seit 2004 eine Erhöhung der technisch relevanten Durchschnittsprämie erzielt werden. Und 2012 sind die Beiträge immerhin um etwa 5% gestiegen.³ Aber die Versicherer haben offenbar nach wie vor geringere Beitragsanpas-

sungen als versicherungstechnisch notwendig vorgenommen. Branchenweit nicht auskömmliche Beiträge sind sodann Beleg für eine hohe Wettbewerbsintensität in der Kfz-Sparte.

Preispolitik als wichtigstes Wettbewerbsinstrument in der Kfz-Sparte

Wenngleich sich der Wettbewerb im Kfz-Versicherungsmarkt über alle Marketinginstrumente erstreckt, ist die Bedeutung der Preispolitik vergleichsweise überragend. Die in den letzten Jahren verstärkt auftretenden Vergleichsportale und deren zunehmende Rolle sind Ausdruck dessen. Denn die so genannten ‚Vergleicher‘ bauen im Wesentlichen auf Preisvergleichen auf, die nur einen Sinn machen, wenn es im Markt wirklich spürbar unterschiedliche Preise gibt und wenn Kunden preissensitiv sind. Die praktischen Erfahrungen der VHV bestätigen zudem, dass es vor allem die Preispolitik ist, die einen unmittelbaren Einfluss auf die (bei vielen Versicherern nach wie vor notwendige) Verbesserung der versicherungstechnischen Ergebnisse ausübt und dabei nicht zwangsläufig zu Umsatzeinbußen führen muss.⁴

Es ist gemeinhin bekannt, dass insbesondere Kfz-Versicherer sehr risikoadäquat kalkulieren und in dieser Sparte der Wett-

bewerb mehr als in allen anderen allgemein über den Preis und dabei zudem über risikobezogene Preisdifferenzierung abläuft. Begründen lässt sich das durch die vorhandene Kombination von hoher Standardisierung der Kfz-Haftpflichtversicherung als Pflichtversicherungsschutz und mithin deren guter Vergleichbarkeit für Kunden, von vergleichsweise hohen Prämien und somit Einsparpotenzialen, von Anbieterwettbewerb in der Einstiegssparte („Kfz-Versicherungen als Türöffner“) sowie von einem gewissen Kundeninteresse aufgrund der Versicherungspflicht.⁵

Trotz der hohen Bedeutung gab es keine veröffentlichten genaueren Untersuchungen zur Preispolitik der Kfz-Versicherer, die die tatsächlichen Preisunterschiede und die Preisdifferenzierung nach Regionen und nach Kunden- und damit Risikosituationen analysierten. Daher hat der Autor zusammen mit dem Institut für Versicherungswirtschaft an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin (IVW Berlin) im Auftrag des Kfz-Versicherers Direct Line im September/Oktober 2012 bereits zum zweiten Mal eine umfassende Untersuchung der Preisunterschiede in der Kfz-Versicherung

Prof. Dr. Thomas Köhne
Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin