

Skriptum
zur Vorlesung
Versicherungswirtschaftslehre

von
Mag. Friedrich Wittmann
(Mail: fwittmann@kpmg.at)

auf Basis der Skripten
von
Prof. Leopold Mayer



Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Begriff und Wesen der Versicherung	1
II. Die wirtschaftliche Grundlage und die wirtschaftliche Bedeutung der Versicherung	8
III. Einteilung der Versicherungen	12
IV. Die rechtlichen Grundlagen der Versicherung und die Versicherungsaufsicht	21
1. Versicherungsaufsichtsgesetz und Gemeinschaftsrecht	21
2. Die Versicherungsaufsicht	54
3. Die rechtlichen Grundlagen der einzelnen Versicherungsverträge	56
V. Der organisatorische Aufbau der Versicherungsunternehmen	58
1. Der sachliche Umfang des Geschäftsbetriebs eines Versicherungsunternehmens	58
2. Die Abteilungsgliederung der Versicherungsunternehmen	60
3. Die räumliche Verteilung der Versicherungsunternehmen in Österreich	60
4. Der Aufbau der Betriebsorganisation in räumlicher Hinsicht	61
5. Die Abgrenzung zwischen Verkauf und Betrieb	61
VI. Die Verkaufsorganisation der Versicherungsunternehmen	63
1. Die Grundlagen des Wettbewerbs in der Versicherungswirtschaft	63
2. Der Aufbau der Verkaufsorganisation der Versicherungsunternehmen	66
3. Die Provisionen und sonstigen Vergütungen für die Geschäftsaufbringung	71
4. Die Laufzeit (Dauer) der Versicherungsverträge	77
VII. Die internen Betriebsabteilungen der Versicherungsunternehmen	79
1. Die Antrags- und Risikoprüfung	79
2. Die Tarifierung	80
3. Die Polizzenausfertigung	81
4. Die Bestandsführung	82
5. Das Prämieninkasso	82
6. Exkurs über die Prämienverrechnung	86
VIII. Die Schadenbearbeitung	92
IX. Die Kapitalveranlagung der Versicherungsunternehmen	95

1.	Der Begriff der Kapitalanlagen	95
2.	Vorschriften für Kapitalanlagen	96
3.	Guthaben bei Kreditinstituten.....	101
4.	Wertpapiere	102
5.	Darlehensforderungen (Ausleihungen).....	110
6.	Grundbesitz.....	111
7.	Vorauszahlungen auf Polizzen	112
8.	Beteiligungen.....	113
9.	Andere Kapitalanlagen	113
10.	Exkurs: Anteilige Zinsen und Mieten.....	114
X.	Die Mit- und Rückversicherung	115
1.	Die Zusammensetzung des Versicherungsgeschäftes.....	115
2.	Die Mitversicherung (direkte Beteiligung).....	117
3.	Die Rückversicherung	119
a)	Das Wesen der Rückversicherung	119
b)	Fakultative und obligatorische Rückversicherung.....	121
c)	Gestaltung der Rückversicherungsverträge	122
d)	Arten von Rückversicherungsverträgen	123
e)	Technische Durchführung der Verrechnung mit den Rückversicherern	127
f)	Die Bilanzierung des übernommenen (indirekten) Geschäfts	139
XI.	Das Rechnungswesen der Versicherungsunternehmen	142
1.	Vorbemerkung	142
2.	Die Buchführung	142
3.	Die Kostenrechnung	144
4.	Die Statistik	145
5.	Die Planungsrechnung.....	146
XII.	Die Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen.....	147
1.	Die rechtlichen Grundlagen der Rechnungsabschlüsse.....	147
2.	Die Grundsätze ordnungsmäßiger Bilanzierung.....	148
3.	Der Inhalt der Bilanzen.....	150
4.	Die Aussagefähigkeit der Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen	151
5.	Der formelle Aufbau der Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen	154
6.	Die Besonderheiten der Bilanzstruktur der Versicherungsunternehmen.....	155
a)	Vergleich der Bilanzstruktur mit anderen Unternehmen.....	155
b)	Schema einer Bilanzanalyse	158
c)	Das Eigenkapital.....	160
d)	Die versicherungstechnischen Rückstellungen.....	161
7.	Der formelle Aufbau der Erfolgsrechnung der Versicherungsunternehmen	162

8.	Die Analyse der Ergebnisse von Versicherungsunternehmen.....	164
a)	Der Aufbau einer Erfolgsanalyse	164
b)	Schema einer Erfolgsanalyse	166
c)	Erläuterungen zur Erfolgsanalyse	167
9.	Die Vorschriften für die Prüfung der Jahresabschlüsse der Versicherungsunternehmen.....	173
10.	Vorschriften über die Offenlegung der Jahresabschlüsse	175
11.	Kennzahlen.....	176
a)	Arten von Kennzahlen	176
b)	Beispiele für Kennzahlen	177
12.	Konzernabschlüsse.....	178
13.	Die Beurteilung von Rechnungsabschlüssen von Versicherungsunternehmen.....	179
XIII.	Die versicherungstechnischen Rückstellungen	181
1.	Übersicht	181
2.	Die Prämienüberträge.....	183
a)	Das Wesen und die Bedeutung der Prämienüberträge	183
b)	Die Verfahren zur Berechnung der Prämienüberträge	185
c)	Prämienüberträge für übernommene und abgegebene Rückversicherungen.....	186
3.	Die Deckungsrückstellung	188
a)	Die Deckungsrückstellung in der Lebensversicherung.....	188
b)	Die Deckungsrückstellung in der Krankenversicherung.....	194
c)	Die Deckungsrückstellung in der Schaden- und Unfallversicherung	196
d)	Die Bestätigung der Deckungsrückstellung durch den verantwortlichen Aktuar.....	196
e)	Die Deckungsrückstellung für Rückversicherungsübernahmen und Rückversicherungsabgaben.....	197
4.	Die Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle (Schadenrückstellungen).....	198
a)	Das Wesen der Schadenrückstellungen	198
b)	Die Gliederung der Schäden und der Schadenrückstellung nach Schadenjahren und Zeichnungsjahren.....	199
c)	Die Erfassung und Bewertung der noch nicht erledigten Versicherungsfälle.....	200
d)	Die Abwicklung der Schadenrückstellungen	204
e)	Die Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen	205
f)	Die Schadenrückstellung für Rückversicherungsübernahmen und Rückversicherungsabgaben.....	206
5.	Die Rückstellung für erfolgsunabhängige (garantierte) Prämienrückerstattung.....	207
6.	Die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer	208

a)	Das Wesen der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung (Gewinnbeteiligung).....	208
b)	Die Bedeutung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung.....	209
c)	Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung in der Lebensversicherung.....	210
d)	Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung in der Schaden- und Unfallversicherung.....	214
e)	Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung in der Krankenversicherung.....	215
7.	Schwankungsrückstellung.....	215
8.	Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen.....	218
XIV.	Die Besteuerung der Versicherungsunternehmen.....	222
1.	Steuern vom Einkommen, vom Ertrag und vom Vermögen.....	222
2.	Die Umsatz- und Verkehrsteuern und Gebühren.....	225
3.	Die gehalts- und lohnabhängigen Abgaben.....	229
XV.	Die Eigenmittel der Versicherungsunternehmen.....	230
1.	Zweck und Grundsätze der Eigenmittelvorschriften.....	230
2.	Solvency II – Drei-Säulen-Modell.....	232
3.	Solvenzbilanz.....	234
4.	Eigenmittel.....	238
5.	Solvenzkapitalanforderung.....	240
6.	Mindestkapitalanforderung.....	244
7.	Konsequenzen der Eigenmittelunterdeckung.....	245
8.	Meldewesen und Reporting.....	247
XVI.	Besonderheiten verschiedener Versicherungszweige.....	252
1.	Die Lebensversicherung.....	252
2.	Die Krankenversicherung.....	263
3.	Die Unfallversicherung.....	267
4.	Die Feuerversicherung.....	271

Beilagenverzeichnis

	Beilage
Bilanzschema eines Versicherungsunternehmens	I
Vergleich der Bilanzstruktur eines Versicherungsunternehmens und eines Industrieunternehmens	II
Schema der Gewinn- und Verlustrechnung eines Versicherungsunternehmens	III
Schematische Darstellung der Berechnung der Schwankungsrückstellung	IV

I. Begriff und Wesen der Versicherung

Das Wesen der Versicherung besteht in einem **Risikotransfer** vom **Versicherungsnehmer** auf den **Versicherer** gegen Zahlung einer **Prämie**. Es handelt sich dabei um

- die **gegenseitige Deckung**
- eines im Einzelnen **zufälligen**,
- im ganzen aber **schätzbaren Geldbedarfs**
- durch eine **Vielzahl gleichartig bedrohter** Wirtschaftseinheiten (Unternehmen und Privatpersonen)

Eine andere Definition der Versicherung lautet: Deckung eines im Einzelnen ungewissen, insgesamt schätzbaren Mittelbedarfs auf der Grundlage des **Risikoausgleichs im Kollektiv und in der Zeit**.

Die Hauptmerkmale des Versicherungsbegriffs sind demnach die folgenden:

1. Bedarfsdeckung

Durch die Versicherung soll ein **Geldbedarf** des Versicherungsnehmers gedeckt werden; dieser Begriffsbestandteil bringt das **Bereicherungsverbot**, das das gesamte Versicherungswesen beherrscht, zum Ausdruck. Das Wesen des Bereicherungsverbots besteht darin, dass ein Versicherungsnehmer aus dem versicherten Ereignis keinen materiellen Nutzen ziehen darf; dh, dass er durch den Schaden nicht reicher werden darf als er vorher war. Durch das Bereicherungsverbot soll insbesondere das **subjektive Risiko** verkleinert werden; der Versicherungsnehmer soll kein Interesse daran haben, dass der Versicherungsfall eintritt.

Das Bereicherungsverbot ist in der Sachversicherung und in der Vermögensschadenversicherung, in der im Versicherungsfall der tatsächlich eingetretene Schaden ersetzt wird (**Schadenversicherung**), verhältnismäßig leicht in die Praxis umzusetzen. Einen Grenzfall der Bereicherung stellt die **Neuwertversicherung** dar, da der Versicherungsnehmer bei Abschluss einer solchen Versicherung (insbesondere Feuerversicherung) unter bestimmten Voraussetzungen bei Zerstörung einer gebrauchten Betriebsanlage (Maschinen, Gebäude) den Wert einer neuen Anlage ersetzt bekommt; die neue Anlage hat allerdings für den Unternehmer bzw Hauseigentümer **keinen höheren Nutzwert** als die zerstörte "gebrauchte" Anlage; eine Wiederbeschaffung einer "gebrauchten" Anlage ist meist nicht möglich.

Bei jenen Formen der Personenversicherung, bei denen im Versicherungsfall eine im vorhinein bestimmte Versicherungssumme ausbezahlt wird (**Summenversicherung**), kann die Einhaltung des Bereicherungsverbots problematisch sein. Die **Taggelder im Krankheitsfall**, die im Rahmen der Krankenversicherung versichert werden und die den Einnahmengang durch die Erkrankung ausgleichen sollen, sollen einen bestimmten Prozentsatz des Arbeitseinkommens nicht übersteigen.

2. Zufälligkeit

Zufälligkeit bedeutet, dass das Eintreten des Geldbedarfs vom Versicherungsnehmer jedenfalls **nicht vorsätzlich** herbeigeführt werden darf; das heißt, dass es sich um ein von ihm nicht absichtlich herbeigeführtes Ereignis handeln muss. In erster Linie eignen sich unter dem Gesichtswinkel der Zufälligkeit (nicht immer allerdings unter dem Gesichtswinkel der Schätzbarkeit) für die Versicherung Ereignisse, die auf **höhere Gewalt** zurückzuführen sind. Versicherungsschutz wird bei den meisten versicherbaren Risiken aber auch gewährt für Ereignisse, die durch **fahrlässige Handlungen** des Versicherungsnehmers oder seiner Angehörigen ausgelöst werden; in der Haftpflichtversicherung ist ein **Verschulden** des Versicherungsnehmers in der Regel sogar **Voraussetzung** dafür, dass ein Versicherungsfall eintritt. Bei vorsätzlicher Herbeiführung des versicherten Ereignisses durch den Versicherungsnehmer wird keine Leistung des Versicherers erbracht; grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers kann einen Grenzfall darstellen.

Die **Ungewissheit** des Eintritts eines Geldbedarfs aufgrund eines bestimmten Ereignisses (des sogenannten Versicherungsfalls) kann **absolut oder relativ** sein. Bei absoluter Ungewissheit ist es möglich, dass das Ereignis **überhaupt nicht** oder in einem verschieden hohen Ausmaß eintritt; bei relativer Ungewissheit hingegen wird das Ereignis sicher eintreten, lediglich der **Zeitpunkt des Eintritts** ist ungewiss. Relative Ungewissheit besteht bei gemischten Er- und Ablebensversicherungen; die Versicherungssumme wird bei diesen Versicherungen auf alle Fälle einmal fällig, lediglich der Zeitpunkt, in dem sie fällig wird, ist ungewiss (spätestens im Erlebensfall, früher bei Ableben). Bei allen übrigen Versicherungen ist der Eintritt des durch die Versicherung gedeckten Ereignisses absolut ungewiss.

Die Versicherung von Risiken ist umso problematischer, je größer der **Einfluss des Versicherungsnehmers** oder **sonstiger Personen** auf den Eintritt des Ereignisses ist (Hinweis auf Fahrlässigkeit); man bezeichnet den Einfluss des Versicherungsnehmers auf den Eintritt des versicherten Ereignisses als **subjektives Risiko**. Eine besondere Ausprägung des subjektiven Risikos stellt das sogenannte **moralische Risiko** dar (Grenzbereich zum Versicherungsbetrug). In diesem Zusammenhang ist auf die Bedeutung der **Risikoselektion** hinzuweisen: Es besteht die Tendenz, dass subjektiv schlechte Risiken eher als der Durchschnitt aller Risiken am Erwerb von Versicherungsschutz interessiert sind (**negative Selektion**); demgegenüber sind die Versicherungsunternehmen bestrebt, im Rahmen ihrer Zeichnungspolitik und Risikoprüfung eine **positive Risikoselektion** zu erreichen.

Nicht der Versicherung unterliegen in der Regel Schäden und Verluste, die auf **unternehmerische Entscheidungen** zurückzuführen sind, dh Verluste, welche dem sogenannten allgemeinen Unternehmerrisiko entspringen. Es gibt allerdings Versicherungssparten, in welchen Risiken versichert werden, die an der Grenze zum **allgemeinen Unternehmerrisiko** liegen: zB Kreditversicherungen, Maschinengarantie- und Montageversicherungen, Betriebshaftpflichtversicherungen (insbesondere Produkthaftpflichtversicherungen).

3. Schätzbarkeit

Die Schätzbarkeit des Geldbedarfs bedeutet, dass es sich um Ereignisse handeln muss, bei denen der Eintritt oder Nichteintritt des Schadens bzw der Zeitpunkt des Eintritts und die Höhe des Schadens **aufgrund von Wahrscheinlichkeiten** – in der Regel aufgrund von **statistischen** Wahrscheinlichkeiten – **vorherbestimmbar** ist. Sehr problematisch ist ein Versicherungsschutz gegen **Elementarkatastrophen** (zB Überschwemmungen oder Erdbeben), da hier vielfach die Schätzbarkeit des Eintritts des Ereignisses und der Höhe des Schadens fehlt. Im Fall des Eintritts derartiger Ereignisse können überdies Schäden entstehen, welche die **finanzielle Kraft** nicht nur einzelner Versicherer, sondern selbst einer Vielzahl von Versicherungsunternehmen, welche das Risiko durch Rückversicherungsverträge untereinander aufgeteilt haben, **übersteigen**; jeder Versicherungsschutz ist aber nur dann sinnvoll, wenn die bei den Versicherungsunternehmen vorhandenen Mittel im Versicherungsfall eine Deckung des Schadens ermöglichen. Das Streben der privaten Versicherungswirtschaft ist darauf gerichtet, die **Grenzen der Versicherbarkeit** von Risiken hinaufzusetzen.

4. Gegenseitigkeit

Gegenseitigkeit bedeutet, dass sich **zahlreiche Subjekte** (Unternehmen oder Privatpersonen), welche von **gleichartigen Gefahren** bedroht sind, zu einer **Gefahrengemeinschaft** zusammenschließen, damit innerhalb dieser Gefahrengemeinschaft ein Ausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl herbeigeführt werden kann. Das **Gesetz der großen Zahl** bildet zusammen mit der Gleichartigkeit (Homogenität) statistischer Massen die Grundlage aller Versicherungen. Es besagt, dass die Genauigkeit, mit der eine bestimmte quantitative Erscheinung an oder in einer Masse beobachtet werden kann, umso größer ist, je größer die Zahl der untersuchten Einheiten ist.

Das Gesetz der großen Zahl wird nur dann wirksam, wenn die Risiken, die versichert werden, hinsichtlich ihres Schadeneintritts **unabhängig** voneinander sind; dh wenn kein **Risikokumul** vorliegt (zB Versicherung zahlreicher Gebäude in einer Stadt gegen Schäden durch Erdbeben)

Bei einer Reihe von Elementarereignissen **fehlt** die **gleichartige Bedrohung einer Vielzahl** von Subjekten (Hinweis auf Hochwasser oder Lawinen). Die **selbständige Versicherung** derartiger Risiken ist deswegen problematisch, weil die Tendenz besteht, dass nur die besonders stark bedrohten Subjekte an einer Versicherung interessiert sind (**negative Selektion**). Ein Versicherungsschutz zu tragbaren Prämien lässt sich bei solchen Gefahren – wenn das Risiko nicht sehr groß ist – allenfalls durch **obligatorischen Einschluss** (ohne gesondertes oder zumindest ausreichendes Entgelt) in eine andere Versicherung, für die allgemeiner Bedarf besteht (zB Feuerversicherung), herbeiführen. Die Möglichkeit eines solchen Einschlusses bedeutet allerdings nicht, dass sie sinnvoll bzw empfehlenswert ist. Der Einschluss von Risiken, von denen nur ein kleiner Teil der am Versicherungsschutz gegen das Hauptrisiko Interessierten betroffen wird, ist ohne besonderes Entgelt im Übrigen nur dann möglich, wenn alle Anbieter von Versicherungsschutz zu diesem Einschluss verhalten sind, da ansonsten der Wettbewerb unter den Anbietern dazu führen würde, dass von einzelnen

Versicherern den Versicherungsnehmern, die von Sonderrisiken nicht bedroht sind, Versicherungsschutz für das Hauptrisiko gegen niedrigere Prämien angeboten würde.

Das Prinzip der Gegenseitigkeit kommt am deutlichsten bei **Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit** zum Ausdruck. Bei diesen Versicherungsvereinen sind die Versicherungsnehmer in der Regel gleichzeitig Mitglieder; es handelt sich um Versicherungen auf genossenschaftlicher Basis. Bei den großen Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit ist allerdings dieses genossenschaftliche Prinzip meist nicht mehr deutlich erkennbar; die praktische Geschäftsabwicklung erfolgt bei großen Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit in gleicher oder ähnlicher Weise wie bei Versicherungsunternehmen, die mit erwerbswirtschaftlicher Zielsetzung betrieben werden. Bei den Versicherungsunternehmen mit erwerbswirtschaftlicher Zielsetzung wird das Prinzip der Gegenseitigkeit in der Regel dadurch verwirklicht, dass eine Vielzahl von Versicherungsnehmern mit gleichartigen Risiken zu einer Gefahrgemeinschaft zusammengefasst wird.

Versicherungen von Risiken, bei denen der Grundsatz der Gegenseitigkeit in dem vorstehend erwähnten Sinn nicht gegeben ist, können bei **Lloyds** abgeschlossen werden. Von Lloyds werden neben verschiedenen Großrisiken (zB in der Seeschiff-Fahrt, Bohrplattformen) und konventionellen Risiken auch Risiken versichert, die nicht in das Schema allgemeiner Versicherungsbedingungen einer bestimmten Versicherungssparte fallen. Es handelt sich um individuelle Risiken, die von Maklern den einzelnen **Syndikaten** (Zusammenschlüsse vermöglicher Einzelpersonen, der sogenannten Namens) angeboten und von den Vertretern der Syndikate (den Underwriters) je nach Einschätzung des Risikos entweder zu **individuell ausgehandelten Bedingungen und Prämien** in Deckung genommen oder abgelehnt werden. Die Deckung eines individuellen Risikos, bei der ein Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl nicht möglich ist, stellt keine Versicherung dar; es handelt sich dabei um **Spiel oder Wette**. Die Grenze zwischen Spiel oder Wette und Versicherung ist allerdings fließend.

Exkurs über die Aufbringung der für die Zahlungen für Versicherungsfälle benötigten Mittel

Bei **genossenschaftlichen Versicherungsunternehmen** (Versicherungsvereinen aG) wäre grundsätzlich statt der Einhebung **fester Prämien** auch ein **Umlagesystem** möglich. Die Risikodeckung nach dem Umlagesystem war am Anfang der Entwicklung der Versicherung auch vielfach gebräuchlich; sie wird aber heute nur noch von ganz kleinen Versicherungsvereinen (hauptsächlich Tierversicherungsvereinen) angewendet.

Größere und große Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit heben in gleicher Weise wie die erwerbswirtschaftlich organisierten Versicherungsunternehmen **feste Prämien** im vorhinein ein. In ihren Satzungen ist in der Regel vorgesehen, dass sie ihren Mitgliedern (Versicherungsnehmern) **erfolgsabhängige Prämien(Beitrags)rückerstattungen** gewähren, wenn sich die eingehobenen Prämien als zu hoch erweisen; als Gegenstück dazu war früher in machen Satzungen von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit vorgesehen, dass die Mitglieder zu **Nachschüssen** verpflichtet sind, wenn die Prämien zur Deckung der Schäden und Kosten nicht ausreichen. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit können neben Versicherungsverträgen mit Mitgliedern in begrenztem Ausmaß auch Versicherungsverträge

mit Nichtmitgliedern abschließen. Versicherungsnehmer, welche nicht gleichzeitig Mitglieder sind, haben keinen Anspruch auf Gewinnbeteiligung (Prämienrückerstattung), waren früher aber auch nicht zur Bezahlung von Prämienrückstellungen verpflichtet. Auch bei anderen Genossenschaften, wie zB Konsumgenossenschaften, kann das sogenannte Mitgliedergeschäft und das Nichtmitgliedergeschäft unterschieden werden.

Erfolgsabhängige Prämienrückerstattungen kommen nicht nur bei genossenschaftlich organisierten Versicherungsunternehmen vor. In der **Lebensversicherung** werden erfolgsabhängige Prämienrückerstattungen in Form der sogenannten Gewinnbeteiligung von allen, also auch von den erwerbswirtschaftlichen Versicherungsunternehmen vorgenommen; sie sind in den **Versicherungsbedingungen für Lebensversicherungen** verankert. Prämienrückerstattungen für Lebensversicherungen sind deswegen allgemein üblich, weil die Prämien für diese Versicherungen wegen der häufig **sehr langen Laufzeit** dieser Versicherungsverträge (Lebensversicherungsverträge können für einen Zeitraum von mehr als 50 Jahren abgeschlossen werden) **sehr vorsichtig kalkuliert** werden, da die Entwicklung verschiedener, das Ergebnis beeinflussender Faktoren (insbesondere der Verlauf der Sterblichkeit und die Entwicklung des Kapitalmarktzinssatzes) für einen so langen Zeitraum nicht sicher vorhergesagt werden kann. Wegen der vorsichtigen Prämienkalkulation ergeben sich bei den Lebensversicherern in Jahren, in denen die bei der Prämienkalkulation berücksichtigten **Risiko- oder Sicherheitszuschläge**, die dem Ausgleich möglicher negativer Entwicklungen dienen, **nicht benötigt** werden, Überschüsse; diese werden in der Lebensversicherung in der Regel zur Erbringung zusätzlicher Versicherungsleistungen verwendet.

In manchen Versicherungssparten werden sowohl bei genossenschaftlich als auch bei erwerbswirtschaftlich organisierten Versicherungsunternehmen **erfolgsunabhängige (garantierte) Prämienrückerstattungen** bei **schadenfreiem** oder **schadenarmem** Geschäftsverlauf vereinbart. Nach diesen Vereinbarungen hat ein Versicherungsnehmer Anspruch auf Rückerstattung eines Teiles der von ihm entrichteten Prämien, wenn er während eines bestimmten Zeitraumes von **keinem Schaden** betroffen wurde, oder wenn die **Schadenbelastung** einen **bestimmten Prozentsatz** der verdienten Prämien nicht überstiegen hat. Derartige garantierte Prämienrückerstattungen (in den Rechnungsabschlüssen als erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung bezeichnet), welche von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit auch neben der vom Überschuss des Unternehmens abhängigen Prämienrückerstattung (Gewinnbeteiligung) gewährt werden können, kommen insbesondere in bestimmten Tarifen der **Krankenversicherung**, in der **Kreditversicherung** und in der **Maschinenversicherung** vor. Die größte Bedeutung in der Güterversicherung hatten die garantierten Prämienrückerstattungen in der Vergangenheit in der **Kfz-Fahrzeugversicherung** für Personenkraftwagen; bei den meisten Versicherungsunternehmen wurde die Prämienbemessung in diesem Versicherungszweig in den letzten Jahren allerdings auf ein anderes System umgestellt. Durch die garantierten Prämienrückerstattungen soll für die Versicherungsnehmer ein **zusätzlicher Anreiz** geschaffen werden, den Eintritt eines Schadens zu verhindern (**Verbesserung des subjektiven Risikos**); daneben soll durch garantierte Prämienrückerstattungen die Anmeldung sogenannter **Bagatellschäden**, deren Behandlung mit verhältnismäßig hohen Verwaltungskosten verbunden ist, hintangehalten werden. Schließlich soll die garantierte Prämienrückerstattung auch zu einer **risikogerechten Prämienbemessung** beitragen.

In manchen Versicherungsverträgen ist eine **Selbstbeteiligung** der Versicherungsnehmer an den Schäden (Selbstbehalt) vorgesehen. Ein solcher Selbstbehalt kann zwingend vorgesehen sein (zB bei Kreditversicherungen); er kann den Versicherungsnehmern aber auch fakultativ angeboten werden. Der Selbstbehalt der Versicherungsnehmer dient in ähnlicher Weise wie die garantierte Prämienrückerstattung der **Minderung des subjektiven Risikos**; durch den Selbstbehalt soll der Versicherungsnehmer an der Verhütung eines Schadenfalls besonders interessiert werden, da er im Schadenfall keinen vollkommenen Ersatz des Schadens erhalten kann.

Der Selbstbehalt kann entweder eine sogenannte Abzugsfranchise oder eine Integralfranchise sein. Bei der **Abzugsfranchise** wird ein Selbstbehalt festgesetzt, der **bei jedem Schaden** abgezogen wird; dieser Selbstbehalt kann entweder ein **absoluter Betrag** oder ein **bestimmter Prozentsatz** des Schadens sein, wobei der prozentuelle Selbstbehalt in der Regel mit einem absoluten Betrag limitiert wird. Bei der **Integralfranchise** werden hingegen **kleine Schäden** überhaupt **nicht** ersetzt; Schäden, die einen bestimmten Mindestbetrag übersteigen, werden hingegen voll ersetzt. Bei der Integralfranchise besteht die Gefahr, dass der Versicherungsnehmer an einer Erhöhung des Schadens interessiert ist, damit der Selbstbehalt nicht wirksam wird.

In der **Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung**, in der meist nicht der Versicherungsnehmer, sondern der Geschädigte der unmittelbare Empfänger der Versicherungsleistung ist, führt ein **Selbstbehalt** nicht zu einer Kürzung der bezahlten Entschädigung, sondern zur Einforderung eines sogenannten **Schadenersatzbeitrags** vom Versicherungsnehmer. Die Einforderung von Schadenersatzbeiträgen von Versicherungsnehmern, die Schäden verursacht haben, ist wegen der damit verbundenen Inkassoprobleme nicht allgemein üblich, sondern nur in Spezialtarifen vorgesehen.

Durch das **Bonus-Malus-System** soll gleichfalls – ebenso wie durch erfolgsunabhängige Prämienrückerstattungen – sowohl eine **Anpassung der Prämien** an das aufgrund des tatsächlichen Schadenverlaufs empirisch festgestellte individuelle Risiko herbeigeführt als auch eine **Verbesserung des subjektiven Risikos** (Förderung des Interesses des Versicherungsnehmers an der Schadenvermeidung) und eine **Verwaltungsentlastung** (keine Meldung von Bagatellschäden) erreicht werden. Im Gegensatz zur erfolgsunabhängigen Prämienrückerstattung wird beim Bonus-Malus-System nicht ein Teil der für ein Geschäftsjahr eingehobenen Prämien rückerstattet, wenn der Schadenverlauf in dem betreffenden Geschäftsjahr günstig war, sondern es wird von Haus aus eine niedrigere (bzw bei Malus eine höhere) Prämie eingehoben, wenn der **Schadenverlauf** in den **vorangegangenen Geschäftsjahren** günstig (bzw ungünstig) war.

In der Frage, wie weit die **Prämien objektiv oder subjektiv differenziert** werden sollen, gibt es unterschiedliche Meinungen. Die extremste Form der Subjektivierung bestünde darin, dass jeder Versicherungsnehmer seinen Schaden selbst bezahlt; in diesem Fall würde eine Versicherung nicht mehr vorliegen. Andererseits sind aber auch Prämien, welche den Unterschieden im objektiven und subjektiven Risiko nicht Rechnung tragen, vom Standpunkt der **Prämiengerechtigkeit** abzulehnen. Das Hauptproblem einer gerechten Staffelung der Prämien ist die Messbarkeit, die Quantifizierbarkeit des **individuellen objektiven** und insbesondere auch des **subjektiven Risikos**. Garantierte Prämienrückerstattungen und Bonus-

Malus-Systeme sollen eine nachträgliche Anpassung der Prämien an die im Vorhinein schwer erfassbare individuelle Risikosituation des einzelnen Versicherungsnehmers herbeizuführen. Der Malus im Bonus-Malus-System bewirkt, dass von den durch Schäden betroffenen Versicherungsnehmern höhere als die Normalbeiträge eingefordert werden; vielfach versuchen solche Versicherungsnehmer allerdings, nach einem Schaden den Versicherer zu wechseln, um auf diese Weise der erhöhten Prämienvorschreibung zu entgehen (sogenannte **Malusflucht**).

In der Kfz-Haftpflichtversicherung stellte in der Vergangenheit die Prämien differenzierung aufgrund des **tatsächlichen individuellen** Schadenverlaufs die einzige Möglichkeit für eine risikogerechte Prämienabstufung dar; seit Freigabe der Gestaltung der Prämientarife versuchen Versicherungsunternehmen zunehmend, bei der **Prämienbemessung** auch an **äußere Merkmale** (Alter, Geschlecht, Beruf, Standort des Fahrzeugs, Wohn- und Arbeitsort des Versicherungsnehmers) anzuknüpfen, wenn die **statistische Auswertung** der Schadendaten erkennen lässt, dass zwischen bestimmten äußeren Merkmalen und der Schadenbelastung eine **Korrelation** besteht.

II. Die wirtschaftliche Grundlage und die wirtschaftliche Bedeutung der Versicherung

Die **wirtschaftliche Grundlage** der Versicherung bildet der **Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl**. Die Möglichkeit eines solchen Risikoausgleichs durch Übernahme einer Vielzahl gleichartiger, aber voneinander unabhängiger Risiken ist Voraussetzung für die Übernahme eines Risikos durch ein Versicherungsunternehmen nach dem Grundsatz der Versicherung; fehlt der Risikoausgleich, liegt Spiel oder Wette vor. Die Versicherung besonders hoher Einzelrisiken (zB große Industrieanlagen, Atomkraftwerke, große Elementar- risiken) wird durch den fehlenden Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl erschwert.

Bei den **Versicherungsnehmern** (den durch ein bestimmtes Risiko bedrohten Personen bzw Unternehmen) begründet die Unmöglichkeit des Risikoausgleichs bei sich selbst die wirtschaftliche Veranlassung zum Abschluss einer Versicherung.

Liegt bei einem Unternehmen eine **Vielzahl gleichartiger Risiken** vor, die in keinem unmittelbaren Gefahrenzusammenhang zueinander stehen (zB Betrieb zahlreicher Kraftfahr- zeuge), und sind diese Risiken im Einzelnen nicht sehr hoch, dann kann es sich als richtig erweisen, diese Risiken nicht durch eine Versicherung abzudecken, sondern die von Zeit zu Zeit anfallenden Schäden selbst zu tragen; das Unternehmen kann damit rechnen, dass diese Schäden mit einer gewissen Regelmäßigkeit anfallen und die einzelnen Rechnungsperioden (Wirtschaftsjahre) mit annähernd gleich hohen Beträgen belasten. Dies gilt beispielsweise für Transportschäden bei vielen, im Einzelnen wertmäßig geringen Sendungen, für Forderungsausfälle bei Vorliegen zahlreicher kleiner Forderungen, für Glasbruchschäden bei Vorliegen zahlreicher, örtlich getrennter Schaufenster, für Fahrzeugschäden bei Vorhandensein eines großen Fuhrparks, für das Ablebens- oder Überlebensrisiko bei Vorhandensein zahlreicher Mitarbeiter, denen Pensionszusagen gegeben wurden.

Notwendig ist der **Abschluss einer Versicherung** immer dann, wenn der Eintritt des Schadens die wirtschaftliche Existenz des Versicherungsnehmers (bzw seiner Angehörigen) zerstören oder doch zumindest gefährden kann.

Zweckmäßig kann der **Abschluss einer Versicherung** auch dann sein, wenn durch den Eintritt eines Schadens zwar die wirtschaftliche Existenz nicht zerstört oder gefährdet wird, die einzelnen Rechnungsperioden (Wirtschaftsjahre) aber durch den Anfall von Schäden sehr unterschiedlich belastet werden; in diesem Fall führt die Entrichtung von Versicherungs- prämien zu einer gleichmäßigen Belastung der einzelnen Wirtschaftsjahre und es entstehen im Falle des Eintritts eines Schadens auch keine besonderen Liquiditäts(Finanzierungs)probleme.

In manchen Sparten kommt auch den **Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen** eine erhebliche Bedeutung für die Entscheidung zum Abschluss einer Versicherung zu. Diese Dienstleistungen können in der Ermittlung und Regulierung der Schäden, in der Klärung der Verschuldensfrage, in der Abwehr ungerechtfertigter Ansprüche von Dritten (zB bei Haft- pflichtfällen) oder in der Prüfung der Bonität von Kreditnehmern (zB in der Kreditver- sicherung) bestehen. In den letzten Jahren haben Versicherungsunternehmen in mehreren

Versicherungssparten sogenannte **Assistance-Leistungen** mit dem Versicherungsschutz verbunden. Diese Leistungen sehen vor, dass dem Versicherungsnehmer im **Schadenfall** oder in einer sonstigen **Notsituation** von der Organisation, die die Assistance-Leistungen erbringt – meist handelt es sich dabei um selbständige, jederzeit telefonisch erreichbare Organisationen, mit denen die Versicherungsunternehmen Dienstleistungsverträge abgeschlossen haben – **Unterstützung** gewährt wird.

Gegen die Abdeckung eines Risikos durch **eine Versicherung** spricht die Überlegung, dass im Allgemeinen nur 50 % bis 75 % der von den Versicherungsnehmern bezahlten Bruttoprämien von den Versicherungsunternehmen zur Deckung von Schäden verwendet werden können; der restliche Teil der Prämien wird zur Deckung der Verkaufs-, Betriebs- und Verwaltungskosten der Versicherungsunternehmen sowie zur Deckung der Versicherungssteuer und (in den Feuersparten) der Feuerschutzsteuer benötigt bzw bleibt den Versicherungsunternehmen als Gewinn. Das bedeutet aber, dass ein Versicherungsnehmer, der Durchschnittsrisiken gegen regelmäßig wiederkehrende Schäden versichert, damit rechnen muss, dass die von ihm bezahlten Prämien auf längere Sicht gesehen 135 % bis 200 % der vom Versicherungsunternehmen bezahlten Entschädigungen ausmachen.

Die Entscheidung der Frage, ob und in welcher Form betriebliche Risiken versichert werden sollen, ist Aufgabe des **Risk-Managements** (der Risikopolitik) eines Unternehmens.

Aus den vorstehend dargelegten Gründen kann es sich aus der Sicht der Versicherungsnehmer als zweckmäßig erweisen, den Versicherungsschutz auf höhere Schäden zu beschränken, indem gegen entsprechende Prämienermäßigungen höhere **Selbstbehalte** vereinbart werden.

Die eigentliche **Leistung eines Versicherungsunternehmens** besteht nicht darin, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls die Versicherungsleistung (die Entschädigung) erbracht wird, sondern sie besteht in der **Tragung des Risikos**. Die Leistung des Versicherungsunternehmens ist daher auch dann erbracht, wenn kein Schaden eintritt; der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall die Prämien nicht zurückverlangen. Die Leistung des Versicherungsunternehmens kann dann nicht mehr erbracht werden, wenn das versicherte Objekt untergeht, da in diesem Fall vom Versicherungsunternehmen kein Risiko mehr getragen wird.

Die Versicherungsunternehmen sind dadurch zur Übernahme der Risiken in der Lage, dass bei ihnen ein **Ausgleich nach den Regeln der Wahrscheinlichkeit** (nach dem Gesetz der großen Zahl) stattfindet. Ein Ereignis, das im Einzelfall ungewiss ist, wird, wenn zahlreiche mögliche Fälle gemeinsam betrachtet werden, kalkulierbar. Nicht immer nimmt allerdings ein einzelnes Versicherungsunternehmen eine genügende Anzahl gleichartiger Gefahren in Deckung, dass nach dem Gesetz der großen Zahl ein Ausgleich innerhalb eines einzigen Jahres erwartet werden kann. In einem solchen Fall kann der erforderliche Ausgleich dadurch herbeigeführt werden, dass mehrere Versicherungsunternehmen **gemeinsam ein Risiko in Deckung nehmen** (Mitversicherung) oder dass entweder die **Spitzen der Risiken an andere Versicherungsunternehmen** weitergegeben werden (Rückversicherung von Risikospitzen) oder dass die vom Versicherungsunternehmen übernommenen Risiken **mit gleichartigen Risiken anderer Versicherungsunternehmen gemischt werden** (indem eigenes Geschäft im Wege der Rückversicherung abgegeben und in Kompensation dafür von anderen Versicherungs-

unternehmen Versicherungsgeschäft in Rückdeckung übernommen wird; eine besondere Form der Risikomischung ist der sogenannte Pool).

Es besteht auch die Möglichkeit, dass der **Risikoausgleich** wohl bei einem einzigen Versicherungsunternehmen, aber nicht innerhalb eines einzigen Jahres, sondern **im Laufe einer größeren Anzahl von Jahren** erreicht wird. In diesem Fall muss das Versicherungsunternehmen über genügend Reserven verfügen, um auch eine am Anfang seiner Tätigkeit auftretende überrnormale Schadenbelastung decken zu können. Wichtig ist, dass Überschüsse, welche in einzelnen Jahren deswegen anfallen, weil lediglich unternormale Schäden eintreten, für die später zu erwartenden schadenreicheren Jahre zumindest teilweise unversteuert reserviert werden können; diesem Zweck dient die Bildung von Schwankungsrückstellungen (Schwankungsrückstellungen im engeren Sinn und Rückstellungen für Großrisiken).

Die **gesamtwirtschaftliche Bedeutung** der Versicherungsunternehmen besteht in erster Linie darin, dass sie Leistungen erbringen, für die ein **wirtschaftlicher Bedarf** besteht. Sie übernehmen gegen feste Prämien die Tragung von Risiken und geben damit den von diesen Risiken bedrohten Wirtschaftsunternehmen und Privatpersonen die Möglichkeit, die negativen Folgen der Risiken (Gefahren) gegen Bezahlung eines bestimmten Preises (der Versicherungsprämie) auf ein Versicherungsunternehmen abzuwälzen.

Die **Bedeutung** der Versicherung **für die Versicherungsnehmer** – gleichgültig, ob es sich dabei um Privatpersonen oder um Wirtschaftsunternehmen handelt – kann wie folgt charakterisiert werden:

- Die Versicherung beseitigt jene **Bedrohungen der wirtschaftlichen Existenz**, die aus dem Eintritt zufälliger Schäden resultieren können; die Schäden werden durch die Versicherung zwar nicht verhindert, ihre finanziellen Folgen werden aber beseitigt oder doch zumindest gemildert.
- Die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz eines Wirtschaftssubjektes bewirkt gleichzeitig eine Erhöhung der **Kreditfähigkeit dieses Wirtschaftssubjektes**; eine ausreichende Versicherung wird daher häufig in Kreditvereinbarungen von den Kreditgebern zur Bedingung für die Einräumung eines Kredits gemacht.
- Neben dem Schutz vor der Zerstörung der wirtschaftlichen Existenz wird durch die Versicherung auch eine **gleichmäßigere Belastung** der einzelnen Wirtschaftsjahre mit Aufwendungen herbeigeführt; an die Stelle der von Jahr zu Jahr stark schwankenden Schäden treten die von Jahr zu Jahr gleichbleibenden Versicherungsprämien.

In gesamtwirtschaftlicher Hinsicht kommt den Versicherungsunternehmen auch eine erhebliche Bedeutung als **Kapitalsammelstellen** zu. Die Versicherungsunternehmen benötigen zur Durchführung ihrer Aufgaben nur verhältnismäßig geringe Vermögenswerte (sie brauchen keine Produktionsanlagen im engeren Sinn und sie besitzen keine nennenswerten Vorräte), es stehen ihnen aber aus der Durchführung der Versicherungsgeschäfte erhebliche Mittel der Versicherungsnehmer zur Verfügung: die Prämien sind im Voraus zu entrichten, die Regulierung der Schäden erfolgt oft erst längere Zeit, zum Teil erst Jahre nach deren Entstehung. Die zeitliche Diskrepanz zwischen der Vereinnahmung der Prämien und der Erbringung der Versicherungsleistungen ist am **stärksten** bei den **Lebensversicherungen** (und zwar bei den gemischten Versicherungen auf Er- und Ableben und bei den Rentenversicherungen) aus-

geprägt. Bei den gemischten Er- und Ablebensversicherungen und bei den Rentenversicherungen gegen laufende Prämienzahlung erfolgt ein **langfristiger Sparvorgang**, und zwar in einer sehr regelmäßigen Form: jede Prämienzahlung, die bei Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes in gleichmäßigen Abständen zu leisten ist, bewirkt gleichzeitig die Einzahlung einer Sparrate.

Die Tatsache, dass die Versicherungsunternehmen, insbesondere die Lebensversicherungsunternehmen, wichtige Kapitalsammelstellen sind, gibt ihnen erhebliches volkswirtschaftliches Gewicht. Dies vor allem deswegen, weil es sich hauptsächlich um **langfristiges Kapital** handelt, das bei Lebensversicherungsunternehmen noch dazu nach einem festen Plan kontinuierlich angesammelt wird.

Die **Veranlagung** der von den Versicherungsunternehmen eingenommenen und für deren eigenen Betrieb nicht benötigten Mittel unterliegt bestimmten **Regeln und Richtlinien**, die im Versicherungsaufsichtsgesetz enthalten sind und deren Einhaltung von der Finanzmarktaufsicht (FMA) überwacht wird. Die Kapitalveranlagungsregeln sollen das **Risiko aus der Veranlagung** der für die Erfüllung der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen benötigten Gelder in Grenzen halten; dadurch sollen größere Verluste an diesen Vermögensgegenständen vermieden werden.

III. Einteilung der Versicherungen

Die wichtigsten Einteilungsgrundsätze für Versicherungen sind die folgenden:

1. Personenversicherungen und Güterversicherungen
2. Schadenversicherungen und Summenversicherungen
3. Individualversicherungen und Sozialversicherungen
4. Zwangsversicherungen und freiwillige Versicherungen
5. Private und öffentliche Versicherungen

Zu 1.:

Personenversicherungen

Durch **Personenversicherungen**, die Risiken (Leben oder Gesundheit bzw Unversehrtheit) von Personen decken, können **Aufwendungen** oder **Einnahmenentgang** bzw **Gewinnentgang** versichert werden. Versicherungen sind möglich

- gegen die **Folgen des Ablebens** (Todesfallversicherungen) oder des **Überlebens** (Rentenversicherungen)
- zur Deckung von **Krankheitskosten** und von **Krankheitsfolgen** (Einnahmenentgang) und
- zur Deckung von **Unfallkosten** und von **Unfallfolgen** (Einnahmenentgang, Invalidität).

Zu den Personenversicherungen gehören die folgenden **Versicherungsweige**

- **Lebensversicherungen** (Ablebens- und Erlebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Dread-disease-Versicherungen)
- **Krankenversicherungen**
- **Unfallversicherungen**

Hinsichtlich der **Lebensversicherung** haben sich neben der klassischen Lebensversicherung in den letzten Jahren eine Reihe von **Sonderformen** etabliert, immer häufiger finden sich auch Hybridformen (Mischungen aus klassischer Lebensversicherung und Sonderformen):

- **Fondsgebundene Lebensversicherung:** Darunter versteht man eine Lebensversicherung, bei der sich die Versicherungsleistung nach der Wertentwicklung eines Kapitalanlagefonds richtet (zumeist ein bestimmter Investmentfonds). Das Kapitalanlageergebnis trägt diesfalls – untypisch für das Versicherungsgeschäft – nicht das Versicherungsunternehmen, sondern der Versicherungsnehmer.

- **Indexgebundene Lebensversicherung:** Unter indexgebundener Lebensversicherung versteht man eine Lebensversicherung, bei welcher sich die Versicherungsleistung nach der Entwicklung einer bestimmten, vertraglich vereinbarten Bezugsgröße (Referenzwert) richtet (zB ein Aktienindex).
- **Kapitalanlageorientierte Lebensversicherung:** Das Wesen der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung besteht darin, dass die Kapitalveranlagung innerhalb der allgemeinen Kapitalanlagevorschriften nach einer mit dem Versicherungsnehmer gesondert vereinbarten Kapitalanlagestrategie erfolgt.
- **Prämienbegünstigte Zukunftsvorsorge:** Hier handelt es sich um eine durch Erstattung der Einkommensteuer (Lohnsteuer) staatlich geförderte Form der Altersvorsorge. Diese kann neben der privaten Rentenversicherung auch durch die Beteiligung an Pensionsinvestmentfonds oder durch eine Mitarbeitervorsorgekasse erfolgen.
- **Betriebliche Kollektivversicherung:** Die betriebliche Kollektivversicherung ist eine Gruppenversicherung, die auf der Grundlage eines arbeitsrechtlichen Instruments (Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarung, individuelle Vereinbarung) von einem Arbeitgeber für seine Arbeitnehmer abgeschlossen wird.

Die **Unfallversicherung** stellt eine **Sonderform** der **Lebensversicherung** und der **Krankenversicherung** dar. Leistungen werden in diesem Versicherungszweig nur erbracht, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen ausgelöst wird.

Dread-disease-Versicherungen sind eine Kombination zwischen Lebensversicherungen im engeren Sinn und Krankenversicherungen; bei diesen Versicherungen werden Versicherungsleistungen (in der Regel Kapitalleistungen) nicht nur im Todesfall, sondern auch bei Eintritt bestimmter schwerer Krankheiten erbracht.

Die **Betriebsunterbrechungsversicherung freiberuflich tätiger Personen** ist ihrem Wesen nach eine Personenversicherung (Sonderform der Krankenversicherung); sie wird jedoch von den Versicherungsunternehmen im Rahmen der Schaden- und Unfallversicherung (Vermögenswertversicherung gegen die Folgen des Einnahmenseitigen) betrieben.

Güterversicherungen

Die **Güterversicherungen** können unterteilt werden in

- a) **Sachversicherungen**
- b) **Vermögenswertversicherungen**

Durch **Sachversicherungen** werden körperliche Gegenstände gegen Zerstörung, Beschädigung oder Verschwinden versichert.

Zu den **Vermögenswertversicherungen** gehören die Versicherung von **Vermögensschäden**, die sich aufgrund von **Ansprüchen Dritter** (Aufwandsersatz durch Haftpflichtversicherungen) oder aufgrund von **Aufwendungen** (Rechtsschutzversicherungen) ergeben, die Versicherung von **Gewinnentgang bzw Ertragsentgang** (Betriebsunterbrechungsversicherungen) und die Versicherungen von **Forderungen gegen Ausfälle** (Kreditversicherung).

Die **wichtigsten Risiken**, gegen die im Bereich der Güterversicherungen ein Versicherungsschutz möglich ist, sind die folgenden:

a) Sachversicherungen von Gebäuden, Einrichtungen und Vorräten

- Sachschäden durch **Feuer, Blitzschlag und Explosion** (Feuerversicherung)
- Sachschäden durch **Sturm** (Sturmschaden- oder kleine Elementarversicherung)
- Nicht verschleißbedingte Sachschäden an **Maschinen** (Maschinenversicherungen: Maschinenbruch-, Montage-, Garantie- und Elektrogeräteversicherungen) und sonstigen **bruchempfindlichen Gegenständen** (Skiversicherung, Brillenversicherungen)
- Sachschäden durch **Glasbruch** (Glasbruchversicherung)
- Schäden (Sachschäden und Vermögensschäden) aufgrund des **Austritts von Leitungswasser** (Leitungswasserschadenversicherung)
- Schäden (Vermögensverluste und Sachschäden) aufgrund von **Einbruchdiebstählen**, aufgrund von **Beraubungen von Kassenboten**, aufgrund des **Diebstahls von Schmuck** sowie aufgrund des Diebstahls oder der Beschädigung von **Reisegepäck** (Einbruchdiebstahlversicherung, Valorenversicherung, Reisegepäckversicherung)
- Schäden und Verluste durch Beschädigung oder durch das Abhandenkommen von **Waren** während des **Transports** (Transport-Warenversicherung)
- Schäden **an Kühlgut** aufgrund des Ausfalls von **Kühlanlagen** (Kühlgutversicherung)
- Sachschäden an **Datenverarbeitungsanlagen** und Verluste von **Datenbeständen** (Computerversicherung)

b) Sachversicherungen von Feldfrüchten und Tieren

- Zerstörung von Feldfrüchten durch **Hagelschlag** (Hagelversicherung)
- Zerstörung von Feldfrüchten durch **Hochwasser**
- Verluste durch Erkrankung und Tod von **Tieren** (Tierversicherung)

c) Sachversicherungen von Fahrzeugen

- Zerstörung und Beschädigung von **Kraftfahrzeugen** (Kfz-Fahrzeugversicherung)
- Zerstörung und Beschädigung von **Schiffen** (Transport-Kaskoversicherung)
- Zerstörung und Beschädigung von **Flugzeugen** (Luftfahrt-Kaskoversicherung)

d) Vermögenswertversicherungen

- Vermögensschäden aufgrund der **Haftung für Schäden**, die einem **Dritten** – meist schuldhaft – zugefügt wurden (Haftpflichtversicherungen in verschiedenen Formen); neben verschuldensabhängigen Haftungen für Schäden gibt es auch verschuldensunabhängige Haftungen (Erfolgshaftung). Bei jeder Haftpflichtversicherung muss festgelegt werden, **in welcher Eigenschaft** der Versicherungsnehmer Versicherungsschutz gegen die ihn treffenden Vermögensschäden genießt (zB als Kraftfahrzeughalter, als Privatperson, als Hausbesitzer, als Hundehalter, als Skifahrer, als Betriebsinhaber)
- Vermögensschäden durch die mit der Führung von **Rechtsstreitigkeiten** verbundenen **Rechtskosten** (Rechtsschutzversicherung). Bei diesen Versicherungen muss gleichfalls festgelegt werden, **in welcher Eigenschaft** der Versicherungsnehmer Rechtsschutz genießt. Es wurden Überlegungen angestellt, in Rechtsschutzversicherungen auch den Ersatz von Aufwendungen für die **Rechtsberatung** einzuschließen.
- Ertragsausfälle aufgrund von **Betriebsunterbrechungen** im Gefolge von Brand, Maschinenbruch, Seuchen oder Krankheit (Feuer-Betriebsunterbrechungsversicherung, Maschinen-Betriebsunterbrechungsversicherung, Seuchenversicherung, Betriebsunterbrechungsversicherung freiberuflich Tätiger)
- Vermögensverluste aufgrund des **Ausfalls von Forderungen** (Kreditversicherung); Kreditversicherungen können auch **zugunsten dritter Personen** abgeschlossen werden (Verluste der Kunden bei Insolvenz des Reiseveranstalters)
- Vermögensverluste durch **Veruntreuung** (Veruntreuungs- und Kautionsversicherung)
- Vermögensverluste aufgrund des Anfalls von **Stornogebühren** (Reise-Stornoversicherung)
- Verluste aufgrund von **Sachschäden bei Bauführungen** oder aufgrund von **Haftungen** für solche Schäden (Bauwesenversicherung)
- Verluste aufgrund des **Ausfalls von Veranstaltungen** (insbesondere wegen Schlechtwetters)

Es gibt Versicherungsverträge, in denen der Versicherungsschutz gegen **mehrere Risiken** zusammengefasst wird. Man spricht in solchen Fällen von sogenannten **Bündelversicherungen** und unterscheidet dabei **echte** Bündelversicherungen, bei denen ein **einzig**er Vertrag Schutz gegen mehrere Risiken bietet (zB Haushaltversicherungen, die Versicherungsschutz gegen Feuerschäden, Einbruchdiebstahlschäden, Leitungswasserschäden, Haftpflichtschäden, Glasbruchschäden und Schäden an Elektrogeräten gewähren) und **unechte** Bündelversicherungen, die aus einer Reihe an sich **selbständiger** Versicherungsverträge bestehen, die lediglich aus **organisatorischen Gründen** (insbesondere gemeinsames Prämieninkasso) in einem Dokument zusammengefasst werden. In unechten Bündelversicherungen können auch Versicherungsverträge mehrerer Versicherungsunternehmen zusammengefasst werden.

Zu 2.:

Schadenversicherungen

Bei **Schadenversicherungen** wird dem Versicherungsnehmer der **tatsächlich entstandene Schaden** ersetzt. Bei Schadenversicherungen gilt das **Bereicherungsverbot** in besonderem Maße; eine gewisse Durchbrechung erfährt das Bereicherungsverbot in jenen Versicherungssparten, in denen eine Neuwertversicherung möglich ist.

Die **Versicherungssumme**, die bei den meisten Schadenversicherungen im Versicherungsvertrag vereinbart wird, **begrenzt** die Entschädigung im Schadenfall bzw dient der Feststellung, ob **Unterversicherung** vorliegt.

Man unterscheidet bei Schadenversicherungen zwischen **Vollwertversicherungen** und **Teilwert- oder Erstrisikoversicherungen**.

Bei **Vollwertversicherungen** erfolgt auch bei **Teilschäden** ein vollständiger Ersatz eines eingetretenen Schadens nur dann, wenn die **Versicherungssumme**, welche die Grundlage für die Prämienberechnung darstellt, gleich hoch ist wie der Versicherungswert (Wert des versicherten Interesses bzw des versicherten Vermögensgegenstands). Ist die Versicherungssumme niedriger als der Wert des versicherten Interesses im Zeitpunkt des Schadeneintritts, dann liegt **Unterversicherung** vor. In diesem Fall wird lediglich ein **aliquoter Teil** des tatsächlich entstandenen Schadens ersetzt; der Teil des Schadens, der zu ersetzen ist, errechnet sich aus dem Verhältnis zwischen der Versicherungssumme und dem Versicherungswert im Zeitpunkt des Schadens.

Beispiel

Der Wert eines gegen Feuerschaden versicherten Gebäudes beträgt EUR 2.000.000; die Versicherungssumme für das Gebäude wurde jedoch lediglich mit EUR 1.500.000 bemessen. In diesem Fall ist lediglich eine 75 %ige Deckung des Risikos gegeben, es liegt eine 25 %ige Unterversicherung vor. Tritt an dem Gebäude ein Feuerschaden in Höhe von EUR 100.000 ein, dann wird lediglich eine Versicherungsentschädigung in Höhe von EUR 75.000 (75 % des Schadens) bezahlt.

Die Unterversicherung hat die **Wirkung eines Selbstbehaltes** und kann das subjektive Risiko mindern. Bei **Kleinschäden** ist aber vielfach die Feststellung einer geringen Unterversicherung aus Wirtschaftlichkeitserwägungen nicht möglich; die Versicherungsunternehmen müssen daher in der Regel daran interessiert sein, dass ihre Versicherungsnehmer nicht unterversichert sind, da die Unterversicherung zwar stets zu niedrigeren Prämieneträgen, aus praktischen Gründen aber nicht in jedem Fall zu einer Verminderung der Schadenaufwendungen führt. In der **Haushaltsversicherung**, in der viele Kleinschäden vorkommen, sehen daher die Versicherungsbedingungen bzw Tarife mancher Versicherungsunternehmen vor, dass Unterversicherung im Schadenfall nicht eingewendet wird, wenn die Versicherungssumme mit einem Betrag festgesetzt wird, der sich durch Multiplikation der **Nutzfläche der Wohnung** mit einem von der Ausstattungsqualität abhängigen Faktor ergibt und diese **Pauschalsumme** an allfällige Geldwertänderungen angepasst wird; der Wert von **Wert-**

gegenständen (wertvolle Bilder oder Teppiche, Schmuckgegenstände) muss bei der Bemessung der Versicherungssumme neben dem von der Nutzfläche abgeleiteten Pauschalbetrag natürlich gesondert berücksichtigt werden.

Ist die Versicherungssumme höher als der Versicherungswert, dann liegt **Übersicherung** vor. In diesem Fall kann aufgrund des Bereicherungsverbots nicht mehr als der **tatsächlich entstandene Schaden** ersetzt werden. Eine Übersicherung liegt nicht im Interesse des Versicherungsnehmers, da er aufgrund der zu hohen Versicherungssumme **zu hohe Prämien** entrichtet, für die er keine Gegenleistung in Form einer höheren Versicherungsleistung erhält.

Bei **Teilwert- oder Erstrisikoversicherungen** werden Schäden **bis zur Höhe der Versicherungssumme** voll ersetzt; über die Versicherungssumme hinausgehende Schäden werden nicht ersetzt. Teilwertversicherungen kommen insbesondere in solchen Versicherungssparten vor, in denen die Ermittlung eines Versicherungswertes (Wert des versicherten Interesses oder des versicherten Vermögensgegenstandes) nicht möglich ist, wie zB in den Haftpflichtversicherungssparten oder in der Rechtsschutzversicherungssparte; auch bei Sachversicherungen können für bestimmte Leistungen (zB Aufräumkosten in der Feuerversicherung) Versicherungssummen auf erstes Risiko vereinbart werden.

Beispiel

In einem Haftpflichtversicherungsvertrag ist die Versicherungssumme für Sachschäden mit EUR 60.000 und für Personenschäden mit EUR 200.000 pro Person, limitiert mit EUR 600.000 für das Schadenereignis festgesetzt. Verursacht der Versicherungsnehmer einen Sachschaden, dann werden Ansprüche des Geschädigten bis zur Höhe von EUR 60.000 durch den Haftpflichtversicherer voll gedeckt, darüber hinausgehende Ansprüche des Geschädigten muss hingegen der Versicherungsnehmer selbst tragen. Werden bei einem Ereignis, das der Versicherungsnehmer schuldhaft verursacht hat, drei Personen geschädigt und Sachschäden von EUR 20.000 herbeigeführt und betragen die Ersatzansprüche der Person A EUR 450.000, der Person B EUR 180.000 und der Person C EUR 60.000, dann hat der Haftpflichtversicherer Versicherungsleistungen in Höhe von insgesamt EUR 460.000 (EUR 20.000 + EUR 200.000 + EUR 180.000 + EUR 60.000) zu erbringen.

In der **Kfz-Haftpflichtversicherung** ist die früher übliche **getrennte Festlegung** von Versicherungssummen für Sachschäden, für Personenschäden und für das Schadenereignis bei verschuldensabhängigen Schadenfällen bereits seit längerer Zeit **weggefallen**; für diese Schäden gibt es in der Kfz-Haftpflichtversicherungssparte nur noch eine einheitliche (pauschale) Versicherungssumme für alle Arten von Versicherungsleistungen pro Schadenereignis. Begrenzungen der Entschädigungen pro Person und pro Ereignis gibt es allerdings weiterhin in Haftpflichtfällen, in denen der Fahrzeughalter **verschuldensunabhängig** aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Erfolgshaftung (Gefährdungshaftung) in Anspruch genommen wird; derartige Haftungsfälle, in denen weder ein Verschulden des Fahrzeughalters noch ein Verschulden des Unfallopfers vorliegt, sind allerdings selten (weniger als 10 % aller Schadenfälle).

Bei **Vollwertversicherungen** hat eine **Erhöhung der Versicherungssumme** eine **proportionale Erhöhung** der **Prämien** zur Folge; dh für eine doppelt so hohe Versicherungssumme muss in der Regel eine doppelt so hohe Prämie bezahlt werden. Die **Prämientarife** können

daher in Prozenten oder Promille der Bemessungsgrundlage (Versicherungssumme) ausgedrückt werden; die Prämiensätze können bei Veränderungen des Geldwertes unverändert bleiben, da bei geldwertbedingten Erhöhungen der Versicherungssummen eine proportionale Erhöhung der Prämien eintritt.

Bei **Teilwert(Erstrisiko)versicherungen** steigen hingegen die Prämien im Falle einer Erhöhung der Versicherungssumme nur **unterproportional** an (bei einer Erhöhung der Versicherungssumme von EUR 100.000 auf EUR 200.000 beispielsweise lediglich um 10 %, bei einer Erhöhung der Versicherungssumme von EUR 200.000 auf EUR 400.000 lediglich um weitere 5 %); die unterproportionale Zunahme der Prämien ist darauf zurückzuführen, dass die **Wahrscheinlichkeit eines Großschadens**, der die ursprüngliche Versicherungssumme übersteigt, **wesentlich niedriger** ist als die Wahrscheinlichkeit eines Schadens, der im Rahmen der ursprünglichen Versicherungssumme gelegen ist. Der **Schadenverlauf von Teilwertversicherungen** wird durch **Verminderungen des Geldwerts negativ** beeinflusst, da die Schadenaufwendungen nach Maßgabe der Verminderung des Geldwerts ansteigen, der Anreiz der Versicherungsnehmer, wegen der Geldwertminderung die Versicherungssumme zu erhöhen aber sehr gering ist, da eine Unterversicherung trotz der Geldwertminderung – solange sich diese in Grenzen hält – nur bei ausgesprochenen Großschäden vorkommt; die Erhöhung der Versicherungssumme führt überdies nur zu einer unterproportionalen Prämienerrhöhung, obwohl der Schadenaufwand nach Maßgabe der Geldwertminderung ansteigt. Ein **Ausgleich für die Erhöhung** des (nominellen) **Schadenaufwands** kann lediglich durch eine **Neugestaltung des Prämientarifs** (Anpassung der Prämiensätze an die geänderten Geldwertverhältnisse) erreicht werden. Die Prämientarife für Erstrisikoversicherungen sehen für die einzelnen Tarifkombinationen **absolute Prämienbeträge** für bestimmte Versicherungssummen vor.

In der **Rechtsschutzversicherung** ist in den Versicherungsbedingungen vorgesehen, dass im Falle einer bestimmte Grenzen überschreitenden Erhöhung der Honorartarife der Rechtsanwälte die **Prämien** und Versicherungssummen **angepasst** werden können. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, derartige Erhöhungen zu akzeptieren; im Falle der **Ablehnung** wird aber im Schadenfall eine **Unterversicherung** im prozentuellen Ausmaß der abgelehnten Erhöhung unterstellt. Durch diese Maßnahme wurde die Unterversicherungsregelung in dieser Erstrisiko-Versicherungssparte an die Regelung für Vollwertversicherungen angenähert.

Eine besondere Art der Vollwertversicherung ist die sogenannte **Bruchteilverversicherung**. Bei dieser Versicherung werden **zwei Versicherungssummen** festgelegt: die eine Versicherungssumme bringt den **Versicherungswert** zum Ausdruck und dient der Feststellung, ob eine Unterversicherung vorliegt; die zweite Versicherungssumme, die lediglich einen Bruchteil der ersten Versicherungssumme ausmacht, **begrenzt die Entschädigung** in einem **einzelnen Schadenfall** mit diesem niedrigeren Betrag. Bruchteilverversicherungen sind vor allem für Risiken geeignet, bei denen im Versicherungsfall lediglich ein kleiner Teil der gesamten versicherten Werte zerstört oder beschädigt werden kann (zB Feuer- oder Einbruchdiebstahlversicherungen von Vorräten, die an verschiedenen Lagerstellen lagern). Die Festsetzung der zweiten Versicherungssumme, die die Entschädigung in einem einzelnen Schadenfall begrenzt, ist insbesondere für die **Bemessung der Rückversicherung** durch das Versicherungsunternehmen von Bedeutung.

Summenversicherungen

Bei **Summenversicherungen** werden für den Fall des Eintritts des versicherten Ereignisses **festе Beträge als Versicherungsleistung** vereinbart. Summenversicherungen sind für bestimmte **Personenversicherungen** (Lebensversicherungen einschließlich Berufsunfähigkeitsversicherungen, Unfallversicherungen für den Fall des Todes oder der dauernden Invalidität) erforderlich, da die **Ermittlung des Schadens**, der bei Tod oder bei Invalidität einer Person eintritt, **nicht möglich** ist.

In der **Krankenversicherung** überwiegen die **Schadenversicherungen**; dies gilt für die Heilkostenversicherungen, durch welche die nachgewiesenen Kosten für die Wiedererlangung der Gesundheit bzw der Arbeitskraft ersetzt werden. Die Versicherung von Heilkosten (als Schadenversicherung) ist auch im Rahmen der Unfallversicherung möglich. In der Kranken- und Unfallversicherung kommen **Summenversicherungen** in Form von Taggeldversicherungen vor, die bei Spitalsaufenthalt oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung oder eines Unfalls des Versicherungsnehmers entweder zum pauschalen Ersatz von Kosten, insbesondere aber zum Ersatz von Einnahmementgang die Vergütung eines bestimmten Geldbetrags pro Tag vorsehen.

Bei **Summenversicherungen**, insbesondere bei Taggeldversicherungen, muss – wie bereits erwähnt – darauf geachtet werden, dass es zu **keiner Überversicherung** kommt und damit das subjektive bzw moralische Risiko ansteigt. Diese Gefahr ist bei Ablebensversicherungen gering (die versicherte Person kann nicht in den Genuss der Versicherungsleistung kommen), bei Kranken-Taggeldversicherungen aber nicht zu unterschätzen.

Zu 3.:

In der **Individualversicherung** wird jedes einzelne Risiko aufgrund der **individuellen Gefahrensituation** selbständig versichert und es wird die individuelle Gefahrensituation der **Prämienberechnung** zugrundegelegt.

In der **Sozialversicherung** hingegen werden bei der **Bemessung der Versicherungsbeiträge** soziale Umstände berücksichtigt. Die Sozialversicherungsbeiträge von alleinstehenden Personen, von verheirateten Personen und von Personen mit Kindern sind gleich hoch, obwohl die Höhe des Risikos und damit auch der Versicherungsleistungen für jede dieser Gruppen unterschiedlich sind. Die Versicherungsbeiträge werden überdies zum Teil nach der **finanziellen Leistungsfähigkeit** der versicherten Personen und nicht nach der Höhe des Risikos gestaffelt.

Zu 4.:

Sozialversicherungen sind, damit der erforderliche Risikoausgleich herbeigeführt wird, in der Regel **Zwangsversicherungen**. Es gibt jedoch auch Zwangsversicherungen im Bereich der **Individualversicherungen** (Hinweis auf die Kfz-Haftpflichtversicherung).

Zu 5.:

Die Individualversicherung wird in Österreich von **privatrechtlich organisierten** Versicherungsunternehmen (Versicherungs-Aktiengesellschaften = erwerbswirtschaftliche Unternehmen oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit = genossenschaftliche Unternehmen) betrieben.

Die Träger der Sozialversicherung sind dagegen **Körperschaften des öffentlichen Rechtes**.

IV. Die rechtlichen Grundlagen der Versicherung und die Versicherungsaufsicht

Die wichtigsten rechtlichen Grundlagen des Versicherungsgeschäftes sind das Versicherungsaufsichtsgesetz samt unmittelbar anwendbarem Gemeinschaftsrecht und das Versicherungsvertragsgesetz.

1. Versicherungsaufsichtsgesetz und Gemeinschaftsrecht

Wesentliche Rechtsquelle des Versicherungsaufsichtsrechts ist das **Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 (VAG 2016)**, welches mit 1.1.2016 in Kraft trat. Bis zu diesem Zeitpunkt blieb das VAG 1978 in Geltung. Das VAG 1978 hatte das im Jahr 1939 in Österreich eingeführte deutsche Versicherungsaufsichtsgesetz, das aus dem Jahre 1931 stammte, ersetzt. Das VAG 1978 wurde immer wieder novelliert und in einigen Punkten grundlegend abgeändert. Die wesentlichsten Änderungen betrafen die Einführung der Dienstleistungsfreiheit und die Regeln zur Eigenkapitalausstattung, letztere bekannt unter dem Begriff „Solvency I“.

Mit dem VAG 2016 erfolgte eine grundlegende Neufassung bzw. Neustrukturierung des Versicherungsaufsichtsrechts, vor allem aber die Etablierung des Regelwerkes von „**Solvency II**“: Bereits seit 1999 wurden auf europäischer Ebene Pläne diskutiert, die Versicherungsaufsicht an neue Entwicklungen der Finanzmärkte und geänderte Ansprüche an das Aufsichtssystem anzupassen. Solvency II bedeutet eine grundlegende Reform des Versicherungsaufsichtsrechts, im Speziellen der Solvabilitätsvorschriften (Eigenmittelanforderungen) für Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen. Das bisher statische System zur Bestimmung der Eigenmittelanforderungen von Solvency I wird damit durch ein risikobasiertes System ersetzt. Vor allem auch qualitative Elemente (zB internes Risikomanagement) sollen stärker berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird mit Solvency II angestrebt, eine europaweite Harmonisierung der Aufsicht zu erreichen. Der Einführung von Solvency II gingen eine mehrere teilweise EU-weit durchgeführte Feldstudien (sog. Quantitative Impact Studies [QIS]) voraus, mit welchen die Angemessenheit der vorgeschlagenen Berechnungsmethoden getestet und die Praktikabilität überprüft wurde. Auf Basis der Ergebnisse der QIS wurden immer wieder neue Adaptierungen vorgenommen.

Solvency II war das erste Regelwerk der europäischen Union, das im Versicherungsbereich nach dem sogenannten **Lamfalussy-Verfahren** erlassen wurde. Ziel dieses Gesetzgebungsverfahrens sollte es sein, den Rechtssetzungsprozess zu beschleunigen und effizienter zu gestalten, auch unter Einbindung aller betroffenen Kreise (Aufsichtsbehörden, Versicherungsunternehmen bzw. deren Verbände, Aktuarien und Wirtschaftsprüfer). Das Lamfalussy-Verfahren besteht aus folgenden **vier Rechtssetzungsebenen (Level)**:

- Die erste Ebene (**Level 1**) bildet die Gesetzgebung, die von der Europäischen Kommission vorgeschlagen und vom Europäischen Rat sowie dem Europäischen

Parlament verabschiedet wird. Im Fall von Solvency II bildet die Rahmenrichtlinie 2009/138/EG („**Solvency II-Rahmenrichtlinie**“), welche am 6.1.2010 in Kraft getreten ist, den Grundstock, der sich allerdings auf die wesentlichsten Grundsätze beschränkt.

- Die auf Level 1 verabschiedete Rahmenrichtlinie enthält Ermächtigungen für die Europäische Kommission, **delegierte Rechtsakte auf Level 2** zu erlassen. Im Hinblick auf Solvency II hat die Europäische Kommission die Rahmenrichtlinie auf Level 2 durch eine Verordnung (L2-VO 2015/35) konkretisiert. EU-Verordnungen sind unmittelbar auf einzelstaatlicher Ebene anzuwenden. Unmittelbar anwendbar sind auch die aufgrund einer expliziten Ermächtigung in einem Rechtsakt auf Level 1 oder Level 2 herausgegebenen Technischen Durchführungs- und Regulierungsstandards, die zwar auf Level 3 entwickelt werden, anschließend jedoch von der Europäischen Kommission angenommen und in Form von Verordnungen erlassen werden. Die **Technischen Regulierungsstandards** dienen zur Sicherstellung, dass mittels eines einheitlichen Regelwerks gleiche Wettbewerbsbedingungen und ein angemessener Schutz der Versicherten in der EU gewährleistet werden. Die **Technischen Durchführungsstandards** dienen dazu, die Bedingungen für die Anwendung der vorgenannten Gesetzgebungsakte festzulegen. Im Bereich Versicherungsaufsicht wurden in den Jahren 2015 bzw. 2016 **17 EU-Durchführungsverordnungen** beschlossen, die unmittelbar Geltung auch für die österreichischen Versicherungsunternehmen haben.
- In von den technischen Regulierungs- oder Durchführungsstandards nicht abgedeckten Bereichen kann die EIOPA (European Insurance and Occupational Pensions Authority) zwecks Konvergenz der Aufsichtspraktiken auf **Level 3 Leitlinien und Empfehlungen** zur Anwendung der Rechtsakte der Level 1 und Level 2 entwickeln. Sowohl die Aufsichtsbehörden als auch die Versicherungsunternehmen haben alle erforderlichen Anstrengungen zu unternehmen, um den Leitlinien und Empfehlungen nachzukommen. Bis dato wurden im Bereich der Versicherungsaufsicht **33 Leitlinien** herausgegeben.
- Auf **Level 4** führt die Europäische Kommission gemeinsam mit der EIOPA detaillierte Überprüfungen der nationalen Umsetzungsmaßnahmen und der Aufsichtspraxis durch.

In Österreich erfolgte die **Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie durch das VAG 2016**. Das VAG 2016 sieht wiederum mehr als 30 Verordnungsermächtigungen für die FMA vor, die Anforderungen des neuen Aufsichtsgesetzes im Wege einer Durchführungsverordnung zu präzisieren. Bislang wurden **25 Verordnungen** durch die FMA erlassen, mit denen primär die auf EU-Ebene nicht harmonisierten Bereiche konkretisiert werden. Auf diese Verordnungen wird in diesem Skriptum soweit notwendig an den zutreffenden Stellen verwiesen bzw. eingegangen. Die wesentlichsten Verordnungen sind:

- Versicherungsunternehmen Meldeverordnung – **VU-MV**
- Versicherungsunternehmen Verzeichnisverordnung – **VU-VerzV**
- Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – **LV-GBV**
- Lebensversicherung Informationspflichtenverordnung – **LV-InfoV**

- Lebensversicherung Gewinnplanverordnung – **LV-GPV**
- Lebensversicherung Versicherungsmathematische Grundlagen-Verordnung – **LV-VMGV**
- Versicherungsunternehmen-Höchstzinssatzverordnung – **VU-HZV**
- Schwankungsrückstellungs-Verordnung 2016 – **VU-SWRV 2016**
- Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen – **VU-RLV**
- Krankenversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – **KV-GBV**
- Krankenversicherung Informationspflichtenverordnung – **KV-InfoV**
- Versicherungsunternehmen Kapitalanlageverordnung – **VU-KAV**

Das **VAG 2016** selbst besteht aus **14 Hauptstücken** und gliedert sich wie folgt:

1. Allgemeine Bestimmungen
2. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
3. Kleine Versicherungsunternehmen
4. Vorschriften für bestimmte Versicherungsarten
5. Governance
6. Informationspflichten und Wohlverhaltensregeln beim Versicherungsvertrieb
7. Rechnungslegung und Konzernrechnungslegung
8. Solvabilität
9. Gruppenaufsicht
10. Informationen
11. Aufsichtsbehörde und Verfahren
12. Deckungsstock, Auflösung eines Versicherungsunternehmens, exekutions- und insolvenzrechtliche Bestimmungen
13. Strafbestimmungen
14. Übergangs- und Schlussbestimmungen

Einige der **wesentlichsten Bestimmungen des VAG 2016** betreffen die nachstehenden Themen:

Anwendungsbereich

Der **Beaufsichtigung nach den Bestimmungen des VAG** unterliegen prinzipiell:

- Versicherungsunternehmen und Rückversicherungsunternehmen mit Sitz im Inland
- Kleine Versicherungsunternehmen
- Kleine Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- Drittlands-Versicherungsunternehmen und Drittlands-Rückversicherungsunternehmen
- EWR-Versicherungsunternehmen und EWR-Rückversicherungsunternehmen
- Versicherungsholdinggesellschaften und gemischte Finanzholdinggesellschaften
- Vermögensverwaltungsvereine und Privatstiftungen
- Bestimmte Zweckgesellschaften

Gegenstand der Versicherungsaufsicht sind in erster Linie Unternehmen, die den **Betrieb der Vertragsversicherung** zum Gegenstand haben (Versicherungsunternehmen); damit wird der Gegensatz zur Sozialversicherung festgemacht. Für den Begriff „Versicherung“ gibt es

allerdings weder im Versicherungsaufsichtsrecht noch im Versicherungsvertragsrecht eine Legaldefinition.

Wesentliche Elemente des **aufsichtsrechtlichen Versicherungsbegriffs** sind:

- **Ungewissheit (Zufallsabhängigkeit)** des Eintritts oder des Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls; im Unterschied zur Wette ist es bei einer Versicherung wesentlich, dass der mögliche Versicherungsfall Veranlassung zur Vorsorge bietet (etwa um einen möglichen Schaden auszugleichen [Schadenversicherung] oder um einen Bedarf an finanziellen Mitteln zu decken [Summenversicherung, zB Rentenversicherung])
- Planmäßige Übernahme des wirtschaftlichen Risikos (**Gewerbsmäßigkeit**)
- **Entgeltlichkeit** der Leistung des Versicherungsunternehmens
- **Rechtsanspruch** des Versicherten auf die Leistung des Versicherungsunternehmens
- **Selbständigkeit der Leistungszusage** des Versicherungsunternehmens
- **Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl** durch den Abschluss einer Vielzahl von Versicherungsverträgen

Die **Entscheidung** darüber, ob ein Unternehmen dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterliegt, trifft die Finanzmarktaufsicht (FMA). Zweifelsfragen, ob eine Transaktion als Versicherungsgeschäft anzusehen ist, können sich insbesondere bei der Vereinbarung von Pauschalentgelten für bestimmte Serviceleistungen, deren Umfang im Einzelfall größeren Schwankungen unterliegen kann, ergeben. Die Entscheidung darüber, ob ein Versicherungsgeschäft vorliegt, kann auch von Bedeutung dafür sein, ob das Entgelt der Versicherungssteuer oder der Umsatzsteuer unterliegt.

Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland (**inländische Versicherungsunternehmen**) bedürfen der Konzession der FMA. Maßgeblich ist der satzungsmäßige Sitz. Inländische Versicherungsunternehmen unterliegen dem VAG ohne Einschränkungen.

Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat (**EWR-Versicherungsunternehmen**) unterliegen grundsätzlich nicht dem VAG. Sie üben ihre Tätigkeit im Inland aufgrund der in ihrem Sitzstaat erteilten Zulassung aus (**Prinzip der einheitlichen Zulassung**) und werden von der Aufsichtsbehörde ihres Sitzstaates überwacht (**Prinzip der Herkunftsstaatkontrolle**).

Versicherungsunternehmen, die ihren Sitz außerhalb des EWR haben (**Drittland-Versicherungsunternehmen**), dürfen die Vertragsversicherung im Inland nur betreiben, wenn sie im Inland eine Zweigniederlassung errichtet und eine Konzession der FMA haben. Diese Konzession ist auf das Inland beschränkt. Die Zweigniederlassung unterliegt in vollem Umfang den Vorschriften des VAG. Ein Betrieb im Inland liegt vor, wenn Versicherungsverträge im Inland abgeschlossen werden oder für sie im Inland geworben wird. Versicherungsverträge, die ein Versicherungsnehmer bei einem Drittland-Versicherungsunternehmen während eines Aufenthaltes im betreffenden Staat oder unter Einsatz von Fernkommunikationsmittel (Telefon, Internet) abschließt (**Korrespondenzverträge**) sind nicht vom VAG umfasst.

Reine Rückversicherungsunternehmen, also Unternehmen, die ausschließlich die Rückversicherungsübernahme (sog. indirektes Geschäft) zum Gegenstand haben, unterliegen der gleichen Aufsicht wie alle anderen Versicherungsunternehmen.

Der Begriff der „**kleinen Versicherungsunternehmen**“ wurde erst durch das VAG 2016 eingeführt und ist durch die folgenden kumulativen Größenmerkmale definiert:

- die jährlichen Prämien übersteigen nicht EUR 5 Mio.
- die versicherungstechnischen Rückstellungen übersteigen nicht EUR 25 Mio.
- die Prämien und die versicherungstechnischen Rückstellungen aus der übernommenen Rückversicherung übersteigen nicht 10% der Prämien bzw. der versicherungstechnischen Rückstellungen des direkten Geschäfts

Für kleine Versicherungsunternehmen gelten besondere, sehr abgeschwächte Bestimmungen, die im 3. Hauptstück des VAG normiert sind. Gegenwärtig sind diese Bestimmungen in Österreich ohne praktische Relevanz.

Kleine Versicherungsvereine sind Versicherungsunternehmen in der Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, die ihre Tätigkeit grundsätzlich auf das Gebiet eines Bundeslandes und den Betrieb der Versicherungszweige „Feuer und Elementarschäden“ und „Sonstige Sachschäden“ beschränken und maximal 20.000 Mitglieder haben. Kleine Versicherungsvereine unterliegen sehr vereinfachten Vorschriften über das Eigenmittelerfordernis, die Kapitalveranlagung und die Rechnungslegung, die im Einzelnen per Verordnung durch die FMA festgesetzt werden; grundsätzlich gelten die Bestimmungen des zweiten Abschnitts im zweiten Hauptstück des VAG. Große Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit nehmen dagegen aufsichtsrechtlich keine Sonderstellung ein.

Versicherungsholdinggesellschaften sind Unternehmen, die an der Spitze einer Gruppe von Unternehmen stehen, von denen zumindest eines ein Versicherungsunternehmen ist (**Versicherungsgruppe**). **Gemischte Finanzholdinggesellschaften** sind Unternehmen, die an der Spitze einer Gruppe von Unternehmen stehen, von denen zumindest eines ein Versicherungsunternehmen und eines eine Bank oder eine Wertpapierfirma ist (**Finanzkonglomerat**). Sie werden nach dem VAG beaufsichtigt, wenn das beteiligte Unternehmen ein Versicherungsunternehmen ist.

Vermögensverwaltungsvereine sind Versicherungsvereine, die nach Einbringung des gesamten Versicherungsbetriebes eines Versicherungsvereines in eine Aktiengesellschaft bestehen bleiben. Vermögensverwaltungsvereine sind nach der Einbringung keine Versicherungsunternehmen mehr und unterliegen nur mehr eingeschränkt der Aufsicht. **Privatstiftungen** sind für die Versicherungsaufsicht nur dann relevant, wenn sie durch Umwandlung eines Vermögensverwaltungsvereines entstanden sind. Der FMA obliegt in diesem Fall weiterhin die Überwachung zur Wahrung der Interessen der Begünstigten, zu denen die Mitglieder des Vereins durch Umwandlung mutiert sind.

Eine **Zweckgesellschaft** ist ein Unternehmen, das Risiken von Versicherungsunternehmen übernimmt und vollständig durch die Emission von Schuldtiteln absichert, bei denen die Rückzahlungsansprüche der Kapitalgeber gegenüber den Ansprüchen der

Versicherungsunternehmen aus der Risikoübernahme nachrangig sind. Zweckgesellschaften bedürfen einer Konzession der FMA, Einzelheiten sind gemeinschaftsrechtlich geregelt.

Auch insoweit Versicherungsgeschäfte betrieben werden, sind **von der Anwendung des VAG ausgenommen**:

- **Pensionskassen** (unterliegen dem Pensionskassengesetz)
- **Körperschaften öffentlichen Rechts**, die mit ihren Mitgliedern Verträge in Versicherungszweigen der Personenversicherung abschließen (gemeint sind nicht Sozialversicherungsträger, sondern gesetzliche Interessenvertretungen [Kammern])
- Einrichtungen, die anlässlich eines Unfalls oder einer Panne mit einem Kraftfahrzeug **Beistandsleistungen** erbringen (zB Pannenhilfe vor Ort)

Konzession

Der Betrieb der Vertragsversicherung im Inland bedarf der Konzession der FMA (§ 6 Abs. 1 VAG - **Konzessionszwang**). Die Erteilung der Konzession ist an einen **Antrag des Konzessionswerbers** gebunden.

Es gilt der Grundsatz der **Spartentrennung** (vgl. Abschnitt IV.1.).

Eine Konzession gilt jeweils für einen **bestimmten Versicherungszweig** oder Teile eines solchen (**Grundsatz der Einzelkonzession**). Die **Einteilung der Versicherungszweige** ergibt sich aus der Anlage A zum VAG (hier: verkürzte Darstellung):

1. Unfall
2. Krankheit
3. Landfahrzeug-Kasko (ohne Schienenfahrzeuge)
4. Schienenfahrzeug-Kasko
5. Luftfahrzeug-Kasko
6. See-, Binnensee- und Flussschiffahrtskasko
7. Transportgüter
8. Feuer- und Elementarschäden (Sachschäden, soweit sie nicht unter Z 3 bis 7 fallen, die verursacht werden durch Feuer, Explosion, Sturm, andere Elementarschäden, Kernenergie, Bodensenkungen oder Erdbeben)
9. Sonstige Sachschäden (soweit sie nicht unter die Z 3 bis 7 fallen, die durch Hagel oder Frost sowie durch Ursachen aller Art [wie zB Diebstahl] hervorgerufen werden, soweit diese Ursachen nicht durch Z 8 erfasst sind)
10. Haftpflicht für Landfahrzeuge mit eigenem Antrieb
11. Luftfahrzeug-Haftpflicht
12. See-, Binnensee- und Flussschiffahrt-Haftpflicht
13. Allgemeine Haftpflicht (alle Haftpflichtfälle, die nicht unter Z 10 bis 12 fallen)
14. Kredit
15. Kautions
16. Verschiedene finanzielle Verluste
17. Rechtsschutz

18. Beistandsleistungen zugunsten von Personen, die sich auf Reisen [...] befinden
19. Leben (soweit nicht unter den Z 20 bis 22 erfasst)
20. Heirats- und Geburtenversicherung
21. Fondsgebundene und indexgebundene Lebensversicherung
22. Tontinengeschäfte
23. Rückversicherung (getrennt nach Nichtlebensrückversicherung und Lebensrückversicherung)

Versicherungsunternehmen dürfen außer der Vertragsversicherung nur solche Geschäfte betreiben, die mit dieser in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Als Geschäfte, die **mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen** können, nennt das VAG ausdrücklich die Vermittlung von Bausparverträgen, Leasingverträgen und Investmentfondsanteilen, die Erbringung von Dienstleistungen im EDV-Bereich und den Vertrieb von Kreditkarten.

Die Konzession eines inländischen Versicherungsunternehmens gilt nicht nur für das Inland, sondern für den gesamten EWR-Raum (§ 7 Abs. 1 VAG; **Prinzip der einheitlichen Zulassung**).

Konzessionsvoraussetzungen

Versicherungsunternehmen dürfen nur in der **Rechtsform** der **Aktiengesellschaft**, der Europäischen Gesellschaft (**Societas Europea [SE]**) oder des **Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit** betrieben werden (§ 8 Abs 1 VAG).

Die **SE** ist eine auf EU-Recht beruhende Aktiengesellschaft. Sie SE unterscheidet sich von einer Aktiengesellschaft nach österreichischen Recht vor allem dadurch, dass sie neben dem dualistischen System (Aufsichtsrat als kontrollierendes Organ und Vorstand als leitendes Organ) auch das im angloamerikanischen Raum übliche monistische System zulässt (Verwaltungsrat als einziges Leitungsorgan). Eine SE kann ihren Sitz unter Wahrung der rechtlichen Identität in jeden anderen Vertragsstaat verlegen.

Der **Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit** ist eine besondere Rechtsform für den Betrieb der Vertragsversicherung und ähnelt der Genossenschaft. Wesentlich für den Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ist, dass nur Mitglied werden kann, wer mit dem Verein einen Versicherungsvertrag abschließt. Die Mitglieder haben das Recht auf Teilnahme an der Verwaltung (im Rahmen der Mitgliederversammlung oder Mitgliedervertretung, die an die Stelle der Hauptversammlung einer Aktiengesellschaft tritt) und auf finanzielle Beteiligung am Jahresüberschuss oder Liquidationserlös. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit können sich in eine Aktiengesellschaft umwandeln (formwechselnde Umwandlung); die Mitglieder werden entweder Aktionäre oder sie werden mit ihren vermögensrechtlichen Ansprüchen abgefunden. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit können aber auch ihren gesamten Versicherungsbetrieb in eine Aktiengesellschaft einbringen (vgl. §§ 62-65 VAG); der Verein bleibt diesfalls als Eigentümer der Aktiengesellschaft bestehen (Vermögensverwaltungsverein). Vermögensverwaltungsvereine können sich in Folge formwechselnd in eine Privatstiftung umwandeln, die Mitglieder des Vereins mutieren

zu Begünstigten der Privatstiftung. Der Vermögensverwaltungsverein oder die Privatstiftung sind aufzulösen, wenn ihnen kein maßgeblicher Einfluss mehr auf den eingebrachten Geschäftsbetrieb zukommt. Letzteres wird dann angenommen, wenn der Anteil an der Aktiengesellschaft unter 26% sinkt.

Die **Konzession ist zu versagen**, wenn (§ 8 Abs. 2 VAG) ...

- die **Hauptverwaltung nicht im Inland** gelegen ist,
- nach dem Geschäftsplan die Belange der Versicherungsnehmer und der Anspruchsberechtigten nicht ausreichend gewahrt, insbesondere die **Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen** nicht als dauernd erfüllbar anzusehen sind,
- das Unternehmen nicht über die anrechenbaren Basiseigenmittel verfügt, um die **absolute Untergrenze der Kapitalanforderung** zu bedecken,
- das Unternehmen nicht nachweisen kann, dass es in der Lage sein wird, die anrechenbaren Eigenmittel zu halten, um die **Solvenzkapitalanforderung** laufend zu bedecken,
- das Unternehmen nicht nachweisen kann, dass es in der Lage sein wird, die anrechenbaren Basiseigenmittel zu halten, um die **Mindestkapitalanforderung** laufend zu bedecken,
- das Unternehmen nicht nachweisen kann, dass es in der Lage sein wird, die Bestimmungen hinsichtlich des **Governance-Systems** einzuhalten,
- der Vorstand nicht aus mindestens zwei Personen besteht [...] oder die Satzung nicht jede **Einzelvertretungsbefugnis, Einzelprokura oder Einzelhandlungsvollmacht** für den gesamten Geschäftsbetrieb ausschließt,
- Personen, die eine qualifizierte Beteiligung am Unternehmen halten, nicht den im Interesse einer **soliden und umsichtigen Führung des Versicherungsunternehmens** zu stellenden Ansprüchen genügen,
- zu erwarten ist, dass durch **enge Verbindungen des Unternehmens mit anderen juristischen oder natürlichen Personen** oder **Schwierigkeiten bei der Anwendung von Rechts- oder Verwaltungsvorschriften eines Drittlands** [...] die FMA an der ordnungsgemäßen Erfüllung ihrer Überwachungspflicht gehindert wird,
- aufgrund der **mangelnden Transparenz der Gruppenstruktur** die Interessen der Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten beeinträchtigt werden oder die FMA an der ordnungsgemäßen Erfüllung ihrer Überwachungspflicht gehindert wird, oder
- bei Beantragung der Konzession zum Betrieb des Versicherungszweiges Kfz-Haftpflichtversicherung [...] Name und Anschrift sämtlicher bestellter **Schadenregulierungsbeauftragten** nicht mitgeteilt werden.

Geschäftsplan

Mit dem **Antrag auf Erteilung der Konzession** ist ein **Geschäftsplan** vorzulegen (§ 10 VAG).

Der Geschäftsplan hat zu enthalten:

- die **Art der Risiken**, die das Versicherungsunternehmen decken will, im Fall der übernommenen Rückversicherung auch die Art der Rückversicherungsverträge, die das Rückversicherungsunternehmen mit Vorversicherern abschließen will
- die **Grundzüge der Rückversicherung** und Retrozession
- die **Basiseigenmittelbestandteile** zur Bedeckung der absoluten Untergrenze der Mindestkapitalanforderung
- die **Schätzung der Aufwendungen für den Aufbau der Verwaltung und des Vertriebes** und den Nachweis, dass die dafür erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen
- für den Betrieb des Versicherungszweiges „Beistandsleistungen“ Angaben über die Mittel, über die das Unternehmen verfügt, um die zugesagten Beistandsleistungen zu erfüllen

Zusätzlich muss der Geschäftsplan **für die ersten drei Geschäftsjahre** folgende Angaben enthalten:

- eine **Prognose der Solvenzbilanz**
- **Schätzungen der künftigen Solvenzkapitalanforderung** auf der Grundlage der Prognose der Solvenzbilanz sowie die Berechnungsmethode zur Ableitung dieser Schätzungen
- **Schätzungen der Mindestkapitalanforderung** auf der Grundlage der Prognose der Solvenzbilanz sowie die Berechnungsmethode zur Ableitung dieser Schätzungen
- **Schätzungen der finanziellen Ressourcen**, die voraussichtlich zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen (laut Solvenzbilanz), der Mindesteigenkapitalanforderung und der Solvenzkapitalanforderung zur Verfügung stehen
- in Bezug auf die **Nicht-Lebensversicherung** und die **Rückversicherung** auch die voraussichtlichen **Provisionsaufwendungen** und die **sonstigen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb** (ohne die Aufwendungen für den Aufbau der Verwaltung) und das voraussichtliche **Prämienaufkommen** und die voraussichtlichen **Versicherungsleistungen**
- in Bezug auf die **Lebensversicherung** auch einen Plan, aus dem die Schätzungen der **Einnahmen und Ausgaben bei Direktgeschäften** wie auch im aktiven und passiven Rückversicherungsgeschäft im Einzelnen hervorgehen

Die **Satzung** gehört zum Geschäftsplan, wenn das Unternehmen noch keine Konzession zum Betrieb der Vertragsversicherung besitzt.

Erlöschen der Konzession

§ 12 VAG enthält die Vorschriften über das Erlöschen der Konzession. Demnach **erlischt die Konzession** bei

- **Nichtausübung:** Das Versicherungsunternehmen nimmt den Betrieb innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Konzession nicht auf oder hat ihn seit mehr als sechs Monaten eingestellt.
- **Verzicht:** Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf die Ausübung des Betriebes.
- **Übertragung des Versicherungsbestandes:** Das Versicherungsunternehmen überträgt den gesamten Versicherungsbestand eines Versicherungszweiges auf ein anderes Versicherungsunternehmen.
- **Sitzverlegung:** Eine SE verlegt ihren Sitz in einen anderen Vertragsstaat.
- **Verlust der Konzession im Sitzstaat:** Ein Drittland-Versicherungsunternehmen, das eine Zweigniederlassung im Inland errichtet hat, verliert seine Konzession im Sitzstaat.

Das **Erlöschen** der Konzession **bewirkt**, dass **keine neuen Versicherungsverträge mehr abgeschlossen** werden dürfen und bestehende Versicherungsverträge **ehestmöglich beendet** werden müssen.

Widerruf der Konzession

§ 285 Abs. 1 VAG enthält die Vorschriften über den **Widerruf der Konzession**. Demnach hat die FMA die Konzession zu widerrufen, wenn

- die **Voraussetzungen für die Erteilung der Konzession nicht mehr erfüllt** sind
- das Versicherungsunternehmen **in schwerwiegender Weise Pflichten verletzt**, die ihm nach den Vorschriften des VAG, nach dem Geschäftsplan oder auf Grund von Anordnungen der FMA obliegen
- über das Vermögen des Versicherungsunternehmens das **Konkursverfahren eröffnet** oder das Versicherungsunternehmen auf andere Weise aufgelöst wurde oder
- das Versicherungsunternehmen **nicht über ausreichende anrechenbare Basis-eigenmittel** zur Bedeckung der Mindestkapitalanforderung verfügt und die FMA der Auffassung ist, dass der vorgelegte Finanzierungsplan offensichtlich unzureichend ist oder es dem betreffenden Unternehmen nicht gelingt innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Nichtbedeckung der Mindestkapitalanforderung den Finanzierungsplan zu erfüllen

Auch der **Widerruf** der Konzession **bewirkt**, dass **keine neuen Versicherungsverträge mehr abgeschlossen** werden dürfen und bestehende Versicherungsverträge **ehestmöglich beendet** werden müssen.

Zusätzliche Konzessionen

Aus dem Grundsatz der Einzelkonzession ergibt sich, dass ein Versicherungsunternehmen, das bereits eine oder mehrere Konzessionen besitzt, zum Betrieb weiterer Versicherungszweige einer **zusätzlichen Konzession** bedarf. Auch mit dem Antrag auf

zusätzliche Konzession ist ein **Geschäftsplan** im Sinne der Bestimmungen des § 10 Abs. 2 und 3 VAG vorzulegen.

Geschäftsplanänderungen

Weite Teile des Geschäftsplans werden mit Erteilung der Konzession gegenstandslos. Im laufenden Geschäftsbetrieb sind daher folgende Punkte von Belang:

- **Änderungen der Art der versicherten Risiken** sind der FMA anzuzeigen. Dies gilt auch bei Änderungen der Art der Rückversicherungsverträge in der übernommenen Rückversicherung.
- **Änderungen der Grundsätze der Rückversicherungsabgabe** sind im Gegensatz zum VAG 1978 nicht mehr anzeigepflichtig.
- **Änderungen der Satzung** eines inländischen Versicherungsunternehmens bedürfen der Genehmigung durch die FMA.
- Die **beabsichtigte Errichtung einer Zweigniederlassung in einem Drittstaat** durch ein inländisches Versicherungsunternehmen ist der FMA anzuzeigen.

Änderung der Beteiligungsverhältnisse (Aktionärskontrolle)

Der **beabsichtigte Erwerb** von mindestens 10% des Grundkapitals oder der Stimmrechte einer inländischen Versicherungsgesellschaft oder einer SE und in Folge das Überschreiten der Schwellen von 20%, 30% und 50% sind seitens des Erwerbers der FMA anzuzeigen. Der FMA sind auch die **Aufgabe einer bestehenden Beteiligung** und ihre **Verringerung** anzuzeigen; es gelten die gleichen Schwellenwerte wie beim Erwerb. Die anzeigepflichtigen Tatbestände sind der FMA auch vom betroffenen Versicherungsunternehmen anzuzeigen, sobald dieses davon Kenntnis erlangt. Unabhängig davon müssen die Versicherungsunternehmen einmal jährlich **Informationen über die aktuellen Aktionäre und die Höhe ihrer Beteiligungen** melden.

Die FMA hat eine **Beurteilung des (potentiellen) Erwerbers** durchzuführen und kann den Erwerb im Extremfall sogar **untersagen**. Wurden Anteilsrechte trotz Untersagung durch die FMA erworben, so ruhen die damit verbundenen Stimmrechte.

Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit

Grundsätzliches zur **Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit** vorweg:

- **Herkunftsstaat** ist jener Staat, in dem das Versicherungsunternehmen seinen Sitz hat.
- **Aufnahmestaar** ist jener Staat, in dem ein Versicherungsunternehmen den Betrieb der Vertragsversicherung über eine Zweigniederlassung oder im Dienstleistungsverkehr ausüben möchte oder ausübt.

- Eine **Zweigniederlassung** liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen selbst eine **ständige Präsenz** in Form eines Büros mit eigenem Personal in einem anderen Mitgliedstaat unterhält oder sich eines ständig beauftragten, in diesem Mitgliedstaat ansässigen Vertreters bedient, der ein ausschließlich für das Versicherungsunternehmen tätiges Büro leitet.
- **Dienstleistungsverkehr** liegt vor, wenn Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem Mitgliedstaat Versicherungsverträge über in einem anderen Mitgliedstaat belegene Risiken **nicht über eine in diesem Mitgliedstaat errichtete Zweigniederlassung** abschließen.
- Das **Risiko** ist grundsätzlich in dem Mitgliedstaat **belegen**, in dem der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder, wenn er keine natürliche Person ist, in dem Staat, in dem sich das Unternehmen, die Betriebsstätte oder die sonstige Einrichtung befindet, auf die sich der Versicherungsvertrag bezieht.

Der **Grundsatz der einheitlichen Zulassung** besagt, dass Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem Mitgliedstaat berechtigt sind, in jedem anderen Mitgliedstaat den Betrieb der Vertragsversicherung über eine Zweigniederlassung oder im Dienstleistungsverkehr auszuüben, ohne dass sie dafür einer besonderen Zulassung bedürfen. Zur Errichtung einer Zweigniederlassung oder zur Aufnahme des Dienstleistungsverkehrs in einem anderen Mitgliedstaat bedarf es lediglich der **Durchführung eines Verständigungsverfahrens (Notifizierungsverfahren)**. Zuständig für die Durchführung des Verständigungsverfahrens ist immer die Behörde im Sitzstaat des Versicherungsunternehmens (Herkunftsstaatbehörde). Die Behörde im Aufnahmestaat ist im Wesentlichen Empfängerin von Informationen. Die Berechtigung zur Ausübung der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit ist jedoch immer an das Bestehen einer aufrechten Konzession gebunden.

Bestandsübertragung

Ein Versicherungsunternehmen kann mit Genehmigung der FMA seinen **Versicherungsbestand** ohne Zustimmung der Versicherungsnehmer **zur Gänze oder teilweise auf ein anderes Versicherungsunternehmen übertragen** (§ 28-32 VAG).

Die Genehmigung einer Bestandsübertragung ist zu **versagen**, wenn die **Interessen der betroffenen Versicherten nicht ausreichend gewahrt** sind. Die Genehmigung ist ebenfalls zu versagen, wenn

- **nachteilige Auswirkungen der Übertragung auf das Gesamtgeschäft des übernehmenden Versicherungsunternehmens** zu befürchten sind,
- das übernehmende Versicherungsunternehmen unter Berücksichtigung der Bestandsübertragung **nicht über die erforderlichen Eigenmittel** verfügt, um die Solvenzkapitalanforderung zu decken, oder
- die Gefahr besteht, dass das übernehmende Unternehmen unter Berücksichtigung der Bestandsübertragung innerhalb von drei Jahren **nicht mehr die Solvenzkapitalanforderung oder die Mindestkapitalanforderung erfüllen** wird.

Den Vorschriften über die Bestandsübertragung unterliegen auch Rechtsgeschäfte, die eine **Gesamtrechtsnachfolge** bewirken (Verschmelzungen, Einbringungen, Spaltungen). Die **Konzession erlischt** durch Übertragung des gesamten Bestandes eines Versicherungszweiges.

Das übernehmende Versicherungsunternehmen hat Versicherungsnehmern, welche Versicherungsverträge über im Inland belegene Risiken abgeschlossen haben, die Bestandsübertragung unverzüglich nach der Genehmigung durch die FMA mitzuteilen. Die Versicherungsnehmer sind berechtigt, den Versicherungsvertrag zum Ende der Versicherungsperiode, in der sie von der Bestandsübertragung Kenntnis erlangt haben, zu kündigen.

Inhalt des Versicherungsvertrags

Ein Direktversicherungsvertrag über im Inland belegene Risiken hat insbesondere Bestimmungen zu enthalten:

- über die Ereignisse, bei deren Eintritt der Versicherer zu einer **Leistung verpflichtet** ist, und über die Fälle, in denen aus besonderen Gründen diese Pflicht ausgeschlossen oder aufgehoben sein soll,
- über die **Art, den Umfang und die Fälligkeit der Leistungen** des Versicherers,
- über die **Feststellung und Leistung des Entgelts**, das der Versicherungsnehmer an den Versicherer zu entrichten hat, und über die Rechtsfolgen, die eintreten, wenn er damit in Verzug ist,
- über die **Dauer des Versicherungsvertrages**, insbesondere ob und auf welche Weise er stillschweigend verlängert, ob, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt er gekündigt oder sonst ganz oder teilweise aufgehoben werden kann, und über die Verpflichtungen des Versicherers in diesen Fällen,
- über den **Verlust des Anspruchs** aus dem Versicherungsvertrag, wenn Fristen versäumt werden und
- in der Lebensversicherung außerdem über die Voraussetzung und den Umfang der **Gewährung von Vorauszahlungen auf Polizzen**.

Das **Geschlecht des Versicherungsnehmers** darf **nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen** führen. Unterschiedliche Risiken bei Männern oder Frauen (zB Lebenserwartung, Schwangerschaft, Unfallhäufigkeit) darf also nicht bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden. Eine gegen dieses Verbot verstoßende Vertragsbestimmung ist auch zivilrechtlich unwirksam.

Sondervorschriften für die Lebensversicherung

Versicherungsunternehmen, welche die Lebensversicherung betreiben, haben der FMA die **versicherungsmathematischen Grundlagen**, die für die Erstellung der Tarife und die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen verwendet werden, vorzulegen. Die Vorlage hat vor der erstmaligen Anwendung zu erfolgen. Änderungen und Ergänzungen der versicherungsmathematischen Grundlagen sind ebenfalls vor deren Anwendung der FMA

vorzulegen. Die FMA kann die Verwendung versicherungsmathematischer Grundlagen versagen, wenn die geltenden Vorschriften oder anerkannten Grundsätzen eines ordnungsgemäßen Geschäftsbetriebs widersprechen. In der fonds- und indexgebundenen Lebensversicherung, der prämienbegünstigten Zukunftsvorsorge und der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung umfassen die versicherungsmathematischen Grundlagen auch die Grundsätze für die Kapitalveranlagung.

Die **Prämien** für neu abgeschlossene Versicherungsverträge müssen nach versicherungsmathematisch begründeten Annahmen ausreichen, um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten und insbesondere die **Bildung angemessener versicherungstechnischer Rückstellungen** zu ermöglichen.

Bei Lebensversicherungen mit **Gewinnbeteiligung** muss den Versicherungsnehmern ein angemessener Teil des Überschusses zugute kommen. Die **Mindestgewinnbeteiligung** ist gegenwärtig in der **Lebensversicherungs-Gewinnbeteiligungsverordnung** mit **85%** festgesetzt; die genannte Verordnung regelt detailliert, wie die Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung zu ermitteln ist.

Der garantierten Versicherungssumme liegt eine im Versicherungsvertrag vereinbarte Verzinsung der Kapitalanlagen zugrunde (**Rechnungszins**). Der Rechnungszins muss so vorsichtig kalkuliert werden, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der Erzielung entsprechender Überschüsse gerechnet werden kann. Der Rechnungszins darf während der Vertragslaufzeit nicht verändert werden. Um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, setzt die FMA per Verordnung einen Höchstzinssatz fest (**Höchstzinssatzverordnung**). Es ist dabei nicht zulässig, den Höchstzinssatz in jedem Fall anzuwenden. Der Garantiezins muss gegebenenfalls auf Null reduziert werden, was inhaltlich einer bloßen Kapitalgarantie entspricht. Zur Sicherstellung der Erbringung der Garantieleistungen in einem Niedrigzinsumfeld wurde in Österreich 2013 eine **Zinszusatzrückstellung** eingeführt (ebenfalls geregelt in der Höchstzinssatzverordnung). Die Zinszusatzrückstellung ist als Bestandteil der Deckungsrückstellung in der Lebensversicherung abzubilden.

Sondervorschriften für die Krankenversicherung

Krankenversicherungsverträge dürfen im Inland generell nur **auf Lebenszeit des Versicherten** abgeschlossen werden, das ordentliche Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens ist laut Versicherungsvertragsgesetz ausgeschlossen. Eine Befristung ist nur zulässig, wenn sie weniger als ein Jahr beträgt (zB Reisekrankenversicherung). Zum Ausgleich für die langfristige Bindung ist das Versicherungsunternehmen grundsätzlich berechtigt, einseitig die Prämien zu erhöhen oder den Versicherungsschutz zu ändern, etwa durch Einführung von Selbstbehalten.

Die **nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung** unterliegt im Wesentlichen ähnlichen Bestimmungen wie die Lebensversicherung (hinsichtlich versicherungsmathematischer Grundlagen und Prämienkalkulation).

Sondervorschriften für die Kfz-Haftpflichtversicherung

Die Konzession zum Betrieb der Kfz-Haftpflichtversicherung darf nur erteilt werden, wenn das Versicherungsunternehmen in jedem anderen Mitgliedstaat einen **Schadenregulierungsbeauftragten** bestellt. Der Schadenregulierungsbeauftragte hat die Aufgabe, für das Versicherungsunternehmen Schäden zu erledigen, die Personen, die ihren Wohnsitz oder Sitz in dem Staat haben, für den er bestellt ist, in einem anderen Staat, dessen nationales Versicherungsbüro dem System der Grünen Karte beigetreten ist, mit einem Fahrzeug zugefügt worden sind, das seinen gewöhnlichen Standort in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnsitz- oder Sitzstaat des Geschädigten hat und das beim Sitz oder einer in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnsitz- oder Sitzstaat des Geschädigten gelegenen Zweigniederlassung eines Versicherungsunternehmens mit Sitz im Inland oder bei der inländischen Zweigniederlassung eines Drittland-Versicherungsunternehmens versichert ist.

Versicherungsunternehmen, die in einem anderen Vertragsstaat die Kfz-Haftpflichtversicherung über eine Zweigniederlassung oder im Dienstleistungsverkehr betreiben wollen, müssen ihren Beitritt zum nationalen Versicherungsbüro und zum Garantiefonds dieses Staates nachweisen (Hinweis auf das **Grüne-Karte-System**).

Sondervorschriften für sonstige Versicherungszweige

Für die **Unfallversicherung nach Art der Lebensversicherung** (Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr; Kombination einer Unfallversicherung mit einer gemischten Er- und Ablebensversicherung) gelten analoge Vorschriften wie in der Lebensversicherung.

Versicherungsunternehmen, welche die **Rechtsschutzversicherung** neben anderen Versicherungszweigen der Schadenversicherung betreiben, müssen die Schadenregulierung entweder von ähnlichen Tätigkeiten in den anderen Versicherungszweigen trennen oder aber auf ein anderes Versicherungsunternehmen übertragen. Durch diese Vorschriften sollen negative Auswirkungen von **Interessenkollisionen** (etwa mit dem Betrieb der Kfz-Haftpflicht-oder Kfz-Fahrzeugversicherung) vermieden werden.

Governance

Mit dem VAG 2016 wurden umfangreiche Vorschriften für die interne Organisation von Versicherungsunternehmen eingeführt, die unter dem Begriff „**Governance-System**“ zusammengefasst werden (Säule 2 von Solvency II). Das Governance-System soll eine solide und vorsichtige Unternehmensleitung gewährleisten und muss der **Wesensart, dem Umfang und der Komplexität der Geschäftstätigkeit angemessen** sein. Entscheidend ist, dass das Versicherungsunternehmen über eine **angemessene und transparente Organisationsstruktur** und ein **wirksames System zur Informationsübermittlung** verfügt. Dazu haben die Versicherungsunternehmen **interne Leitlinien** zu erstellen und zu implementieren, und zwar laut § 107 Abs. 3 VAG zumindest in den folgenden Bereichen:

- Risikomanagement
- Interne Kontrolle
- Interne Revision
- Vergütung
- gegebenenfalls Auslagerung

Ein wesentlicher Teil des Governance-Systems sind die **Governance-Funktionen**. Eine Funktion ist definiert als **administrative Kapazität zur Übernahme bestimmter Governance-Aufgaben**. Das VAG 2016 verlangt explizit die Einrichtung folgender Governance-Funktionen:

- Risikomanagement-Funktion
- Compliance-Funktion
- Interne Revision-Funktion
- Versicherungsmathematische Funktion

Wird eine dieser Funktionen nicht eingerichtet, ist dies strafbar.

Elemente des Governance-Systems

Risikomanagement-System und Risikomanagement-Funktion

Das **Risikomanagement-System** umfasst alle erforderlichen Strategien, Prozesse und Meldeverfahren, die notwendig sind, um die eingegangenen und potentiellen Risiken des Versicherungsunternehmens zu erkennen, zu messen, zu überwachen, zu managen und darüber zu berichten. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die **Risikomanagement-Funktion**, welche das Risikomanagement-System umzusetzen und folgende Aufgaben hat:

- Unterstützung des Vorstands und anderer Funktionen bei der Handhabung des Risikomanagement-Systems
- Berichterstattung über die Risikosituation des Unternehmens und Beratung des Vorstands in strategischen Belangen
- Überwachung des Risikomanagement-Systems
- Überwachung des Risikoprofils des Versicherungsunternehmens

Ein wesentlicher Teil des Risikomanagement-Systems ist die sogenannte **unternehmens-eigene Risiko- und Solvabilitätsbeurteilung** („Own Risk and Solvency Assessment“, kurz „**ORSA**“). Der ORSA soll ein fester Bestandteil der Geschäftsstrategie sein und ist laufend in die strategischen Entscheidungen miteinzubeziehen. Er umfasst drei wesentliche Elemente:

- **Ermittlung des Gesamtsolvabilitätsbedarfs** unter Berücksichtigung des spezifischen Risikoprofils, der genehmigten Risikotoleranzschwellen und der Geschäftsstrategie
- **Überwachung der laufenden Einhaltung der Vorschriften über die Solvenz- und Mindestkapitalanforderung** und über die versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz

- **Signifikanz der Abweichung des Risikoprofils** von den Annahmen, die der Berechnung der Solvenzkapitalanforderung zugrunde liegen, die mit der Standardformel oder unter Verwendung eines internen Modells berechnet wurde

Versicherungsmathematische Funktion und verantwortlicher Aktuar

Die Einführung der **versicherungsmathematischen Funktion** mit der Umsetzung von Solvency II trägt dem Umstand Rechnung, dass die Komplexität der Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz und der Durchführung des ORSA einer spezialisierten Funktion mit entsprechendem Know-How bedarf. Zu unterscheiden sind die Institute „versicherungsmathematische Funktion“ und „verantwortlicher Aktuar“: Die Aufgaben der versicherungsmathematischen Funktion betreffen ausschließlich die Solvenzbilanz, jene des verantwortlichen Aktuars – diese Institution war bereits viel früher etabliert – den Jahresabschluss nach UGB/VAG.

Die **versicherungsmathematischen Funktion** hat folgende Aufgaben:

- **Koordination der Berechnung** der versicherungsmathematischen Rückstellungen der Solvenzbilanz
- **Gewährleistung der Angemessenheit** der bei der Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz verwendeten Rahmenbedingungen (Methoden, Basismodelle, Annahmen, Daten etc.) und Überwachung der Berechnung
- **Information des Vorstands** über die Verlässlichkeit und Angemessenheit der Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz
- **Abgabe einer Stellungnahme** zur generellen Zeichnungs- und Annahmepolitik und über die Angemessenheit der Rückversicherungsvereinbarungen
- **Mitwirkung bei der Umsetzung** des Risikomanagement-Systems

Der **verantwortliche Aktuar** ist im Gegensatz zur versicherungsmathematischen Funktion ein personenbezogenes Institut. Seine Bedeutung ist eng mit den Bestimmungen über den Deckungsstock verknüpft. Ein verantwortlicher Aktuar (und ein Stellvertreter) sind nur bei Unternehmen vorgesehen, welche die Lebensversicherung sowie die Kranken- und Unfallversicherung nach Art der Lebensversicherung betreiben. Zum verantwortlichen Aktuar oder seinem Stellvertreter dürfen nur eigenberechtigte natürliche Personen bestellt werden, die die erforderlichen fachlichen Qualifikationen besitzen und persönlich zuverlässig sind. Die fachliche Qualifikation setzt eine ausreichende, mindestens dreijährige Berufserfahrung als Aktuar voraus.

Der **verantwortliche Aktuar** hat folgende Aufgaben:

- **Überwachung** der Erstellung der Tarife und der Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen
- **Beachtung**, dass die Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer in der Lebensversicherung dem Gewinnplan entspricht
- **Beurteilung**, ob unter Bedachtnahme auf die Erträge aus den Kapitalanlagen nach den für die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen mit der dauernden

Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen gerechnet werden kann

Der verantwortliche Aktuar hat dem Vorstand jährlich schriftlich einen Bericht zu erstatten, der auch mit einem Bestätigungsvermerk zu versehen ist (**Aktuarsbericht**). Negative Wahrnehmungen im Rahmen seines Verantwortungsbereiches hat der verantwortliche Aktuar unverzüglich dem Vorstand mitzuteilen. Trägt der Vorstand den Vorstellungen des verantwortlichen Aktuars nicht Rechnung, so hat der verantwortliche Aktuar dies unverzüglich der FMA mitzuteilen.

Interne Kontrolle, Compliance-Funktion und Interne Revisions-Funktion

Versicherungsunternehmen haben ein **wirksames internes Kontrollsystem** einzurichten, das zumindest folgendes umfasst:

- angemessene **Verwaltungs- und Rechnungslegungsverfahren**
- einen **internen Kontrollrahmen**
- ein angemessenes **Melde- und Berichtswesen** auf allen Unternehmensebenen
- eine **Compliance-Funktion**

Die **Compliance-Funktion** hat eine **Compliance-Politik** und einen **Compliance-Plan** auszuarbeiten. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben zu erfüllen:

- **Beratung des Vorstands** in Bezug auf die Einhaltung der für den Betrieb der Vertragsversicherung geltenden Vorschriften,
- **Beurteilung** der möglichen Auswirkungen von Änderungen des Rechtsumfelds auf die Tätigkeit des Versicherungsunternehmens
- **Identifizierung und Beurteilung** des mit der Nicht-Einhaltung der rechtlichen Vorgaben verbundenen Risikos (**Compliance-Risiko**)

Nach Ansicht der FMA sollte die Compliance-Funktion nur von Juristen ausgeübt werden. Dies ist allerdings in der Branche umstritten, denn weder in der Solvency II-Rahmenrichtlinie noch an anderer Stelle ist diese Anforderung explizit normiert. Während alle anderen Governance-Funktionen bereits vor Inkrafttreten von Solvency II in der einen oder anderen Form gesetzlich normiert und etabliert waren, ist die Compliance-Funktion Neuland für die Versicherungswirtschaft; sie ist in der Praxis vielfach ein spin-off der Rechtsabteilung.

Während die Compliance-Funktion darauf abzielt, die Einhaltung der Rechtsvorschriften (insbesondere von Solvency II) zu gewährleisten, ist es die Aufgabe der **internen Revisions-Funktion**, die **Gesetzmäßigkeit, Ordnungsmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Geschäftsbetriebes** im Nachhinein zu überprüfen und entsprechende Empfehlungen zur Behebung von Mängeln auszusprechen. Außerdem hat die interne Revisions-Funktion auch die **Angemessenheit und Wirksamkeit des internen Kontrollsystems** und der **anderen Bestandteile des Governance-Systems** zu prüfen.

Fit & Proper-Regelungen

Ein wesentlicher Aspekt des Governance-Systems sind die Vorschriften über die fachliche Qualifikation („fit“) und persönliche Zuverlässigkeit („proper“) von **Personen, die das Versicherungsunternehmen tatsächlich leiten** sowie **Governance- und andere Schlüsselfunktionen** innehaben. Diese haben jederzeit über ausreichende Berufsqualifikationen, Kenntnisse und Erfahrungen zu verfügen, um ein solides und vorsichtiges Management zu gewährleisten (**fachliche Qualifikation**) sowie zuverlässig und integer zu sein (**persönliche Zuverlässigkeit**).

Besondere Anforderungen werden ausdrücklich für die **Mitglieder des Vorstands** normiert: Die fachliche Eignung ist kraft gesetzlicher Fiktion dann anzunehmen, wenn eine **mindestens dreijährige leitende Tätigkeit bei einem vergleichbaren Versicherungsunternehmen** nachgewiesen wird. Mindestens zwei Vorstandsmitglieder müssen **Spezialkenntnisse im Versicherungsbereich** besitzen. Außerdem dürfen sie **keinen Hauptberuf außerhalb der Versicherungs- oder Finanzbranche** ausüben. Bereits seit dem Jahr 2013 werden neu zu bestellende Vorstandsmitglieder einem **Fit & Proper-Hearing** seitens der FMA unterzogen (de facto mündliche Klausuren, in welchen die fachliche Qualifikation des Kandidaten hinterfragt wird).

Auch für Personen, welche die **Leitung einer Governance-Funktion** oder eine **andere Schlüsselfunktion** wahrnehmen, wird per gesetzlicher Fiktion festgelegt, dass die fachliche Qualifikation im Regelfall dann gegeben sein wird, wenn ein **einschlägiges Studium** abgeschlossen wurde und eine **zumindest dreijährige einschlägige Berufserfahrung** nachgewiesen wird. Die Leitung der versicherungsmathematischen Funktion darf nur von Personen wahrgenommen werden, die über ausreichende Kenntnisse der Versicherungs- und Finanzmathematik verfügen.

Zur Gewährleistung der Einhaltung der Fit & Proper-Vorschriften sind **Anzeigeverpflichtungen an die FMA** vorgesehen. Die beabsichtigte Bestellung von Vorstandsmitgliedern muss spätestens ein Monat vor der Bestellung angezeigt werden, bei den übrigen Personen genügt es, wenn die Anzeige unverzüglich nach der Bestellung erfolgt. Die FMA kann der Bestellung widersprechen wenn begründete Zweifel an der Erfüllung der fachlichen Qualifikation oder der persönlichen Eignung bestehen.

Bestimmte Fit&Proper-Regelungen betreffen ab Inkrafttreten des Versicherungsvertriebsrechts-Änderungsgesetzes im Jahr 2018 auch den **Versicherungsvertrieb**.

Auslagerung

Die Begrifflichkeit „**Auslagerung**“ ist wie folgt definiert: Eine Vereinbarung jeglicher Form, die zwischen einem Versicherungsunternehmen und einem Dienstleister getroffen wird, bei dem es sich um ein beaufsichtigtes oder nichtbeaufsichtigtes Unternehmen handeln kann, auf Grund derer der Dienstleister direkt oder durch weiteres Auslagern einen **Prozess**, eine

Dienstleistung oder eine **Tätigkeit** erbringt, die ansonsten vom Versicherungsunternehmen selbst erbracht werden würde.

Versicherungsunternehmen, die Funktionen oder Geschäftstätigkeiten auslagern, bleiben für die Erfüllung aller aufsichtsrechtlichen Anforderungen **verantwortlich**. Das auslagernde Versicherungsunternehmen hat sicherzustellen, dass

- der **Dienstleister mit der FMA zusammenarbeitet**,
- es selbst, ihr Abschlussprüfer und die FMA effektiven **Zugang zu den Daten des Dienstleisters** betreffend die ausgelagerten Funktionen oder Geschäftstätigkeiten haben,
- die FMA effektiven **Zugang zu den Geschäftsräumen des Dienstleisters** hat und
- der Dienstleister die Voraussetzungen in Bezug auf die ausreichende Gewähr für eine rechtmäßige und sichere Verwendung personenbezogener Daten erfüllt und die Vorschriften hinsichtlich Pflichten bei der Verwendung personenbezogener Daten einhält.

Sofern **kritische oder wichtige operative Funktionen oder Tätigkeiten ausgelagert** werden, sind der FMA die Auslagerungsverträge rechtzeitig vor der Auslagerung vorzulegen. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die FMA, wenn der Dienstleister kein Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem Mitgliedstaat ist. Die Genehmigung ist zu untersagen, wenn durch die Auslagerung

- die **Qualität des Governance-Systems** des auslagernden Versicherungsunternehmens **wesentlich beeinträchtigt** wird,
- das **operationelle Risiko übermäßig gesteigert** wird,
- die **Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen des VAG** durch die FMA oder das auslagernde Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen **beeinträchtigt** wird oder
- die dauerhafte und mangelfreie **Leistungserbringung an die Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten gefährdet** wird.

Vergütung

Regelungen zur Vergütung finden sich nicht unmittelbar im VAG sondern in der **Solvency II-Durchführungsverordnung** (EU-VO 2015-35). In Art. 258 Abs. 1 lit. 1 der EU-VO wird unter den allgemeinen Governance-Anforderungen auch die Einführung einer **schriftlich fixierten Vergütungspolitik** postuliert. Dies wird in Art. 275 der EU-VO näher spezifiziert.

Die **unternehmensspezifische Vergütungspolitik** soll ein solides Risikomanagement fördern und nicht zur Übernahme von Risiken ermutigen, welche die Risikotoleranzschwellen des Versicherungsunternehmens übersteigen. Den besonderen Anforderungen an die Vergütung unterliegen der Vorstand, der Aufsichtsrat, Personen, die das Unternehmen tatsächlich leiten oder andere Schlüsselfunktionen innehaben sowie Personen, deren Tätigkeiten das Risikoprofil des Unternehmens maßgeblich beeinflussen. Es bedarf einer klaren, transparenten

und wirksamen **Governance in Bezug auf die Vergütung**, einschließlich einer **Überwachung der Vergütungspolitik**.

Sehen Vergütungssysteme sowohl **festen als auch variable Vergütungsbestandteile** vor, müssen diese in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, sodass der feste bzw. garantierte Bestandteil einen ausreichend hohen Anteil an der Gesamtvergütung ausmacht. Ist eine **variable Vergütung leistungsbezogen**, so

- basiert der Gesamtbetrag der variablen Vergütung auf einer Kombination einerseits aus der Bewertung der Leistungen des Einzelnen sowie des betreffenden Geschäftsbereichs und andererseits dem Gesamtergebnis des Unternehmens oder der Gruppe, der das Unternehmen angehört,
- darf der variable Teil der Vergütung der Mitarbeiter der Governance-Funktionen nicht von der Leistung der ihrer Kontrolle unterstehenden operativen Einheiten und Bereiche abhängen,
- sind bei der Bewertung der Leistung des Einzelnen sowohl finanzielle als auch nichtfinanzielle Kriterien heranzuziehen

Die Zahlung eines wesentlichen Teils des **variablen Vergütungsbestandteils** muss eine **flexible, aufgeschobene Komponente** enthalten, die der Art und dem Zeithorizont der Geschäftstätigkeiten des Unternehmens Rechnung trägt. Der **Zeitaufschub** muss mindestens drei Jahre betragen, und der Zeitraum muss ordnungsgemäß auf die Art des Geschäfts, die Risiken und die Tätigkeiten der betreffenden Mitarbeiter abgestimmt sein.

Kapitalanlagen

Mit der Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie wurden die bisherigen Kapitalanlagevorschriften durch den **Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht** („**Prudent Person Principle**“) ersetzt. Davor mussten die Versicherungsunternehmen zwar für die aus ihren Kapitalanlagen resultierenden Risiken keine Eigenmittel vorhalten, waren jedoch an strikte Vorgaben mit Anrechnungsgrenzen für Vermögensanlagen einer bestimmten Art und für Vermögensanlagen bei einem einzelnen Schuldner gebunden (Gesamtgrenzen für einzelne Anlagekategorien bzw. Emittenteneinzel- und –summengrenzen gerechnet auf Basis der zu bedeckenden versicherungstechnischen Rückstellungen aus dem Jahresabschluss nach UGB/VAG). Außerdem wurde zwischen dem freien Vermögen und den zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen erforderlichen Vermögenswerten streng unterschieden. Diese Anforderungen waren in der bisherigen Kapitalanlageverordnung geregelt. Gemäß VAG 2016 darf die FMA in der neuen **Kapitalanlageverordnung (VU-KAV** aus dem Jahr 2015) nur noch nähere qualitative Vorgaben zum Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht festlegen.

Im VAG 2016 ist nunmehr unter der Überschrift „**Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht**“ festgelegt, dass die Versicherungsunternehmen ihre **gesamten Vermögenswerte nach folgenden Grundsätzen anzulegen** haben (§ 124 Abs. 1 VAG):

- In Bezug auf das gesamte Vermögensportfolio dürfen Versicherungsunternehmen lediglich in Vermögenswerte und Instrumente investieren, deren **Risiken** sie **angemessen erkennen, messen, überwachen, managen, steuern** können, über deren Risiken sie angemessen **berichten** können und deren Risiken sie bei der Beurteilung des Gesamtsolvabilitätsbedarfs angemessen berücksichtigen können.
- Sämtliche Vermögenswerte sind auf eine Art und Weise anzulegen, die die **Sicherheit, die Qualität, die Liquidität und die Rentabilität des gesamten Portfolios** gewährleistet. Außerdem hat die **Belegenheit** dieser Vermögenswerte ihre **Verfügbarkeit** sicherzustellen.
- Vermögenswerte, die zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz gehalten werden, sind darüber hinaus auf eine Art und Weise anzulegen, die der **Wesensart und der Laufzeit der Versicherungs- und Rückversicherungsverbindlichkeiten** angemessen ist. Diese Vermögenswerte sind im besten Interesse aller Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten und unter Berücksichtigung jeglicher offengelegten strategischen Ziele anzulegen (Hinweis auf **Asset-Liability-Management**).
- Im Falle eines **Interessenkonflikts** haben Versicherungsunternehmen oder das mit der Verwaltung ihres Vermögensportfolios betraute Unternehmen dafür zu sorgen, dass die Anlage im besten Interesse der Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten erfolgt.
- Die **Verwendung derivativer Finanzinstrumente** ist zulässig, wenn sie zur Verringerung von Risiken oder zur Erleichterung einer effizienten Portfolioverwaltung beitragen; diese Voraussetzung wird jedenfalls nicht erfüllt durch Geschäfte bei denen zugrunde liegende Risikopositionen nicht vorhanden sind (Leerverkäufe).
- Kapitalanlagen und Vermögenswerte, die **nicht zum Handel an einem geregelten Finanzmarkt** zugelassen sind, sind auf einem **vorsichtigen Niveau** zu halten.
- Die Vermögenswerte sind in angemessener Weise so zu **mischen** und zu **streuen**, dass eine **übermäßige Abhängigkeit** von
 - a) einem bestimmten Vermögenswert,
 - b) ein und demselben Emittenten oder von Emittenten, die derselben Unternehmensgruppe angehören oder einer bestimmten Unternehmensgruppe oder
 - c) einer geografischen Region
 vermieden wird und insgesamt eine übermäßige Risikokonzentration im Portfolio vermieden wird.

Hinsichtlich der **Kapitalanlagen der fonds- und indexgebundenen Lebensversicherung** kommt der Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht nur zum Teil zum Tragen, weil hier das Kapitalanlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird.

Der **Erwerb und die Veräußerung von Beteiligungen** sind der FMA anzuzeigen, wenn sie mehr als 50% des Gesellschaftskapitals des Beteiligungsunternehmens, mehr als 10% der Eigenmittel des Versicherungsunternehmens ausmachen oder durch den Erwerb verbundene Unternehmen im Sinne der Bestimmungen des UGB geschaffen werden oder nicht mehr vorliegen. Der Erwerb und die Veräußerung von **Beteiligungen an Personengesellschaften** des Unternehmensrechts als persönlich haftender Gesellschafter sind der FMA stets anzuzeigen. Gleiches gilt für **Eventualverpflichtungen** und **Gewinn- und Verlustab-**

führungsverträge, die im Zusammenhang mit bestehenden oder erworbenen Anteilen eingegangen oder aufgelöst werden.

Exkurs: Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung

Die ursprünglich im 6. Hauptstück des VAG abgebildeten Bestimmungen zur Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung wurden im Zuge des Inkrafttretens des Finanzmarkt-Geldwäschegesetzes (FM-GwG) aus dem VAG ausgeklammert. Dessen ungeachtet gelten die Bestimmungen zur **Verhinderung der Geldwäscherei und der Terrorismusfinanzierung** für Versicherungsunternehmen im Rahmen des Betriebes der **Lebensversicherung** und definieren **Sorgfaltspflichten** der Versicherungsunternehmen zur Bekämpfung von Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung, **Meldepflichten**, Verpflichtungen bezüglich der Aufbewahrung von Aufzeichnungen und statistischen Daten, interne Verfahren einschließlich Schulungen bei Versicherungsunternehmen sowie die Bestellung eines **Geldwäschebeauftragten**.

So haben Versicherungsunternehmen zB vor Begründung einer Geschäftsbeziehung die **Identität eines Kunden** festzustellen und zu überprüfen. Wenn sich der Verdacht oder berechtigte Grund zur Annahme ergibt, dass die beabsichtigte Begründung einer Geschäftsbeziehung oder eine bestehende Geschäftsbeziehung der Geldwäscherei dient oder dass der Kunde einer terroristischen Vereinigung angehört, so hat das Versicherungsunternehmen unverzüglich die Behörden in Kenntnis zu setzen (Meldung des Geldwäscheverdachts an die **Geldwäschemeldestelle**), hat bis zur Klärung des Sachverhalts von der Begründung der Geschäftsbeziehung Abstand zu nehmen und darf keine Transaktion durchführen.

Versicherungsvertrieb

Das Inkrafttreten des Versicherungsvertriebsrechts-Änderungsgesetzes im Jahr 2018 bedingte erhebliche Änderungen für Versicherungsunternehmen im Hinblick auf den Versicherungsvertrieb, und zwar auf Basis der **Insurance Distribution Directive (IDD)** der EU.

Die **Kerninhalte der IDD** betreffen den Berufszugang für Versicherungsvermittler, die Ausbildung der Versicherungsvermittler, die Produktentwicklung, den Beratungsprozess (einschl. Informationsunterlagen), das Beschwerdemanagement und die Vergütungen bzw. Provisionen für die Versicherungsvermittlung. Die daraus resultierenden Umsetzungsmaßnahmen betreffen **vier maßgebliche Handlungsfelder**:

Produkt

- Flächendeckender **Produktentwicklungsprozess** inkl. transparenter Zielmarktdefinition für den Vertrieb
- **Regelmäßiger Review aller Produkte**, insbesondere hinsichtlich der Risiken im Zielmarkt

- Eindeutige und klare **Kundenunterlagen**

Beratung

- **Transparente Information** des Kunden in Bezug auf Beratungsleistung
- Aufnahme und Berücksichtigung der **Wünsche und Bedürfnisse des Kunden**
- Sicherstellung der **Informations- und Dokumentationspflichten** bei allen Vertriebswegen

Vergütung

- **Vergütungen/Provisionen**, die das Kundeninteresse nicht beeinflussen
- **Offenlegung von Vergütungen** bei allen Vertriebswegen für alle Produkte
- Regelungen und Prozesse, die eine faire Kundenbehandlung ermöglichen und **Interessenskonflikte** vermeiden

Qualifikation

- Sicherstellung **erweiterter Registrierungs-, Leumunds- und Qualifikations- sowie Weiterbildungsanforderungen**
- **Regelmäßige Überprüfung** des Leumunds, der Qualifikation und Weiterbildung

Nach den Bestimmungen des VAG haben Versicherungsunternehmen angemessene **interne Leitlinien und Verfahren** zur Sicherstellung der Erfüllung der vertriebsbezogenen Fit&Proper-Regelungen zu erstellen und zu implementieren. Überdies ist eine **Vertriebsfunktion** einzurichten (ähnlich den Governance-Funktionen) und entsprechende Aufzeichnungen sind zu führen. Bei Inanspruchnahme von Vermittlungsdiensten dürfen Versicherungsunternehmen nur Dienste von **eingetragenen Versicherungsvermittlern** oder eingetragenen Versicherungsvermittler in Nebentätigkeit oder dazu berechtigten Unternehmen in Anspruch nehmen. Nicht zuletzt haben die Versicherungsunternehmen **Beschwerdestellen** einzurichten und Verfahren festzulegen, die es Versicherungsnehmern und anderen Betroffenen ermöglichen, Beschwerden über das Versicherungsunternehmen sowie jener Versicherungsvertreiber, derer sich das Versicherungsunternehmen bedient, einzulegen; solche Beschwerden sind in jedem Fall zu behandeln und zu beantworten.

Informationspflichten und Wohlverhaltensregeln im Versicherungsvertrieb

Die nunmehr im 6. Hauptstück des VAG abgebildeten **Informationspflichten und Wohlverhaltensregeln im Versicherungsvertrieb** umfassen allgemeine Bestimmungen und zusätzliche Anforderungen an den Vertrieb von Lebensversicherungen sowie zusätzliche Anforderungen an den Vertrieb von Kranken- und Unfallversicherungen nach Art der Lebensversicherung.

In Zusammenhang damit und ebenfalls bedingt durch die Umsetzung der IDD wurden die **Begriffsbestimmungen** des VAG (vgl. § 5 VAG) erweitert:

- **Versicherungsvertrieb**: die Beratung, das Vorschlagen oder Durchführen anderer Vorbereitungsarbeiten zum Abschließen von Versicherungsverträgen, das Abschließen

von Versicherungsverträgen oder das Mitwirken bei deren Verwaltung und Erfüllung, insbesondere im Schadensfall, einschließlich der Bereitstellung von Informationen über einen oder mehrere Versicherungsverträge aufgrund von Kriterien, die ein Versicherungsnehmer über eine Website oder andere Medien wählt, sowie die Erstellung einer Rangliste von Versicherungsprodukten, einschließlich eines Preis- und Produktvergleichs, oder ein Rabatt auf den Preis eines Versicherungsvertrags, wenn der Versicherungsnehmer einen Versicherungsvertrag direkt oder indirekt über eine Website oder ein anderes Medium abschließen kann.

- **Vertriebsvergütung:** alle Arten von Provisionen, Gebühren, Entgelten oder sonstigen Zahlungen, einschließlich wirtschaftlicher Vorteile jeglicher Art, oder finanzielle oder nichtfinanzielle Vorteile oder Anreize, die in Bezug auf Versicherungsvertriebstätigkeiten angeboten oder gewährt werden.
- **Versicherungsvertreiber:** ein Versicherungsvermittler, ein Versicherungsvermittler in Nebentätigkeit gemäß IDD oder ein Versicherungsunternehmen.

Die allgemeinen Grundsätze bedingen, dass Versicherungsunternehmen bei ihrer Versicherungsvertriebstätigkeit gegenüber ihren Versicherungsnehmern und Anspruchsberechtigten **stets ehrlich, redlich und professionell in deren bestmöglichem Interesse** zu handeln haben. Alle Informationen, einschließlich Marketing-Mitteilungen, die Versicherungsunternehmen an Versicherungsnehmer richten oder so verbreiten, dass diese Personen wahrscheinlich von ihnen Kenntnis erlangen, müssen eindeutig sein, dürfen nicht irreführend sein und müssen redlich erteilt werden. Marketing-Mitteilungen müssen stets eindeutig als solche erkennbar sein. Versicherungsunternehmen dürfen die Leistung ihrer Angestellten oder Versicherungsvertreiber nicht in einer Weise vergüten oder bewerten und auch nicht selbst in einer Weise vergütet werden, die mit ihrer Pflicht kollidiert, im **bestmöglichen Interesse der Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten** zu handeln. Insbesondere dürfen Versicherungsunternehmen keine Vorkehrungen durch Vertriebsvergütung, Verkaufsziele oder in anderer Weise treffen, durch die Anreize für das Versicherungsunternehmen, seine Angestellten oder Versicherungsvertreiber geschaffen werden könnten, einem Versicherungsnehmer ein bestimmtes Versicherungsprodukt zu empfehlen oder anzubieten, obwohl sie ein anderes, den Bedürfnissen des Versicherungsnehmers besser entsprechendes Versicherungsprodukt empfehlen oder anbieten könnten.

Den Versicherungsnehmern **zu erteilende Auskünfte** sind im Regelfall auf Papier, in klarer, genauer und für den Versicherungsnehmer verständlicher Form, in deutscher Sprache und unentgeltlich zu übermitteln.

Nach den Bestimmungen zur **Product Governance** haben Versicherungsunternehmen **interne Verfahren** für die Konzeption und Freigabe jedes einzelnen neuen Versicherungsprodukts sowie jeder wesentlichen Änderung bestehender Versicherungsprodukte und für den ordnungsgemäßen Vertrieb und die regelmäßige Überprüfung der von ihnen konzipierten Versicherungsprodukte zu etablieren. Bevor Versicherungsunternehmen neu konzipierte Versicherungsprodukte oder Versicherungsprodukte mit wesentlichen Änderungen vermarkten oder vertreiben dürfen, haben sie diese einem internen **Produktfreigabeverfahren** zu unterziehen, in dessen Rahmen ein bestimmter **Zielmarkt** für das jeweilige Versicherungsprodukt festzulegen ist. Dabei haben Versicherungsunternehmen alle für diesen

Zielmarkt einschlägigen Risiken zu bewerten und sicherzustellen, dass das Versicherungsprodukt und die beabsichtigte Vertriebsstrategie dem Zielmarkt entsprechen.

Die **allgemeinen Informationspflichten** betreffen folgende Aspekte:

Vor Abschluss eines Direktversicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko sind dem Versicherungsnehmer folgende Informationen zu erteilen:

- Name, Anschrift des Sitzes und Rechtsform des Versicherungsunternehmens, gegebenenfalls auch der Zweigniederlassung, über die der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, sowie den Umstand, dass es sich bei dem Unternehmen um ein Versicherungsunternehmen handelt und das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss Beratung anbietet
- die Bezeichnung und Anschrift der für das Versicherungsunternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde
- die Verfahren, die es dem Versicherungsnehmer und anderen Betroffenen, ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsunternehmen einzureichen, einschließlich eines Hinweises, wo Beschwerden unbeschadet des Rechts des Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, gegebenenfalls einzubringen sind
- die außergerichtlichen Beschwerde- und Abhilfeverfahren

Die Angaben hinsichtlich Name, Anschrift und Rechtsform des Versicherungsunternehmens sind vor der Ermittlung der Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erteilen, die anderen Angaben vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers. Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages ist der Versicherungsnehmer über Änderungen der Angaben hinsichtlich Name, Anschrift und Rechtsform des Versicherungsunternehmens sowie über Änderungen der Niederlassung, von der aus der Vertrag verwaltet wird, zu informieren. Ausnahmen bezüglich bestimmter Informationsverpflichtungen bestehen für den Vertrieb von Versicherungen für Großrisiken.

Vor Abschluss eines Direktversicherungsvertrags über ein im Inland belegenes Risiko hat das Versicherungsunternehmen vom Versicherungsnehmer jene Informationen einzuholen, die benötigt werden, um dessen **Wünsche und Bedürfnisse zu ermitteln**. Dabei sind die Komplexität des Versicherungsprodukts und die für den Zielmarkt festgelegte Kundenkategorie zu berücksichtigen.

Vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers zum Abschluss eines Direktversicherungsvertrags über ein im Inland belegenes Risiko haben Versicherungsunternehmen außer bei der Versicherung von Großrisiken eine persönliche Empfehlung an den Versicherungsnehmer zu richten, in der erläutert wird, warum der empfohlene Vertrag am besten den Wünschen und Bedürfnissen des Versicherungsnehmers entspricht (**Beratungspflicht**). Dabei sind die Komplexität des Versicherungsprodukts und die für den Zielmarkt festgelegte Kundenkategorie zu berücksichtigen.

Vor Abgabe seiner Vertragserklärung zum Abschluss eines Direktversicherungsvertrags über ein im Inland belegenes Risiko sind dem Versicherungsnehmer – unabhängig davon, ob eine Beratung erfolgt – in verständlicher Form die objektiven Informationen über jedes dem Versicherungsnehmer angebotene Versicherungsprodukt und die relevanten Informationen

über jeden dem Versicherungsnehmer angebotenen Versicherungsvertrag zu erteilen, die er benötigt, um eine wohlinformierte Entscheidung treffen zu können. Diese **Produktinformationen** haben (außer bei der Versicherung von Großrisiken) insbesondere folgende Angaben zu enthalten:

- die Art der Versicherung
- eine Zusammenfassung der Versicherungsdeckung, einschließlich der versicherten Hauptrisiken, der Versicherungssumme und gegebenenfalls des geografischen Geltungsbereichs und einer Zusammenfassung der ausgeschlossenen Risiken
- die Prämienzahlungsweise und Prämienzahlungsdauer
- die wichtigsten Tatbestände, nach denen Ansprüche ausgeschlossen sind
- Pflichten und Obliegenheiten bei Vertragsabschluss und Vertragsbeginn
- Pflichten und Obliegenheiten während der Laufzeit des Vertrags
- Pflichten und Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles und Erhebung eines Anspruchs
- die Laufzeit des Versicherungsvertrags, einschließlich Anfangs- und Enddatum
- Einzelheiten der Vertragsbeendigung
- die Umstände, unter denen der Versicherungsnehmer den Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufen oder von diesem zurücktreten kann, und die Modalitäten der Ausübung des Widerrufs- oder Rücktrittsrechts
- das auf den Versicherungsvertrag anwendbare Recht, wenn die Parteien keine Wahlfreiheit haben, oder die Tatsache, dass die Parteien das anwendbare Recht wählen können, und das vom Versicherungsunternehmen vorgeschlagene Recht
- die Art der Vertriebsvergütung, die die Angestellten des Versicherungsunternehmens im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag erhalten

Die vorgenannten Informationen sind im Fall von Nichtlebensversicherungsprodukten (Versicherungszweige 1 bis 18 der Anlage A zum VAG) mittels eines **standardisierten Informationsblatts** zu Versicherungsprodukten zur Verfügung zu stellen.

Wird ein Versicherungsprodukt zusammen mit einem Nebenprodukt oder einer Nebendienstleistung, welche keine Versicherung sind, als Teil eines Pakets oder derselben Vereinbarung angeboten, hat das Versicherungsunternehmen den Versicherungsnehmer darüber zu informieren, ob die verschiedenen Bestandteile getrennt voneinander erworben werden können. In diesem Fall (sog. **Querverkauf**) hat das Versicherungsunternehmen eine angemessene Beschreibung der verschiedenen Bestandteile der Vereinbarung oder des Pakets zur Verfügung zu stellen und für jeden Bestandteil einen getrennten Nachweis über Kosten und Gebühren zu erbringen.

Die **zusätzlichen Anforderungen an den Vertrieb von Lebensversicherungen** betreffen Regelungen im Zusammenhang mit der Vermeidung von Interessenskonflikten und Anreizen beim Vertrieb von Versicherungsanlageprodukten, Sonderbestimmungen hinsichtlich der Beratung beim Vertrieb von Versicherungsanlageprodukten und schließlich zusätzliche Anforderungen an die **Produktinformation in der Lebensversicherung**. Die **vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers zu erteilenden Informationen** haben beim Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags über ein im Inland belegenes Risiko auch folgende Angaben zu enthalten:

- die Leistungen des Versicherungsunternehmens, das Ausmaß, in dem diese garantiert sind, die zur Anwendung kommenden Rechnungsgrundlagen sowie die dem Versicherungsnehmer hinsichtlich der Leistungen zustehenden Wahlmöglichkeiten
- die Einzelheiten einer von einem Dritten eingeräumten Garantie und einer etwaigen vom Versicherungsunternehmen übernommenen Ausfallhaftung
- die Grundsätze für die Berechnung der Gewinnbeteiligung
- die Rückkaufswerte und die prämienfreien Versicherungsleistungen und das Ausmaß, in dem diese garantiert sind
- die Prämienanteile für die Hauptleistung und für Nebenleistungen
- in der kapitalbildenden Lebensversicherung sämtliche Kosten und Gebühren, die effektive Gesamtverzinsung der Prämienzahlungen über die gesamte Laufzeit und ein etwaiger effektiver Garantiezinssatz und die voraussichtlichen prozentuellen Anteile der Versicherungssteuer, der Prämien zur Deckung versicherungstechnischer Risiken (Risikoprämien), gegliedert nach einzelnen Risiken, der in der Prämie einkalkulierten Kosten und der veranlagten Beträge (Sparprämien) an der voraussichtlichen Prämiensumme über die gesamte Laufzeit in Form einer tabellarischen Darstellung, die auch Angaben über die voraussichtlichen Kosten und Gebühren, die am veranlagten Vermögen bemessen werden, enthält
- in der fondsgebundenen Lebensversicherung die Kapitalanlagefonds, an denen die Anteilsrechte bestehen, und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte
- in der indexgebundenen Lebensversicherung die Art der Kapitalanlage, den Bezugswert und die grundlegenden Faktoren, welche zur Berechnung der Versicherungsleistung herangezogen werden
- in der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung die Art der Kapitalanlage, die vereinbarte Veranlagungsstrategie sowie die Voraussetzungen einer Änderung der Veranlagungsstrategie
- die vertragsspezifischen Risiken, die der Versicherungsnehmer selbst trägt
- die für die Versicherung geltenden abgabenrechtlichen Vorschriften
- bestehende Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten
- den Bericht über die Solvabilität und Finanzlage durch einen konkreten Verweis, der dem Versicherungsnehmer auf einfache Weise den Zugang zu diesen Angaben ermöglicht

Bei einer kapitalbildenden Lebensversicherung hat das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer eine **Modellrechnung** zu übermitteln, bei der die Leistungen des Versicherungsunternehmens, die Rückkaufswerte und die prämienfreien Leistungen unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation und sämtlicher Kosten und Gebühren anhand von mindestens drei verschiedenen Zinssätzen dargestellt und in Jahresschritten gegliedert der Prämie, der Prämiensumme sowie einem etwaig garantierten Wert gegenübergestellt werden.

Während der Laufzeit des Lebensversicherungsvertrages ist der Versicherungsnehmer zu informieren

- über Änderungen der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen

- bei einer fondsgebundenen Lebensversicherung über eine wesentliche Änderung der Klassifizierung des Risikos eines Kapitalanlagefonds durch das Versicherungsunternehmen
- jährlich über den Stand einer erworbenen Gewinnbeteiligung und über die Zusammensetzung der Kapitalanlagen nach Kategorien, bei einer fondsgebundenen Lebensversicherung über den Wert der dem Versicherungsnehmer zugeordneten Fondsanteile sowie bei einer indexgebundenen Lebensversicherung über die Wertentwicklung des Bezugswertes des Versicherungsvertrages
- bei einer kapitalbildenden Lebensversicherung jährlich über die Auswirkungen von Abweichungen der aktuellen Werte von den zu Vertragsabschluss in der Modellrechnung prognostizierten Werten in Form von neu berechneten voraussichtlichen Ablaufleistungen sowie der Angabe des aktuellen Rückkaufswerts
- bei einem Versicherungsanlageprodukt gegebenenfalls regelmäßig, zumindest aber jährlich, über sämtliche Kosten und Gebühren
- über eine Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw. Gewinnbeteiligung zur Abdeckung von Verlusten

Die **zusätzlichen Anforderungen an den Vertrieb von Kranken- und Unfallversicherungen nach Art der Lebensversicherung** betreffen wiederum zusätzliche Anforderungen an die Produktinformation und an die laufende Information. Die **vor Abgabe der Vertragserklärung** des Versicherungsnehmers zu erteilenden Informationen haben beim Abschluss einer nach Art der Lebensversicherung betriebenen Kranken- oder Unfallversicherung über ein im Inland belegenes Risiko folgende Angaben zu enthalten:

- die Leistungen des Versicherungsunternehmens
- die Voraussetzungen, unter denen die Höhe der Prämie oder der Versicherungsschutz einseitig vom Versicherungsunternehmen verändert werden kann sowie die dabei einzuhaltenden Modalitäten
- die Grundsätze für die Berechnung der Gewinnbeteiligung
- die rechtlichen und wirtschaftlichen Folgen einer Kündigung des Vertrages für den Versicherungsnehmer
- die für die Versicherung geltenden abgabenrechtlichen Vorschriften
- den Bericht über die Solvabilität und Finanzlage durch einen konkreten Verweis, der dem Versicherungsnehmer auf einfache Weise den Zugang zu diesen Angaben ermöglicht

Während der Laufzeit eines derartigen Versicherungsvertrages ist der Versicherungsnehmer zu informieren

- über Änderungen der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen
- über das Ausmaß und die Gründe einer allenfalls vorgenommenen Prämienanpassung
- über eine Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung zur Abdeckung von Verlusten

Rechnungslegung und Konzernrechnungslegung

Auf die Bestimmungen des VAG zur Rechnungslegung (7. Hauptstück des VAG 2016) wird in einem gesonderten Abschnitt des Skriptums eingegangen.

Solvabilität

Auf die Bestimmungen des VAG zur Solvabilität (8. Hauptstück des VAG) wird in einem gesonderten Abschnitt des Skriptums eingegangen.

Gruppenaufsicht

Mit der Umsetzung von Solvency II im VAG 2016 erfolgte auch eine grundlegende Reform der **Beaufsichtigung von Versicherungsgruppen**. Ein wesentlicher Unterschied zur früheren EU-Richtlinie ist, dass die Beaufsichtigung der Gruppe nicht mehr auf der höchsten Ebene innerhalb eines oder mehrerer Mitgliedstaaten, sondern nur noch **auf höchster Ebene innerhalb der Europäischen Union** erfolgt.

Auf die Bestimmungen des VAG zur Gruppenaufsicht (9. Hauptstück des VAG) wird in diesem Skriptum nicht tiefergehend eingegangen, weil dies den Rahmen sprengen würde. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass das VAG detaillierte Regelungen zur **Gruppen-solvabilität**, zu **Gruppen mit zentralisiertem Risikomanagement**, zu **Risikokonzentrationen** und **gruppeninternen Transaktionen** und auch zur **Governance auf Gruppenebene** enthält.

Überwachung der Geschäftsgebarung, aufsichtsbehördliche Anordnungen und Maßnahmen

Der Überwachung durch die FMA unterliegt die **gesamte Geschäftsgebarung** des Versicherungsunternehmens (§ 268 Abs. 1 VAG). Die Gegenstände der Überwachung sind zwar nicht beschränkt, doch steht stets der **Schutz der Interessen der Versicherten** im Vordergrund (§ 267 Abs. 1 VAG). Dies wird durch folgende Grundsätze konkretisiert:

- **Zukunftsbezogenheit**: Die Aufsicht muss vorausschauend sein.
- **Risikobezogenheit**: Die Aufsicht muss risikobasiert sein.
- **Verhältnismäßigkeit (Proportionalitätsprinzip)**: Die Aufsicht muss verhältnismäßig sein. Sie muss die Wesensart, den Umfang und die Komplexität der Risiken, die mit der Geschäftstätigkeit der einzelnen Versicherungsunternehmen verbunden sind, angemessen berücksichtigen.

Die FMA hat die ordnungsgemäße Funktionsweise des Versicherungs- und Rückversicherungsgeschäfts und die Einhaltung der für den Betrieb der Vertragsversicherung geltenden Vorschriften, insbesondere des VAG, der Durchführungsverordnung (EU) und der technischen Standards (EU), durch die Versicherungsunternehmen zu überwachen. Hierbei ist auf eine angemessene **Kombination von standortunabhängigen Tätigkeiten und Prüfungen vor Ort** zu achten (vgl. § 268 Abs. 2 VAG).

Die FMA kann von den beaufsichtigten Versicherungsunternehmen jederzeit Auskünfte über alle Angelegenheiten der Geschäftsgebarung und die Vorlage entsprechender Unterlagen verlangen (**Auskunfts-, Anzeige- und Meldeverpflichtungen** – vgl. § 272 VAG). Die FMA hat die Angemessenheit der von den Versicherungsunternehmen zur Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften eingeführten Strategien, Prozesse und Meldeverfahren zu überprüfen und zu beurteilen (**Aufsichtsrechtliches Überprüfungsverfahren** – vgl. § 273 VAG). Die FMA kann die Geschäftsgebarung der Versicherungsunternehmen jederzeit vor Ort prüfen (**Prüfung vor Ort** – vgl. § 274 VAG). Die FMA hat alle **Anordnungen** zu treffen (vgl. § 275 VAG),

- die erforderlich und geeignet sind um den Geschäftsbetrieb mit den für den Betrieb der Vertragsversicherung geltenden Vorschriften, insbesondere den Bestimmungen des VAG, der Durchführungsverordnung (EU) und den technischen Standards (EU), in Einklang zu halten,
- die erforderlich und geeignet sind, um Schwächen oder Unzulänglichkeiten zu beheben, die im Rahmen des aufsichtlichen Überprüfungsverfahrens festgestellt wurden oder
- die zur Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten erforderlich und geeignet sind, um den Geschäftsbetrieb mit den anerkannten Grundsätzen eines ordnungsgemäßen Geschäftsbetriebes von Versicherungsunternehmen in Einklang zu halten.

Im Übrigen wird auf die detaillierten Bestimmungen des VAG zur Überwachung des Geschäftsbetriebes sowie zu aufsichtsbehördlichen Anordnungen und Maßnahmen im 11. Hauptstück des VAG in diesem Skriptum nicht tiefergehend eingegangen, weil dies den Rahmen sprengen würde.

Insolvenzrechtliche Vorschriften und Deckungsstock

Der **Vermeidung von Konkursen** wird insbesondere durch die Solvabilitätsvorschriften ein hoher Stellenwert beigemessen. So kann die FMA selbst von die insolvenzrechtlichen Voraussetzungen für die Eröffnung eines Konkursverfahrens erfüllt sind (Überschuldung oder Zahlungsunfähigkeit des Versicherungsunternehmens) Maßnahmen erlassen, wenn die Vermeidung eines Konkursverfahrens im Interesse der Versicherten liegt. Die FMA kann dem Versicherungsunternehmen **Zahlungen an die Versicherten** in dem zur Überwindung der Zahlungsschwierigkeiten erforderlichen Ausmaß **untersagen**. Die FMA kann auch die **Verpflichtungen des Versicherungsunternehmens** entsprechend dem vorhandenen Vermögen **herabsetzen**.

Der **Antrag auf Eröffnung eines Konkursverfahrens** kann nur von der FMA gestellt werden.

Der **Deckungsstock** bildet im Konkurs eine **Sondermasse**. Aus ihr werden die Forderungen aus Versicherungsverträgen, für die ein Deckungsstock besteht, bevorzugt befriedigt. Sonstige Versicherungsforderungen gehen anderen Konkursforderungen vor. Innerhalb der Forderungen aus Versicherungsverträgen gehen wiederum die Ansprüche auf die Versicherungsleistung anderen Versicherungsforderungen vor.

In der Lebensversicherung und der Kranken- und Unfallversicherung nach Art der Lebensversicherung werden die Ansprüche der Versicherten durch den Deckungsstock geschützt. Versicherungsunternehmen haben einen **Deckungsstock in der Höhe des Deckungserfordernisses** für die Lebensversicherung bzw. die nach Art der Lebensversicherung betriebene Kranken- und Unfallversicherung zu bilden; der Deckungsstock ist gesondert vom übrigen Vermögen zu verwalten. Innerhalb des Deckungsstocks sind **gesonderte Abteilungen** für folgende Versicherungsarten zu bilden:

- „klassische“ Lebensversicherung
- betriebliche Kollektivversicherung
- fondsgebundene Lebensversicherung
- indexgebundene Lebensversicherung
- kapitalanlageorientierte Lebensversicherung
- prämienbegünstigte Zukunftsvorsorge (soweit sie nicht einer anderen Deckungsstockabteilung zuzuordnen ist)
- Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung
- Unfallversicherung nach Art der Lebensversicherung

Das **Deckungsstockerfordernis** entspricht der **Summe der versicherungstechnischen Rückstellungen**, die jeweils für die einbezogenen Versicherungsarten gebildet werden (**vor Abzug der Rückversicherungsanteile**). Dem Deckungsstock sind entsprechende Vermögenswerte zu widmen. Die Widmung erfolgt durch Eintragung in das **Deckungsstockverzeichnis**, welches fortlaufend zu führen und am Ende des Geschäftsjahres der FMA vorzulegen ist.

Die zur Verwaltung der Deckungsstockabteilungen eingerichteten **Bankkonten und Wertpapierdepots** müssen jeweils **gesondert nach Deckungsstockabteilungen geführt** werden. Die Deckungsstockwidmung von inländischen **Liegenschaften**, liegenschaftsgleichen Rechten und Hypothekendarlehen auf inländischen Liegenschaften oder liegenschaftsgleichen Rechten ist in das **Grundbuch einzutragen**.

Die **Anrechnung** der Deckungsstockwerte auf das Deckungsstockerfordernis erfolgt mit den **Buchwerten** aus dem Jahresabschluss nach UGB/VAG.

Für die **Überwachung des Deckungsstocks** hat die FMA einen **Treuhänder** und einen Stellvertreter zu bestellen. Die Bestellung erfolgt auf längstens drei Jahre, eine wiederholte Bestellung ist zulässig. Zum Treuhänder dürfen nur natürliche Personen bestellt werden, sie müssen die notwendige **persönliche und fachliche Eignung** aufweisen und dürfen in **keinem**

Abhängigkeitsverhältnis zum Versicherungsunternehmen stehen sowie für nicht mehr als zwei Versicherungsunternehmen gleichzeitig tätig sein.

Der Deckungsstocktreuhänder hat im Rahmen der Überwachung des Deckungsstocks zumindest quartalsweise zu prüfen, ob das Deckungserfordernis durch Vermögenswerte des Deckungsstocks voll erfüllt ist. Weiters hat er die ordnungsgemäße Führung des Deckungsstockverzeichnisses zu prüfen und eine Anzeigeverpflichtung gegenüber der FMA, wenn Bedenken hinsichtlich der Erfüllung des Deckungserfordernisses bestehen. Über die dem Deckungsstock gewidmeten Vermögenswerte darf nur mit schriftlicher Zustimmung des Deckungsstocktreuhänders verfügt werden.

Der Deckungsstocktreuhänder hat der FMA **Quartals- und Jahresberichte** über seine Tätigkeit vorzulegen. In den Jahresbericht ist auch ein **gesonderter Bestätigungsvermerk** aufzunehmen.

Verwaltungsstrafen und ähnliche Maßnahmen

Im 13. Hauptstück des VAG wird die Verletzung der wesentlichen Pflichten der Versicherungsunternehmen und Dritter nach dem VAG unter **Verwaltungsstrafe** gestellt. Im Hinblick auf die übrigen Pflichten besteht eine Strafbarkeit nur dann, wenn die FMA einen diesbezüglichen Maßnahmenbescheid erlässt und dieser ebenfalls nicht befolgt wird.

Die Verletzung verschiedener **Anzeige-, Melde- und Vorlagepflichten** sowie **Veröffentlichungspflichten** ist mit Geldstrafen bis zu EUR 60.000 zu bestrafen. Die **Verletzung von Informationspflichten** des Versicherungsunternehmens gegenüber dem Versicherungsnehmer ist mit Geldstrafen bis zu EUR 60.000 zu bestrafen. **Verletzungen von Vorschriften über das Deckungserfordernis und den Deckungsstock** sind ebenfalls mit Geldstrafen bis zu EUR 60.000 zu bestrafen. Auch Verstöße gegen das sogenannte **Versicherungsgeheimnis** (vgl. § 321 VAG) sind mit Geldstrafen bis zu EUR 60.000 zu bestrafen. **Verstöße gegen aufsichtsbehördliche Anordnungen** sind mit Geldstrafen von EUR 100.000 bis EUR 150.000 zu bestrafen. Verstöße gegen die Konzessionspflicht (unerlaubter Geschäftsbetrieb) sind mit Geldstrafen bis zu EUR 100.000 zu bestrafen. Sonstige Strafbestände betreffen die Bereiche Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung, Gruppenaufsicht, Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit, Insolvenz und kleine Versicherungsvereine.

Die Höchstgrenze für **Zwangsstrafen** zur Durchsetzung aufsichtsbehördlicher Anordnungen beläuft sich auf EUR 30.000 (**Vollstreckungsmaßnahmen** zur Erzwingung der Befolgung verwaltungsbehördlicher Anordnungen).

Wenn bestimmte Pflichten oder Anordnungen der FMA nicht rechtzeitig erfüllt werden, droht die Vorschreibung einer **Säumnisgebühr** von maximal EUR 7.000.

2. Die Versicherungsaufsicht

Für die **Einrichtung einer staatlichen Versicherungsaufsicht** sind verschiedene **Gründe** maßgebend:

- a) Der Hauptgrund ist der, dass sich die Versicherungsunternehmen an einen **großen Kreis von Kontrahenten** (Versicherungsnehmern) wenden, die **Vorleistungen** in Form von Prämienzahlungen zu erbringen haben; diesen Vorleistungen der Versicherungsnehmer steht als Gegenleistung das **Versprechen** der Versicherungsunternehmen gegenüber, bei Eintritt eines Versicherungsfalles die im Vertrag vorgesehene Geld- oder Sachleistung zu erbringen. Der größte Teil dieser Versicherungsnehmer ist nicht in der Lage, die Bonität eines Versicherungsunternehmens – dh dessen Fähigkeit, die versprochene Leistung zu erbringen – von sich aus richtig einzuschätzen und zu beurteilen. Beim Bezug anderer Güter oder Dienstleistungen ist es üblich, dass die Bezahlung durch den Abnehmer erst erfolgt, wenn das Gut geliefert bzw die Leistung erbracht ist, weshalb der wirtschaftlich nicht gebildete Abnehmer ein wesentlich geringeres wirtschaftliches Risiko eingeht als bei Abschluss eines Versicherungsvertrages.
- b) Jedes Versicherungsgeschäft hat in gewisser Hinsicht **aleatorischen Charakter** (Glücksgeschäft) und die **Gefahr von Fehleinschätzungen** bzw Fehlspekulationen ist bei derartigen Geschäften besonders groß. Hinzu kommt, dass in dem Zeitpunkt, in dem solche Fehleinschätzungen erkannt werden, die Verluste, die daraus resultieren, bereits entstanden sind; die Erfüllung aller Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen kann in diesem Zeitpunkt bereits unmöglich geworden sein.
- c) Der Schutz der Versicherungsnehmer vor wirtschaftlichen Verlusten aus Versicherungsverträgen ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil im Falle der Nichterfüllung der Verpflichtungen aus einem Versicherungsvertrag für jene Versicherungsnehmer, die von einem Schaden betroffen sind, nicht nur die Prämien verloren sind; für diese Versicherungsnehmer entsteht vielfach ein viel größerer Verlust, der bis zur **Vernichtung ihrer wirtschaftlichen Existenz** führen kann. Wenn jemand an ein anderes Unternehmen eine Anzahlung leistet und dieses Unternehmen kann seine Liefer- oder Leistungsverpflichtung nicht erfüllen, dann ist die Anzahlung verloren. Ist das Unternehmen, das seine Leistung nicht erbringen kann, ein Versicherungsunternehmen, dann kann der Verlust für den Versicherungsnehmer, der sich durch die Nichterbringung der Versicherungsleistung im Schadenfall ergibt, bis zum Tausendfachen der bezahlten Prämie ausmachen. Aus diesem Grund enthält das Versicherungsaufsichtsgesetz auch **insolvenzrechtliche Vorschriften**, die vorsehen, dass **Forderungen** der Versicherungsnehmer **aufgrund von Schadenfällen vorrangig** vor den Forderungen aller übrigen Gläubiger zu erfüllen sind.
- d) Versicherungsunternehmen haben in der Regel **keine Liquiditätsprobleme**. Es bedeutet für sie kein Problem, das Kapital, das sie zur Finanzierung der für ihren Geschäftsbetrieb erforderlichen Vermögenswerte benötigen, zu beschaffen; aus der Durchführung der Versicherungsgeschäfte steht ihnen so viel Kapital (Fremdkapital) zur Verfügung, dass sie einen erheblichen Teil dieses Kapitals außerhalb ihres Betriebes in ertragbringenden Vermögenswerten (in den sogenannten Kapitalanlagen) anlegen können. Damit ist aber ein wirksames Alarmsignal, das bei anderen Unternehmen schon frühzeitig eine Ver-

schlechterung der wirtschaftlichen Situation erkennen lässt, außer Funktion gesetzt. Bei einem Versicherungsunternehmen muss in der Regel bereits eine sehr starke Überschuldung eingetreten sein, bis sich Liquiditätsschwierigkeiten (dh, die Unfähigkeit, fällige Verpflichtungen zu erfüllen) ergeben.

Unter dem Blickwinkel, welche **aufsichtsbehördlichen Instrumente** im Mittelpunkt der Aufsicht stehen, wird in der Literatur und in der Praxis zwischen folgenden **Aufsichtssystemen** unterschieden:

- **Konzessionssystem:** Die Aufsicht erschöpft sich in der Prüfung der Voraussetzungen für die Zulassung zum Geschäftsbetrieb.
- **Publizitätssystem:** Die Unternehmen sind keiner besonderen Überwachung unterstellt, der Gesetzgeber ordnet lediglich die verpflichtende Offenlegung bestimmter Informationen an. Die Aufsicht beschränkt sich darauf, die Einhaltung dieser Offenlegungspflichten zu überwachen und zu prüfen, ob sie den Tatsachen entsprechen. Die inhaltliche Würdigung der offengelegten Informationen obliegt damit den Versicherten, den Vertragspartnern und der Öffentlichkeit.
- **Normativsystem:** Die Unternehmen sind lediglich einer formellen Überwachung unterstellt, die Aufsicht ist zu keinen materiellen Eingriffen in die Geschäftstätigkeit berechtigt.
- **System der materiellen Aufsicht:** Diesem Konzept kann die Aufsicht im Sinne von Solvency II zugeordnet werden. Die Aufsicht umfasst eine materielle Prüfung der gesamten Geschäftstätigkeit der Versicherungsunternehmen. Der Behörde werden Ermessensspielräume eingeräumt und zur Vermeidung, dass die Aufsicht zu stark in die Privatautonomie der Versicherungsunternehmen eingreift, sind der Aufsicht dahingehend Grenzen gesetzt, als auch in diesem System die gestaltende Funktion den Versicherungsunternehmen zukommt.

Versicherungsaufsichtsbehörde ist in Österreich seit 2002 die **Finanzmarktaufsicht (FMA)**, welche Banken-, Versicherungs-, Pensionskassen- und Wertpapieraufsicht unter einem Dach vereint. Einerseits beaufsichtigt die FMA damit Banken, Versicherungsunternehmen, Pensionskassen, Betriebliche Vorsorgekassen, Wertpapierfirmen und Wertpapierdienstleistungsunternehmen, Investmentfonds, Finanzkonglomerate sowie Börseunternehmen. Andererseits überwacht sie, dass

- im Handel mit börsennotierten Wertpapieren rechtliche Vorgaben, Fairness und Transparenz eingehalten werden (Markt- und Börsenaufsicht)
- beim öffentlichen Angebot von Wertpapieren umfassende Prospekte dem Publikum Chancen und Risiken des Investments angemessen darstellen (Aufsicht über Kapitalmarktprospekte),
- die Grundsätze guter Unternehmensführung sowie ordnungsgemäßer Beratung eingehalten werden (Aufsicht über Compliance und Wohlverhaltensregeln),
- unerlaubtes Anbieten und Erbringen von Finanzdienstleistungen unterbunden und geahndet wird,
- und alle Finanzinstitute über entsprechende Einrichtungen verfügen, die präventiv gegen Geldwäsche und Finanzierung des Terrors wirken.

Die FMA ist in das **europäische System der Versicherungsaufsicht** eingebunden. Als Reaktion auf die Finanzkrise beginnend im Jahr 2007 wurde mit 1.1.2011 ein europäisches System der Finanzaufsicht (**ESFS**) eingerichtet, welches aus der European Banking Authority (**EBA**), der European Securities and Markets Authority (**ESMA**) und schließlich der European Insurance and Occupational Pensions Authority (**EIOPA**) besteht. Damit sollen Qualität und Kohärenz der nationalen Aufsicht verbessert, die Beaufsichtigung grenzüberschreitend tätiger Gruppen gestärkt und eine konvergente Anwendung des einheitlichen europäischen Regelwerks gewährleistet werden.

3. Die rechtlichen Grundlagen der einzelnen Versicherungsverträge

Für die einzelnen Versicherungsverträge gelten die nachstehenden rechtlichen Grundlagen:

- a) das **Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch**;
- b) das **Unternehmensgesetzbuch**. Laut § 1 UGB ist Unternehmer, wer ein Unternehmen betreibt. Ein Unternehmen ist jede auf Dauer angelegte Organisation selbständiger wirtschaftlicher Tätigkeit, mag sie auch nicht auf Gewinn gerichtet sein. Entsprechend § 2 UGB sind Aktiengesellschaften, Gesellschaften mit beschränkter Haftung, Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, Sparkassen, Europäische wirtschaftliche Interessenvereinigungen (EWIV), Europäische Gesellschaften (SE) und Europäische Genossenschaften (SCE) Unternehmer kraft Rechtsform. Dies bedeutet, dass für Versicherungsunternehmen die Vorschriften des Unternehmensgesetzbuches gelten;
- c) das **Versicherungsvertragsgesetz (VVG)** aus dem Jahr 1959 (BGBl 2/1959), das inhaltlich zunächst weitgehend mit dem im Jahr 1939 in Österreich eingeführten deutschen Versicherungsvertragsgesetz vom 30. Mai 1908 übereinstimmte.

Das Versicherungsvertragsgesetz besteht aus sechs Abschnitten:

- Vorschriften für **sämtliche Versicherungszweige** (allgemeine Vorschriften, Anzeigepflicht und Gefahrenerhöhung, Prämien, Versicherungsagenten),
- Vorschriften für die **Schadenversicherung** (Vorschriften für die gesamte Schadenversicherung und besondere Vorschriften für die Feuerversicherung, die Hagelversicherung, die Tierversicherung, die Haftpflichtversicherung und die Rechtsschutzversicherung),
- Vorschriften für die **Lebensversicherung**,
- Vorschriften für die **Krankenversicherung**,
- Vorschriften für die **Unfallversicherung**,
- **Schlussvorschriften**;

- d) die **allgemeinen Versicherungsbedingungen** für die einzelnen Versicherungssparten, die bis 1994 von der Versicherungsaufsichtsbehörde als Teile der Geschäftspläne genehmigt werden mussten. In vielen Versicherungssparten wurden von sämtlichen österreichischen Versicherungsunternehmen einheitliche Versicherungsbedingungen verwendet.
- e) die **besonderen Versicherungsbedingungen**. Diese sind von den allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichende oder sie ergänzende Bestimmungen, die für bestimmte Gruppen von Versicherungsverträgen regelmäßig verwendet werden sollen.

Von den allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen darf **zuungunsten des Versicherungsnehmers** nur aus sachlich gerechtfertigten Gründen und nur dann **abgewichen** werden, wenn der Versicherungsnehmer vor dem Versicherungsabschluss darauf ausdrücklich hingewiesen worden ist und er sich schriftlich damit einverstanden erklärt hat.

- f) die **Regelungen in den einzelnen Versicherungsverträgen**. Im VAG ist festgelegt, welche Bestimmungen ein Versicherungsvertrag jedenfalls zu enthalten hat.

V. Der organisatorische Aufbau der Versicherungsunternehmen

1. Der sachliche Umfang des Geschäftsbetriebs eines Versicherungsunternehmens

Man unterscheidet Versicherungsunternehmen, die sich lediglich **in einer Sparte** oder **in wenigen Sparten** betätigen (Spezialversicherungsunternehmen, wie zB die Kreditversicherungsunternehmen, die Österreichische Hagelversicherung aG, die Europäische Reiseversicherungs-AG, die Spezial-Rechtsschutzversicherungsunternehmen und reine Lebensversicherungsunternehmen), und Versicherungsunternehmen, die in **mehreren Sparten** tätig sind.

In Österreich war es bis zum 2. Mai 1992 (Zeitpunkt der Unterfertigung des EWR-Vertrages) möglich, dass einem Versicherungsunternehmen die Konzession sowohl zum Betrieb der **Lebensversicherung** als auch zum Betrieb (von Sparten) der **Nichtlebensversicherung** erteilt wird. Seitdem gelten die Bestimmungen zur sogenannten **Spartentrennung**. Spartentrennung bedeutet, dass neben einem bestimmten Versicherungszweig kein anderer Versicherungszweig oder nur bestimmte andere Versicherungszweige betrieben werden dürfen. Im VAG 2016 ist verankert, dass ein Versicherungsunternehmen neben der Lebensversicherung nur die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Rückversicherung betreiben darf (§ 7 Abs. 3 VAG). Die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Rückversicherung dürfen auch neben anderen Zweigen der Nichtlebensversicherung (Schadenversicherung) betrieben werden. Bis zum Moment der Einführung der Spartentrennung **bestehende Konzessionen** für die Lebensversicherung und die Nichtlebensversicherung (für sogenannte **Kompositversicherungsunternehmen**) bleiben aufrecht.

Die Spartentrennung dient insbesondere dem Interesse der Versicherten in der Lebensversicherung. Dieses soll nicht durch ungünstige Ergebnisse anderer Versicherungszweige beeinträchtigt werden. Die österreichischen Versicherungsunternehmen müssen für die Lebensversicherung, die Krankenversicherung und die Schaden- und Unfallversicherung **getrennt Rechnung legen** (Aufgliederung der Bilanzposten in Vorspalten, getrennte Erstellung technischer Gewinn- und Verlustrechnungen nach **Bilanzabteilungen**; daraus ergibt sich eine Art Segmentberichterstattung).

Kompositversicherungsunternehmen haben auch die Aufwendungen und Erträge, soweit sie nicht ihrer Art nach zu einer einzigen Bilanzabteilung gehören, nach **Zuordnungsverfahren** den einzelnen Bilanzabteilungen zuzurechnen. Diese Zuordnungsverfahren bedürfen der Genehmigung durch die FMA. Wenn Vermögenswerte von der Bilanzabteilung Lebensversicherung oder Krankenversicherung auf eine andere Bilanzabteilung übertragen und innerhalb eines Jahres veräußert werden, so sind allfällige Veräußerungsgewinne der ursprünglichen Bilanzabteilung zuzurechnen. Weiters sind die Eigenmittel (Posten A. und B. der Passiva) den betriebenen Bilanzabteilungen zuzuordnen. Das Jahresergebnis, das sich in einer bestimmten Bilanzabteilung nach Aufteilung der Aufwendungen und Erträge nach dem

Verursachungsprinzip und den Zuordnungsverfahren ergibt, wirkt sich unmittelbar auf die Eigenmittel aus. Solange allerdings die fiktiven Lebensversicherungs- und Nicht-Lebensversicherungs-Mindestkapitalanforderungen erfüllt sind, dürfen die **Eigenmittel auf eine andere Bilanzabteilung übertragen** werden (vgl. § 141 VAG).

Die Tendenz zur Ausweitung des Geschäftsbetriebes über einen Bereich hinaus (zum **Kompositversicherer**) war in Österreich bis zum Jahr 1992 stark ausgeprägt. Auch kleinere Versicherungsunternehmen betätigen sich unverändert häufig in mehr als einem der drei Bereiche (zB Kombination Schaden und Leben, Leben und Unfall, Leben und Kranken). Die meisten großen Versicherungsunternehmen betreiben allein oder zusammen mit Tochter- oder Schwestergesellschaften das Versicherungsgeschäft in allen Sparten.

Der **Hauptvorteil des Kompositversicherers** besteht darin, dass er dem Versicherungsnehmer ein **umfassendes Versicherungsangebot** in sämtlichen Sparten unterbreiten kann und dass die im Verkaufsapparat tätigen Mitarbeiter alle bei ihren Kunden bestehenden Versicherungswünsche – mit Ausnahme der nur von Spezialversicherungsunternehmen betriebenen Sparten wie die Hagelversicherung und die Kreditversicherung – im eigenen Unternehmen decken können. Dies ermöglicht es, mit den **Mitarbeitern Exklusivverträge** abzuschließen und ihnen zu untersagen, Versicherungsverträge für andere Versicherungsunternehmen zu vermitteln; diese Möglichkeit muss einem Mitarbeiter hingegen im Allgemeinen dann eingeräumt werden, wenn von dem Versicherungsunternehmen, bei dem er beschäftigt ist, bestimmte Versicherungssparten nicht betrieben werden.

Die **Einwände gegen die Kompositversicherungsunternehmen** gehen davon aus, dass das Schadenversicherungsgeschäft in der Regel **risikoreicher und verlustgefährdeter** ist als das Lebensversicherungsgeschäft und dass bei einem Kompositversicherungsunternehmen daher die Gefahr besteht, dass Versicherungsnehmer in der Lebensversicherung durch Verluste aus anderen Versicherungssparten geschädigt werden. Diese Gefahr besteht weniger darin, dass die **vertraglichen Ansprüche** der Versicherungsnehmer in der Lebensversicherung nicht erfüllt werden können (dies wird dadurch verhindert, dass die Verpflichtungen aus dem Lebensversicherungsgeschäft durch besondere Vermögenswerte, die dem Zugriff anderer Gläubiger entzogen sind und die den sogenannten **Deckungsstock** bilden, bedeckt werden), als dass die **Gewinnansprüche** der Versicherungsnehmer in der Lebensversicherung durch Verluste in anderen Versicherungszweigen geschmälert werden. Diese Gefahr soll durch die Vorschriften über die **getrennte Rechnungslegung** vermieden werden.

Es kommt allerdings auch häufig vor, dass sich größere Versicherungsunternehmen, die in einem der Hauptbereiche tätig sind, **Tochtergesellschaften** angliedern, die das Versicherungsgeschäft in den anderen Bereichen betreiben und dass für die Muttergesellschaft und die Tochtergesellschaften eine **gemeinsame Verwaltung** und eine **gemeinsame Verkaufsorganisation** besteht. Diese Versicherungsunternehmen stehen in der Regel unter einheitlicher Leitung; sie bilden einen Konzern.

2. Die Abteilungsgliederung der Versicherungsunternehmen

Jedes Versicherungsunternehmen hat die folgenden **Hauptabteilungen**:

1. die Unternehmensleitung und verschiedene Stabsstellen (zB Rechtsbüro, Personalbüro, Mitarbeiterschulung, Governance Funktionen [Risikomanagement, Aktuariat, Compliance, Innenrevision])
2. die Verkaufsabteilungen (die sogenannte Verkaufs- oder Außenorganisation)
3. die Betriebsabteilungen (die sogenannten Fachabteilungen)
4. die Schadenabteilungen (bei Lebensversicherungsunternehmen die Regulierungsabteilungen)
5. die Rückversicherungsabteilung
6. die Vermögensverwaltung
7. die Inkassoabteilung
8. das Rechnungswesen
9. die Datenverarbeitung
10. verschiedene sonstige Hilfsabteilungen

In manchen Versicherungssparten, insbesondere in jenen Sparten, in denen als Versicherungsnehmer Großkunden auftreten, können die **Betriebs(Fach)abteilungen** und die **Schadenabteilungen** miteinander verbunden sein und unter **einheitlicher Leitung** stehen (zB in der Feuerversicherung, in der Transportversicherung).

Der organisatorische Aufbau eines Versicherungsunternehmens ist auch abhängig von der Größe des Unternehmens, der Größe der einzelnen Abteilungen und der Qualifikation der in den einzelnen Abteilungen beschäftigten leitenden Mitarbeiter.

3. Die räumliche Verteilung der Versicherungsunternehmen in Österreich

Die Mehrzahl der österreichischen Versicherungsunternehmen hat ihren **Sitz in Wien**. **Außerhalb von Wien** haben die sogenannten Landesversicherungsunternehmen (in den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg, Kärnten und Steiermark), eine Reihe von regional wie national tätigen Versicherungsunternehmen (zB Merkur Versicherung, MuKi VVaG, Wüstenrot Versicherung) und eine Reihe kleiner Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (bäuerliche Brandschaden- und Tierversicherungsvereine) ihren Sitz.

Der zunehmende Verdrängungswettbewerb und verschärfte aufsichtsrechtliche Vorschriften führten in den vergangenen Jahren zu einer **starken Konzentration auf dem österreichischen Versicherungsmarkt**, welcher durch immer neue Fusionierungen aber auch

durch Umgründungen in Zweigniederlassungen gekennzeichnet war. Während also Ende 2008 noch 106 inländische Versicherungsunternehmen (davon 56 kleine Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit) tätig waren, existieren gegenwärtig (Stand Ende 2018) in Österreich nur noch 37 große Versicherungsunternehmen (in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft oder eines großen Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit) und 50 kleine Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Daneben existieren allerdings gegenwärtig auch noch 31 Zweigniederlassungen von Versicherungsunternehmen innerhalb bzw außerhalb des EWR. Außerdem haben seit Einführung der Dienstleistungsfreiheit mittlerweile mehr als 1.000 ausländische Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem EWR-Vertragsstaat den Dienstleistungsverkehr in Österreich angemeldet; nur wenige dieser Versicherungsunternehmen haben aber bisher in einem nennenswerten Ausmaß in Österreich Versicherungsverträge abgeschlossen.

4. Der Aufbau der Betriebsorganisation in räumlicher Hinsicht

Die Mehrzahl der österreichischen Versicherungsunternehmen erstreckt ihren Geschäftsbetrieb auf das gesamte Gebiet der Republik Österreich; lediglich die Landesversicherungsunternehmen beschränken ihre Geschäftstätigkeit im Wesentlichen auf das Bundesland, in dem sie ihren Sitz haben. Zur Verbindung mit den Versicherungsnehmern verfügen die Versicherungsunternehmen meist über **Filialen in den Landeshauptstädten** und über **Geschäftsstellen in sonstigen größeren Orten**.

Während die **Geschäftsstellen** überwiegend **Verkaufsstützpunkte** (Stützpunkte der Verkaufsorganisation) sind, werden von den **Filialdirektionen** (Landesdirektionen) in den Landeshauptstädten zum Teil auch Betriebs- und Verwaltungsaufgaben ausgeführt; dazu gehört insbesondere die Mitwirkung beim **Prämieninkasso** und bei der **Schadenabwicklung**. Eine Dezentralisation der Verwaltung ist insbesondere in der Schaden- und Unfallversicherung festzustellen, in geringerem Maße hingegen in der Krankenversicherung und fast überhaupt nicht in der Lebensversicherung.

Die Einführung der automatisierten Datenverarbeitung hat zunächst die **Zentralisation** der **Betriebs- und Verwaltungstätigkeit** begünstigt; die späteren Entwicklungen auf diesem Gebiet (Daten-Fernübertragung) ermöglichten hingegen wieder die **Dezentralisation** von Betriebsfunktionen bis zu den Geschäftsstellen, wodurch eine rasche und wirksame Kundenbetreuung erreicht werden soll.

5. Die Abgrenzung zwischen Verkauf und Betrieb

Die Abgrenzung zwischen der Verkaufsorganisation und dem Betriebs- und Verwaltungsbereich erfolgt in der Regel nach dem **Aufgabengebiet (Funktion)**. In der **Lebensversicherung**, in der bei der Prämienkalkulation zwischen Abschluss-, Inkasso- und Verwaltungsaufwendungen unterschieden wird, wird der Verkaufsbereich (in welchem Aufwendungen für den Versicherungsabschluss anfallen) sehr umfassend definiert; er umfasst

alle Abteilungen und Mitarbeiter bzw alle Personal- und Sachaufwendungen, die bei Einstellung des Neugeschäfts wegfallen können. In der **Schaden- und Unfallversicherung** ist die Abgrenzung zwischen der Akquisitionstätigkeit und der laufenden Betreuung der Versicherungsnehmer fließend.

Weitere Unterscheidungen können nach der **Art der Tätigkeit** (Außendienst und Innendienst) und nach der **dienstrechtlichen Zuordnung** (Kollektivvertrag Außendienst und Innendienst) getroffen werden.

Die **Mitarbeiter im Außendienst** unterliegen anderen arbeitsrechtlichen Bestimmungen (dem Kollektivvertrag für Mitarbeiter im Außendienst), welche dem Dienstgeber eine größere Freizügigkeit gewähren; insbesondere ist die Auflösung des Dienstverhältnisses durch Kündigung durch den Dienstgeber leichter möglich.

Der Kollektivvertrag für die **Angestellten im Innendienst** lehnte sich dagegen in der Vergangenheit in verschiedenen Belangen ziemlich stark an die **Grundsätze des Dienstrechts von Beamten** an; er sieht für Dienstnehmer, die bis zum Jahr 1996 einen Dienstvertrag abgeschlossen haben, eine ausgeprägte Staffelung der Bezüge nach der Dienstzeit und eine nur geringe Unterscheidung der Bezüge nach der Leistung sowie eine weitgehende Unkündbarkeit des Dienstverhältnisses nach Ablauf von fünf bis zehn Dienstjahren (nach dieser Zeit entwickelt sich ein sogenanntes definitives Dienstverhältnis ["Definitivum"]; ähnlich der Pragmatisierung von Beamten) vor. Für nach 1996 eingetretene Dienstnehmer sind im Kollektivvertrag etwas flexiblere Regelungen vorgesehen.

VI. Die Verkaufsorganisation der Versicherungsunternehmen

1. Die Grundlagen des Wettbewerbs in der Versicherungswirtschaft

Die Wettbewerbsverhältnisse in der Versicherungswirtschaft sind vor allem durch drei Gegebenheiten gekennzeichnet:

a) durch die Art des Produkts

Das Produkt (die Leistung) der Versicherungsunternehmen besteht in der **Übernahme von Risiken** bzw in dem **Versprechen**, bei Eintritt des Versicherungsfalls einen Geldbedarf zu decken. Das Produkt der Versicherungsunternehmen ist **nicht anschaulich**, die Leistung liegt in der Zukunft, jeder Versicherer bietet **gleiche** oder – wenn künftig von den einzelnen Anbietern den Verträgen unterschiedliche Allgemeine Versicherungsbedingungen zugrundegelegt werden – **ähnliche Leistungen** an; für die "Konsumenten" wirken jedenfalls die von den einzelnen Versicherungsunternehmen angebotenen Leistungen weitgehend gleichartig. Jener Umstand, der für die Qualität der von den einzelnen Versicherungsunternehmen angebotenen Leistung in erster Linie entscheidend ist – die **Sicherheit**, dass die Leistung im Versicherungsfall tatsächlich erbracht werden kann –, kann vom Versicherungsnehmer meist nur **sehr schwer beurteilt** werden, weil diese Beurteilung eine eingehende Kenntnis der wirtschaftlichen Lage des einzelnen Versicherungsunternehmens zur Voraussetzung hätte. Die **Sicherheit der Ansprüche** der Versicherungsnehmer wurde im Übrigen zumindest in der Vergangenheit durch die **Versicherungsaufsicht** bei allen Versicherungsunternehmen weitgehend gewährleistet.

Es wurden und werden immer wieder Überlegungen angestellt, **Leistungssicherungseinrichtungen** zu schaffen, durch die den Versicherten auch im Falle der Insolvenz eines Versicherungsunternehmens zumindest ein Großteil der versprochenen Leistungen garantiert wird. Gegen die Schaffung solcher Einrichtungen wird mit Recht eingewendet, dass dadurch die Prämienschleuderei gefördert wird, da dem Versicherungsnehmer das Risiko, bei Abschluss eines Vertrages mit unzureichenden Prämien einen Nachteil im Schadenfall zu erleiden, abgenommen wird. - In Österreich existieren bis dato keine Leistungssicherungseinrichtungen.

b) durch die wenig ausgeprägten Kapazitätsgrenzen der einzelnen Versicherungsunternehmen

Die **Leistungskapazität** der einzelnen Versicherungsunternehmen ist innerhalb bestimmter Grenzen **sehr flexibel**. Für die Abgabe des Leistungsversprechens sind **keine** besonderen **Fertigungseinrichtungen** erforderlich; das Angebot des einzelnen Versicherungsunternehmens ist daher innerhalb ziemlich weiter Grenzen rasch vermehrbar, ohne dass es vorher besonderer Investitionen zum Aufbau eines Produktionsapparates bedürfte. Zur Abgabe des Leistungsversprechens genügt zunächst die Ausstellung eines Stücks Papier, einer Versicherungspolize.

Es gibt wohl **Grenzen für die Kapazität** eines Versicherungsunternehmens, die einerseits durch den **Betriebs- und Verwaltungsapparat** im weiteren Sinn und andererseits durch die versicherungstechnisch begründete Fähigkeit, Risiken zu übernehmen (die sogenannte **Zeichnungskapazität**) bestimmt werden. Der **Betriebs- und Verwaltungsapparat** ist jedoch fast immer flexibel genug, dass alle von der bestehenden Verkaufsorganisation akquirierten Versicherungsanträge bewältigt werden können. Die **Zeichnungskapazität** nimmt bei Ausweitung des Geschäfts in quantitativer Hinsicht sogar automatisch zu, weil sich bei einer mengenmäßigen Vergrößerung des Geschäftsumfanges ein besserer Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl ergibt.

c) durch das Interesse an einer Geschäftsausweitung

Die meisten Versicherungsunternehmen sind erfahrungsgemäß an einer Geschäftsausweitung in noch stärkerem Maß interessiert als Unternehmen in anderen Wirtschaftszweigen. Dieses ausgeprägte **Streben nach Geschäftsausweitung** kann ua damit begründet werden, dass ein größerer Geschäftsumfang die finanzielle Grundlage für ein stärker verzweigtes Netz der Verkaufsorganisation bietet, wodurch das sogenannte **akquisitorische Potential** eines Versicherungsunternehmens vergrößert und verbessert wird.

Auch in den Bereichen **Betrieb und Verwaltung** führt die Ausweitung des Geschäftsumfanges zu einer **Degression der Kosten**, solange die optimale Betriebsgröße noch nicht erreicht ist.

Die Geschäftsleitungen der Versicherungsunternehmen sind an einer Ausweitung des Geschäftsumfanges (des Prämienaufkommens) überdies meist auch deswegen interessiert, weil die durch die Geschäftsausweitung ausgelösten **Erträge (die Prämieinnahmen)** gewiss sind und sie die **Chance** sehen, dass sich die **Aufwendungen für Versicherungsfälle** nicht im gleichen Ausmaß erhöhen wie die Erträge. Dieser Chance steht allerdings die **Gefahr** gegenüber, dass die Aufwendungen für Versicherungsfälle in stärkerem Ausmaße ansteigen als die Erträge; dass diese Gefahr nicht nur rein theoretischer Natur ist, mussten verschiedene Versicherungsunternehmen feststellen, die in einzelnen Jahren die Geschäftsexpansion besonders forciert haben und zur Erreichung dieses Zieles die Risikozensur gelockert oder die Prämienätze vermindert haben. In manchen Fällen hat es sich gezeigt, dass die absoluten Beträge allein der Aufwendungen für Versicherungsfälle und der Provisionsaufwendungen stärker gestiegen sind als die Prämien, sodass das zusätzlich gezeichnete Geschäft keinen Beitrag zur Deckung der sonstigen Vertriebs-, Betriebs- und Verwaltungsaufwendungen geliefert, mitunter sogar den Deckungsbeitrag für diese Aufwendungen vermindert hat.

Schließlich ist auch das **Interesse der Mitarbeiter im Außendienst** an einer Erhöhung ihrer **Provisionseinkünfte** eine wichtige Ursache für das Streben der einzelnen Versicherungsunternehmen nach einer Geschäftsausweitung.

d) die absatzpolitischen Instrumente der Versicherungsunternehmen

Die **wichtigsten absatzpolitischen Instrumente** der Versicherungsunternehmen, mit denen sie die Verbesserung oder zumindest Behauptung ihrer Stellung im Wettbewerb anstreben, sind die folgenden:

- die **Preisgestaltung** (Tarifpolitik)

- ein dichtes **Netz von Mitarbeitern** im Außendienst
- die **Werbung** für den **Firmennamen** des Versicherungsunternehmens
- die Entwicklung neuer **Produkte** und besonderer **Tarifkombinationen** (insbesondere in der Lebens- und Krankenversicherung) und besonderer **Abgrenzungen des Versicherungsschutzes** (in anderen Versicherungszweigen)
- eine gute **Betreuung der Kunden** (Beratung der Kunden, Behandlung von Schadenfällen)
- die **finanzielle Unterstützung** der Geschäftsaufbringung durch Kreditgewährungen an Versicherungsnehmer im Rahmen der **Kapitalveranlagung**

Eine **Preisunterbietung** (Unterbietung in den Prämienätzen) **als Wettbewerbsinstrument** ist in der Versicherungswirtschaft besonders problematisch, da die **Kosten des Produkts** Versicherungsschutz in den meisten Versicherungssparten **nicht genau** ermittelt werden können und der wichtigste Kostenfaktor – der **Schadenaufwand** – sich nach dem Abschluss eines Versicherungsvertrags weitgehend der **Beeinflussung** durch das Versicherungsunternehmen **entzieht**. Die Gefahr, dass aufgrund einer zu optimistischen Beurteilung der künftigen Aufwendungen für die Übernahme des Risikos **Entgelte** (Prämien) verlangt werden, die zur Deckung der künftig anfallenden Aufwendungen nicht ausreichen (**insuffizient** sind), ist daher verhältnismäßig groß. Ein **unzureichendes Prämienniveau**, das auf einen zu scharfen Preiswettbewerb zurückzuführen ist, ist letztlich auch nicht im Interesse der Versicherungsnehmer – die legitimerweise an niedrigen Preisen für das Produkt Versicherungsschutz interessiert sind – gelegen, da für die Versicherungsnehmer die Sicherheit, im Schadenfall die Versicherungsentschädigung zu erhalten, gegenüber einem niedrigen Preis für den Versicherungsschutz Priorität hat.

Bei der Gestaltung **neuer Produkte** handelt es sich entweder um Versicherungsangebote für **Risiken**, für die in der Vergangenheit überhaupt **kein Versicherungsschutz** möglich war (Führerscheinverlust, Verlust oder Zerstörung von Brillen, Arbeitslosigkeit, lebensbedrohende Erkrankungen) oder um **besondere Kombinationen** von Risiken.

Die **Unterscheidung des Versicherungsangebotes** eines Versicherungsunternehmens von dem seiner Konkurrenten (Ausweichen vom **homogenen** in den **heterogenen Wettbewerb**) kann durch eine **besondere Gestaltung der Versicherungsbedingungen** oder durch eine **besondere Gestaltung der Tarife** erreicht werden. Durch diese Maßnahmen soll der Versicherungsschutz möglichst weitgehend an die individuellen Bedürfnisse des Konsumenten (Versicherungsnehmers) angepasst werden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass **unterschiedliche Versicherungsbedingungen und Tarife** den Versicherungsnehmern (Konsumenten) einen **Vergleich** der von den einzelnen Versicherungsunternehmen für ihre Leistungen geforderten Preise **erschweren** (**Verschlechterung der Transparenz** der Angebote).

Der **Umfang der Werbung** und die **Präsenz** in der **Nähe des Kunden** nehmen im Allgemeinen mit zunehmender Größe des Versicherungsunternehmens zu; insbesondere ist es großen Versicherungsunternehmen möglich, auch in kleineren Orten durch Geschäftsstellen präsent zu sein.

Die **Unterstützung** der Geschäftsaufbringung durch die **Kapitalveranlagung** ist eher problematisch; sie wird von der FMA nicht gewünscht.

2. Der Aufbau der Verkaufsorganisation der Versicherungsunternehmen

Der Kontakt zwischen den Versicherungsunternehmen und ihren Kunden, den Versicherungsnehmern, wird von den meisten Versicherungsunternehmen durch **persönliche Kontakte** der nachstehenden **Vertriebsorgane** herbeigeführt bzw aufrechterhalten:

- a) **Versicherungsmakler**,
- b) **nebenberufliche Versicherungsvertreter**, die zwar – zumindest in einer bestimmten Versicherungssparte – vorwiegend für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen tätig sind, zu diesem Versicherungsunternehmen aber in keinem Dienstverhältnis sondern lediglich in einem Werksvertragsverhältnis stehen, und
- c) **hauptberufliche Versicherungsvertreter** (Angestellte im Außendienst), die zu einem Versicherungsunternehmen in einem Dienstverhältnis stehen.

Mittlerweile häufig anzutreffen sind sogenannte **Agenturen**, die entweder exklusiv den Vertrieb der Produkte eines Versicherungsunternehmens (oder einer Versicherungsgruppe) abwickeln (sogenannte Exklusivagenturen) oder Produkte mehrerer Versicherungsunternehmen vertreiben. Sie nehmen damit entweder eine maklerähnliche Stellung ein oder aber sie sind den hauptberuflichen Versicherungsvertretern ähnlich.

Neben dem Vertrieb durch persönliche Kontaktaufnahme mit den Kunden gibt es den sogenannten **Direktvertrieb**: dabei wird Personen, bei denen ein Versicherungsbedarf vermutet wird, ein schriftliches Anbot auf Abschluss eines Versicherungsvertrags gemacht. Der Direktvertrieb ist in Österreich wenig verbreitet. Es gibt in Österreich **keine selbständigen Versicherungsunternehmen**, die Versicherungsverträge **ausschließlich** im Wege des Direktvertriebs akquirieren. Verschiedene Versicherungsunternehmen **ergänzen** jedoch ihre "konventionelle" Akquisitionstätigkeit durch Direktvertriebs-Aktionen bzw durch die Aktivität von Tochterunternehmen, die speziell für diesen Zweck gegründet wurden.

In manchen Versicherungssparten werden Versicherungsverträge auch über **Unternehmen**, die in **anderen Bereichen** tätig sind, angeboten. Dies gilt insbesondere für den Verkauf von **Lebensversicherungen** über Kreditinstitute, von **Kraftfahrzeugversicherungen** über Kraftfahrzeughändler und von **problemlosen Sach- und Personenversicherungen** (einfachen Haushaltsversicherungen, Unfallversicherungen) über andere Handelsunternehmen. Auch **Vertrauensleute in Betrieben** (Betriebsräte) können in den Vertrieb von Versicherungsverträgen eingeschaltet werden. Eine nennenswerte Verbilligung gegenüber dem Vertrieb durch die eigene Außenorganisation tritt durch die Einschaltung dieser Vertriebsstellen erfahrungsgemäß nicht ein, da zum Teil (große Kreditinstitute) hohe Provisionen bezahlt werden müssen und zum Teil (Handelsunternehmen, kleinere Kreditinstitute) eine ziemlich intensive Betreuung (Beratung) der Vertriebsstellen erforderlich ist.

Zunehmend bedeutsam ist mittlerweile auch der **Online-Vertrieb** (Abschluss von Versicherungsverträgen über das Internet, teilweise über Vergleichsplattformen).

a) Versicherungsmakler

Der **Versicherungsmakler** steht theoretisch zwischen den Versicherungsnehmern und den Versicherungsunternehmen. Er stellt fest, welchen Versicherungsbedarf ein Versicherungsnehmer hat und soll in dessen Auftrag jenes Versicherungsunternehmen auswählen, das zur Deckung dieses Versicherungsbedarfs am besten geeignet ist. Der Makler vertritt, obwohl er für seine Leistungen **vom Versicherungsunternehmen honoriert** wird, primär die **Interessen des Versicherungsnehmers**, der sein **Auftraggeber** ist. Er fungiert mitunter auch als **Berater** des Versicherungsnehmers; für diese Tätigkeit kann er vom Versicherungsnehmer auch ein Honorar beziehen.

Bei Maklern können sich **Interessenkonflikte** zwischen dem Interesse des Versicherungsnehmers an der Erlangung des günstigsten Versicherungsschutzes und seinem eigenen Provisionsinteresse ergeben. Es gibt europaweit Überlegungen, strenge **Sanktionen** vorzusehen, wenn ein Makler die Interessen seines Auftraggebers nicht ausreichend vertritt. Die Makler sollen verpflichtet werden, einen Auftrag eines Kunden auf Vermittlung von Versicherungsschutz nur dann anzunehmen, wenn sie in der Lage (und gewillt) sind, dem Kunden den für ihn **optimalen Versicherungsschutz** (best advice) zu vermitteln.

Voraussetzung dafür, dass der Makler die Interessen seines Auftraggebers optimal vertritt ist, dass er einen **umfassenden Überblick** über die von den einzelnen Versicherungsunternehmen angebotenen Produkte hat. Mit zunehmender **Deregulierung** des Versicherungsmarktes (Dienstleistungsfreiheit, Individualisierung der Versicherungsbedingungen) wird diese Aufgabe schwieriger, die **Gefahr eines Verstoßes** gegen die Verpflichtung, den optimalen Versicherer für seinen Auftraggeber zu finden, wird größer. Andererseits führt die **Deregulierung des Versicherungsmarktes** dazu, dass der Kreis der Versicherungsnehmer, die an der Einschaltung eines objektiven Vermittlers mit umfassendem Marktüberblick interessiert sind, größer wird.

Sehr strenge Anforderungen an die Qualität der Beratung des Versicherungsnehmers durch den Makler haben zB in **Großbritannien** dazu geführt, dass die Anzahl der selbständigen Versicherungsmakler zurückgegangen ist; dh, dass eine Reihe von Versicherungsmaklern in die Funktion eines Einfirmenvertreters (eines selbständigen Vertreters eines einzelnen Versicherungsunternehmens) übergewechselt ist.

Es gab und gibt auch Überlegungen, dass Versicherungsmakler verhalten werden sollen, ihren Auftraggebern die **Höhe der Provision**, die sie von den Versicherungsunternehmen erhalten **offenzulegen**.

In Österreich wurde die Tätigkeit der Makler durch das im Jahr 1996 verabschiedete **Maklergesetz** geregelt. Die Versicherungsmakler sind in diesem Gesetz der Gruppe der **Handelsmakler** zugeordnet; für sie enthält das Gesetz allerdings verschiedene Sondervorschriften (§§ 26 bis 32).

In dem Gesetz wird ausgeführt, dass weder eine bloße **Rahmenprovisionsvereinbarung mit einem Versicherer** noch die **ständige Betrauung** durch den Versicherungskunden etwas an der Eigenschaft als Versicherungsmakler ändert. Die Bestimmungen des Gesetzes sind auch auf Personen anzuwenden, die die entgeltliche Vermittlungstätigkeit bloß **gelegentlich** ausüben.

Der Versicherungsmakler hat trotz Tätigkeit für beide Parteien des Versicherungsvertrags **überwiegend die Interessen des Versicherungskunden** zu wahren und diesem gegenüber die Pflicht, sich nach Kräften um die Geschäftsvermittlung zu bemühen.

Die Interessenwahrung umfasst die **Aufklärung** und **Beratung** des Versicherungskunden über den zu vermittelnden Versicherungsvertrag und insbesondere die folgenden Pflichten des Versicherungsmaklers

- Erstellung einer angemessenen **Risikoanalyse** und eines angemessenen **Deckungskonzepts**
- Beurteilung der **Solvenz des Versicherers** im Rahmen der einem Makler zugänglichen fachlichen Informationen
- Vermittlung des nach den Umständen des Einzelfalls **bestmöglichen Versicherungsschutzes**; die Interessenwahrung kann sich aus sachlich gerechtfertigten Gründen auf bestimmte **örtliche Märkte** und bestimmte **Versicherungsprodukte** beschränken, sofern der Makler dies seinem Auftraggeber ausdrücklich bekanntgibt
- **Bekanntgabe** der für den Versicherungskunden durchgeführten **Rechtshandlungen**, **Aushändigung** einer Durchschrift des **Versicherungsantrags**, der **Polizze** und der **Versicherungsbedingungen**
- **Prüfung der Polizze**
- **Unterstützung** des Versicherungskunden bei der **Abwicklung des Versicherungsverhältnisses** vor und nach Eintritt des Versicherungsfalls, insbesondere bei der Wahrung von Fristen
- Laufende **Überprüfung** der bestehenden **Versicherungsverträge**, gegebenenfalls Unterbreitung geeigneter **Vorschläge** für die Verbesserung des Versicherungsschutzes.

Im **Verhältnis zum Versicherer** hat der Versicherungsmakler insbesondere jene Interessen zu wahren, die auch der **Versicherungskunde** selbst vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrags dem Versicherer gegenüber zu beachten hat. Im besonderen ist der Versicherungsmakler verpflichtet, den Versicherer bei der Vertragsanbahnung über ihm bekannte oder erkennbare **besondere Risiken** zu **informieren**.

Das Gesetz enthält auch verschiedene Regelungen über den **Provisionsanspruch** des Versicherungsmaklers gegenüber dem Versicherer. Gegenüber dem Versicherungskunden steht ihm, wenn nicht schriftlich etwas Abweichendes vereinbart ist, kein Anspruch auf Provision, sonstige Vergütung und Aufwandsentschädigung zu.

Für die Versicherungsunternehmen haben Geschäftsabschlüsse über Versicherungsmakler den **Nachteil**, dass die **Bindung** der von Maklern vermittelten Versicherungsverträge an ein

bestimmtes Versicherungsunternehmen in der Regel **schwächer** ist als die Bindung der durch den haupt- und nebenberuflichen Verkaufsapparat des Versicherungsunternehmens geworbenen Versicherungsverträge und der von den eigenen Vertretern betreuten Versicherungsnehmer.

Die **Provisionssätze** für die von Maklern vermittelten Versicherungsverträge sind in der Regel **wesentlich höher** als die Provisionen, die anderen Vertretern vergütet werden müssen; diesem Nachteil steht allerdings der Vorteil gegenüber, dass für die durch Makler vermittelten Versicherungsgeschäfte nur geringe weitere Akquisitionskosten anfallen und dass sich daher die Kosten für diese Geschäfte **weitgehend proportional** zur Geschäftsaufbringung verhalten (keine bzw nur geringe Belastung mit Fixkosten).

Der Vertrieb von Versicherungsleistungen über selbständige Versicherungsmakler ist **in Österreich** insbesondere im sogenannten einfachen Geschäft mit Nichtunternehmern **weniger stark entwickelt** als in den meisten anderen Staaten (zB Italien, Großbritannien). Die geringe Bedeutung der Makler **erschwert** es **neu auf dem Markt auftretenden** Versicherungsunternehmen ohne hohe Investitionen in einen eigenen Verkaufsapparat einen Versicherungsbestand aufzubauen.

Ein Indiz für den Anteil der selbständigen Versicherungsvermittler an der gesamten Geschäftsaufbringung ist der **Anteil der Angestellten im Außendienst** an den gesamten Angestellten.

Große Unternehmen und Konzerne besitzen vielfach **eigene Maklergesellschaften**, die den Versicherungsschutz der betreffenden Unternehmen abwickeln und für diese Vermittlungstätigkeit Provisionen von den Versicherungsunternehmen empfangen; die Provisionen fließen auf diese Weise mittelbar den Versicherungsnehmern zu und führen wirtschaftlich betrachtet zu einer Ermäßigung der Prämien.

In manchen Staaten gliedern sich Konzerne eigene Versicherungsunternehmen an, die häufig ihren Sitz in Steueroasen haben (sogenannte **Captive Insurance Corporations**). Diese Versicherungsunternehmen geben den überwiegenden Teil der Risiken im Wege der **Rückversicherung an andere Versicherungsunternehmen** weiter. Ein Ziel der Captives ist es, durch Auftreten auf dem Rückversicherungsmarkt **bessere Bedingungen** (niedrigere Prämien) für die Unternehmen, zu deren Konzern sie gehören, zu erlangen als diese Unternehmen bei Abschluss von Direktversicherungen erreichen könnten. Daneben können auch **steuerliche Überlegungen** die Einschaltung eines Captives begründen.

b) Nebenberufliche Versicherungsvertreter

Die **nebenberuflichen Vertreter** bilden *entweder* den **Grundstock** der Verkaufsorganisation eines Versicherungsunternehmens *oder* sie stellen eine **Ergänzung** der sonstigen Verkaufsorganisation dar.

Im ersten Fall verfügt das Versicherungsunternehmen in größeren Orten über sogenannte **Ortsvertreter**, die **ständig mit der Wahrnehmung der Interessen** des Versicherungsunter-

nehmens betraut sind, ohne dessen Dienstnehmer zu sein (sogenannte Ortsagenturen). Der Einsatz von **Angestellten im Außendienst** (Bezirksinspektoren) beschränkt sich in diesem Fall auf die Überwachung, Schulung und Beratung dieser Ortsvertreter und auf die Mitwirkung bei der Akquisition komplizierter Verträge.

Im zweiten Fall ist es Aufgabe der angestellten (hauptberuflichen) Vertreter, zur **Unterstützung ihrer Akquisitionstätigkeit** nebenberufliche Mitarbeiter zu finden, die ihnen bei der **Herstellung der Kontakte** zu den Versicherungsnehmern helfen.

Die nebenberuflichen Vertreter können **vertraglich** an ein bestimmtes Versicherungsunternehmen bzw an eine Unternehmensgruppe **gebunden sein** ohne jedoch zu diesen Versicherungsunternehmen in einem Dienstverhältnis zu stehen.

Eine Besonderheit stellen **selbständige Vertriebsorganisationen** (sogenannte **Struktur-Vertriebs-Organisationen**) dar, die mit einem oder mit einigen Versicherungsunternehmen Exklusivverträge abschließen und versuchen, nach dem **Schneeballsystem** einen großen Stand von nebenberuflichen Vertretern aufzubauen; derartige Struktur-Vertriebs-Organisationen sind vor allem im Bereich der Personenversicherung tätig.

c) Hauptberufliche Versicherungsvertreter

Die **hauptberuflichen Versicherungsvertreter** haben entweder die Aufgabe, unmittelbar Neugeschäft abzuschließen und bestehende Versicherungsverträge (Versicherungsnehmer) zu betreuen (**akquirierender Außendienst**), oder sind überwiegend mit der Betreuung, Beratung und Überwachung anderer (haupt- oder nebenberuflicher) Mitarbeiter im Außendienst beauftragt (**betreuender Außendienst**).

Der **betreuende Außendienst** ist, soweit er Kontroll- und Leitungsbefugnisse ausübt, im Allgemeinen **regional** gegliedert (Gebietsinspektoren); für die Schulung und Betreuung können **fachlich** spezialisierte Mitarbeiter hinzukommen (zB Fachinspektoren für Personenversicherungen).

Bei großen Versicherungsunternehmen findet man meist auch im **akquirierenden Außendienst** neben der regional gegliederten **Flächenorganisation**, die vor allem für die Akquisition des sogenannten einfachen Geschäfts zuständig ist, **speziell geschulte Mitarbeiter**, die zur Aufbringung und Betreuung jenes Geschäfts, das eine besonders **intensive fachliche Beratung** erfordert (zB Industrieversicherungen und andere Großkundengeschäfte), eingesetzt sind.

3. Die Provisionen und sonstigen Vergütungen für die Geschäftsaufbringung

Für den **Abschluss** der Versicherungsverträge und die **laufende Betreuung** der Versicherungsnehmer bezahlen die Versicherungsunternehmen ihren Mitarbeitern im Außendienst und den sonstigen (fallweisen) Vermittlern und den Maklern **Provisionen**. Die hauptberuflichen Mitarbeiter im Außendienst erhalten daneben noch **sonstige leistungsabhängige und leistungsunabhängige Vergütungen** (Fixa, Reisekostenersätze und sonstige Spesenersätze; Prämien).

In der Versicherungswirtschaft können folgende Arten von **leistungsabhängigen Vergütungen (Provisionen und Prämien)** unterschieden werden:

- a) Abschlussprovisionen
- b) Betreuungsprovisionen
- c) Super- oder Anteilsprovisionen
- d) Erfolgs- und Leistungsprämien und Wettbewerbspreise

Neben diesen Provisionen fallen im direkten Versicherungsgeschäft noch Inkassoprovisionen (beim Prämieninkasso durch Inkassanten) und Führungsprovisionen (Vergütungen an das führende Versicherungsunternehmen bei der Mitversicherung) an.

Abschlussprovisionen werden beim Neuabschluss von Versicherungsverträgen, aber auch bei der Erhöhung und Verlängerung bestehender Verträge vergütet. Bei Verlängerungen bestehender Verträge wird in der Regel, wenn die Verlängerung vor dem Ende der Laufzeit des ursprünglichen Vertrags erfolgt (Konvertierungen), nur ein Teil der vollen Provisionen bezahlt. Vielfach ist in den Provisionsvereinbarungen auch vorgesehen, dass bei vorzeitiger Auflösung eines Versicherungsvertrags der auf den wegfallenden Rest der Laufzeit des Vertrags entfallende Teil der Abschlussprovisionen mit dem Mitarbeiter, der die Abschlussprovision bezogen hat, rückverrechnet wird.

In der **Lebensversicherung** und in der **Krankenversicherung** wurden in der Vergangenheit im Allgemeinen nur einmalige Abschlussprovisionen bezahlt; diese werden in der Lebensversicherung meist von der Versicherungssumme und in der Krankenversicherung von der Monatsprämie berechnet. Die Regelsätze für die Abschlussprovisionen betragen in der Lebensversicherung 20 bis 30 ‰ der Versicherungssumme (im Maklergeschäft bis über 50 ‰ der Versicherungssumme) und in der Krankenversicherung drei Monatsprämien; die Abschlussprovisionen in der Lebensversicherung sind gleichzeitig mit einem bestimmten Prozentsatz der Jahresprämien (meist 60 % bis 100 %) limitiert um das Interesse der Vertreter am Abschluss von Verträgen mit übermäßig langer Prämienzahlungsdauer in Grenzen zu halten. Makler und Struktur-Vertriebs-Organisationen erhalten neben den Abschlussprovisionen häufig noch von der Geschäftsaufbringung abhängige Spesenvergütungen.

In den letzten Jahren sind die meisten Lebensversicherungsunternehmen bei einem Teil ihrer Tarife im Interesse der Versicherungsnehmer vom System der **einmaligen Abschlussprovisionen abgegangen**. Sie verteilen in diesen Fällen die Vergütungen für den Versiche-

rungsabschluss auf einige Jahre; im ersten Jahr wird etwa die Hälfte der gesamten Provision, in den darauffolgenden drei bis fünf Jahren wird der Rest vergütet. Seit vielen Jahren enthalten die versicherungsmathematischen Grundlagen zahlreicher Lebensversicherungsunternehmen sowohl Tarife, in denen eine einmalige Abschlussprovision als auch Tarife, in denen eine zeitliche Verteilung der Abschlussprovisionen vorgesehen ist.

Für die **Verteilung der Abschlussprovisionen** auf einen längeren Zeitraum spricht die Überlegung, dass sich für die Versicherungsnehmer bei Reduktion der im ersten Versicherungsjahr fälligen Abschlussprovisionen rascher ein **Rückkaufswert** für die Versicherungsverträge ergibt. Auch bei Vergütung einmaliger Abschlussprovisionen könnte in den Versicherungsbedingungen ab dem zweiten Versicherungsjahr ein garantierter Rückkaufswert vorgesehen sein; in diesem Fall käme es aber beim Rückkauf von langfristigen Versicherungsverträgen im zweiten Jahr zu keiner vollen Amortisation der rechnungsmäßigen Abschlusskosten durch die vom Versicherungsnehmer bezahlten Prämien.

Gegen eine Verteilung der Provisionen auf die gesamte Laufzeit der Verträge kann eingewendet werden, dass die Vermittler der Verträge die Vertragsstorni (Ableben, Prämienfreistellungen, Rückkäufe) vielfach nicht beeinflussen können und die Honorierung der Vermittler daher nicht von diesen Zufallseinflüssen abhängig sein soll. Die Versicherungsunternehmen sind auch daran interessiert, dass junge Mitarbeiter im Außendienst über hohe Abschlussprovisionen möglichst rasch ein zur Gewährleistung ihres Lebensunterhalts ausreichendes Provisionseinkommen erzielen.

In der **Krankenversicherung** sind beim Abschluss von Einzelversicherungen einmalige Abschlussprovisionen weiterhin die Regel; für Gruppenversicherungen werden dagegen häufig an die Stelle, die das Prämieninkasso für die Gruppe vornimmt, laufende Vergütungen in begrenzter Höhe bezahlt.

In der **Schaden- und Unfallversicherung** werden im Allgemeinen **Abschlussprovisionen** und **Folgeprovisionen kombiniert**, wobei die Abschlussprovisionen (Provisionen im Abschlussjahr) gleich hoch oder höher sein können als die Folgeprovisionen. Mit jungen Mitarbeitern, die noch keinen Versicherungsbestand betreuen, der ihnen laufende Folgeprovisionen bringt, werden von manchen Versicherungsunternehmen Provisionsvereinbarungen mit höheren Abschluss- und niedrigeren Folgeprovisionen abgeschlossen, um ihnen möglichst rasch ein angemessenes Einkommen zu verschaffen. Im weiteren Verlauf ihrer Tätigkeit werden diese Vereinbarungen mitunter abgeändert (niedrigere Abschluss- und höhere Folgeprovisionssätze).

Die **Folgeprovisionen** sind einerseits **aufgeschobene Raten der Abschlussprovisionen** und andererseits **Betreuungsprovisionen**, die für die laufende Betreuung der Versicherungsnehmer durch die Provisionsempfänger vergütet werden; eine Aufgliederung der Folgeprovisionen in diese beiden Arten von Vergütungen ist im Allgemeinen nicht möglich.

Die Abschluss- und Folgeprovisionen in der Schaden- und Unfallversicherung werden in der Regel **in Prozenten der Prämien** berechnet. Die Gesamt-Provisionsbelastung für einen Vertrag mit zehnjähriger Dauer beläuft sich in den meisten Schaden- und Unfallversicherungssparten für die vom eigenen Verkaufsapparat abgeschlossenen Verträge auf etwa 100 bis 120 % einer Jahresprämie (zB Provision im Abschlussjahr 30 %, Folgeprovision in den neun

Folgejahren 10 % pro Jahr). In den Kraftfahrzeugversicherungssparten werden wegen der ungewissen Vertragsdauer in der Regel lediglich laufende Provisionen vergütet. An manche Vermittler von Kfz-Versicherungen (insbesondere Kfz-Händler) werden allerdings mitunter abweichend davon pauschale Einmalprovisionen, die ohne Rücksicht auf die spätere Laufzeit der vermittelten Verträge für die Vermittler als verdient gelten, bezahlt.

Durch die Versicherungsvertragsgesetz-Novelle 1994 wurde **Versicherungsnehmern**, die **Verbraucher** im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes sind, das Recht eingeräumt, Versicherungsverhältnisse, die für die Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurden, **ab dem dritten Versicherungsjahr** zum Ende jedes Versicherungsjahrs **vorzeitig zu kündigen**. Die Verpflichtung der Versicherer, dem Versicherungsunternehmen in einem solchen Fall die **Prämiennachlässe**, die ihnen wegen der längeren Laufzeit des Vertrags eingeräumt wurden (die Dauerrabatte), zu ersetzen, bleibt davon unberührt.

Die **Folgeprovisionen**, die in den meisten Schaden- und Unfallversicherungssparten bezahlt werden, fließen meist jenen Vertretern zu, die den Vertrag abgeschlossen haben. Werden Versicherungsbestände **nach dem Ausscheiden** von Vertretern anderen Mitarbeitern zur Betreuung übergeben, dann wird diesen Mitarbeitern für diese Verträge vielfach eine niedrigere Provision vergütet; den durch **Übertritt in den Ruhestand** ausscheidenden Vertretern wird die Hälfte der Folgeprovisionen für die von ihnen akquirierten Verträge bis zum Vertragsende weiterbezahlt (**Nachprovisionen**).

Super- oder Anteilsprovisionen stellen in der Regel eine Ergänzung der Abschlussprovisionen dar. Sie werden Gebiets- oder Fachinspektoren und Organisationsleitern, die nicht unmittelbar mit der Akquisition, sondern mit der **Betreuung und Überwachung** des akquirierenden Außendienstes befasst sind, vergütet. Die Superprovisionen werden meist von allen Geschäften, die im Betreuungsbereich ihrer Empfänger abgeschlossen werden, berechnet. Die Sätze für die Superprovisionen können nach der Höhe des Neugeschäfts (absolutes Ausmaß oder Planerfüllung) gestaffelt sein.

Erfolgs- und Leistungsprämien (Bonifikationen) sind Vergütungen, die lediglich bei Erreichen bzw. Überschreiten eines im vorhinein gesetzten Produktionsziels gewährt werden; sie können sowohl den betreuenden als auch den akquirierenden Mitarbeitern im Außendienst vergütet werden.

Viele Versicherungsunternehmen veranstalten in unregelmäßigen zeitlichen Abständen **Wettbewerbe**, in deren Rahmen jene Mitarbeiter prämiert werden, die innerhalb des Wettbewerbszeitraums die höchste Neuproduktion in jenen Sparten erzielen, für die der Wettbewerb ausgeschrieben wurde.

In der **Lebensversicherung** ist es üblich, die Abschlussprovisionen und sonstigen Abschlussaufwendungen – und zwar nicht die tatsächlich bezahlten, sondern die in der Prämienkalkulation berücksichtigten rechnungsmäßigen Abschlussaufwendungen – im Wege der sogenannten **Zillmerung** der Deckungsrückstellung auf den **gesamten Prämienzahlungszeitraum zu verteilen**. Diese zeitliche Verteilung (Abgrenzung) der Abschlussaufwendungen ist in der Lebensversicherung deswegen möglich, weil in den Versicherungsbedingungen vorgesehen ist, dass die über die Risikoprämien und die laufenden Verwaltungskostenbeiträge hinausgehenden Prämienzahlungen der Versicherungsnehmer zunächst zur Abdeckung der

Abschlussaufwendungen verwendet werden und erst danach Teile der Prämien (und zwar die sogenannten Sparprämien und die zur Deckung der Abschlussaufwendungen bestimmten Zuschläge) zur Ansammlung des Rückkaufwertes eines Lebensversicherungsvertrags verwendet werden. Die Versicherungsnehmer erwerben erst dann einen Rückkaufsanspruch gegenüber dem Versicherungsunternehmen, wenn die von ihnen gezahlten, zur Ansammlung der Deckungsrückstellung bestimmten Prämien (das sind die Bruttoprämien abzüglich der Risikoprämien und der Verwaltungs- und Inkassokostenzuschläge) die kalkulierten (rechnungsmäßigen) Abschlussaufwendungen des Versicherungsunternehmens übersteigen, sofern nicht in den Versicherungsbedingungen ein garantierter Rückkaufswert noch vor vollständiger Amortisation der rechnungsmäßigen Abschlussaufwendungen vorgesehen ist.

In der **Krankenversicherung** steht der einmaligen Belastung mit Abschlussprovisionen bei Vertragsabschluss eine verminderte Belastung mit Versicherungsleistungen während der sogenannten Karenzperiode gegenüber; während dieser Karenzperiode (das in der Regel die ersten drei Monate nach Vertragsabschluss) werden in der Krankenversicherung bei vielen Erkrankungen überhaupt keine oder nur wesentlich reduzierte Versicherungsleistungen erbracht, obwohl die Versicherungsnehmer bereits die vollen Prämien zu bezahlen haben.

In der **Schaden- und Unfallversicherung** ist in Österreich eine **zeitliche Verteilung** der erhöhten Abschlussprovisionen und der sonstigen einmaligen Abschlusskosten für mehrjährige Verträge auf die gesamte Laufzeit der Verträge unternehmensrechtlich nicht zulässig.

Die **Vergütungen an die Makler und an die nebenberuflichen Vertreter** beschränken sich in der Regel auf die von der Geschäftsaufbringung abhängigen Provisionen. Die Provisionsätze für die nebenberuflichen Vertreter, die vom hauptberuflichen Außendienst des Versicherungsunternehmens betreut und unterstützt werden, sind in der Regel niedriger als die Provisionssätze für die Makler.

Die **gesamten Vergütungen an die hauptberuflichen Vertreter** (die Angestellten im Außendienst) setzen sich aus den **Provisionen** – Abschluss- und Folgeprovisionen für die selbst abgeschlossenen (vermittelten) Verträge, allenfalls Betreuungsprovisionen für die zur Betreuung übertragenen Verträge und Superprovisionen für jene Geschäfte, die von den von ihnen betreuten Mitarbeitern (nebenberuflichen Vertretern und mit der Akquisition befassten Angestellten im Außendienst) aufgebracht werden –, aus **Erfolgsprämien** sowie aus **Fixbetrüben** und aus **Spesenersätzen** (insbesondere Reisekostenersätzen) zusammen.

Neuen Mitarbeitern, die noch keinen eigenen Versicherungsbestand besitzen, für den sie Folgeprovisionen beziehen, wird häufig für einen begrenzten Zeitraum (Garantiezeitraum) ein **Mindesteinkommen garantiert**. Die anfallenden Provisionen werden innerhalb des Garantiezeitraums gegen die garantierten Bezüge (Garantieprovisionen) aufgerechnet. Sind sie niedriger als die garantierten Bezüge, dann muss das Versicherungsunternehmen die Differenz als zusätzlichen Verkaufsaufwand abbuchen; sind sie dagegen höher, dann wird die Differenz dem Mitarbeiter am Ende des Garantiezeitraums ausgezahlt.

Die **Gebiets- und Fachinspektoren** erhalten in der Regel ein höheres Fixum, Reisekostenersätze und daneben Super- oder Anteilsprovisionen und Erfolgsprämien.

Die **Reisekostenersätze** sehen meist keinen vollständigen, sondern nur einen teilweisen Ersatz der tatsächlichen Reiseaufwendungen vor. Einerseits sind die Vergütungssätze (zB Kilometergelder, Nächtigungsgebühren) niedriger als die tatsächlichen Aufwendungen, andererseits werden die Reisekostenersätze meist nach oben limitiert; ein solches Limit kann aus einem absoluten Betrag oder aus einem bestimmten Prozentsatz der Abschlussprovisionen oder aus einer Kombination beider Größen bestehen.

Bei den **hauptberuflichen Vertretern** ist eine **laufende Kontrolle des Erfolges** ihrer Tätigkeit deswegen besonders wichtig, weil diese Vertreter nicht nur Vergütungen erhalten, die zu den von ihnen neu abgeschlossenen Geschäften proportional sind, sondern dem Versicherungsunternehmen auch feste Aufwendungen (Fixa und Reisekostenersätze) verursachen; diese festen Aufwendungen müssen in einem vernünftigen Verhältnis zum Geschäftserfolg des einzelnen Vertreters stehen. Dasselbe gilt in noch stärkerem Maße für die Bezirks- und Gebietsinspektoren. Die Erfolgskontrolle ist vor allem deswegen wichtig, weil eine unmittelbare Überwachung der Tätigkeit der im Außendienst tätigen Mitarbeiter praktisch ausgeschlossen ist.

Fallweise kommt es vor, dass Versicherungsnehmer ohne Einschaltung eines Vermittlers direkt mit einem Versicherungsunternehmen in Geschäftsverbindung treten. Für diese Geschäfte (sogenannte **Direktionsgeschäfte**) fällt entweder überhaupt keine Provision oder – wenn die betreffenden Versicherungsverträge einem Mitarbeiter im Außendienst zur Betreuung übertragen werden – lediglich eine Betreuungsprovision an.

Provisionsfrei sind auch die sogenannten **Schalterpolizzen** in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Für diese Verträge, die im Allgemeinen nur bei größeren Geschäftsstellen abgeschlossen werden können, sind ermäßigte Prämien vorgesehen. Für die Versicherungsunternehmen ergibt sich die Problematik, dass auch für solche Verträge Interventionen von Mitarbeitern im Außendienst (beim Inkasso und im Schadenfall) erforderlich sind; die Mitarbeiter, die für solche Verträge keine Provisionen erhalten, sind aber nur in begrenztem Maße bereit, derartige Interventionen ohne gesonderte Vergütungen durchzuführen.

Ein ausdrückliches Verbot der Zahlung von **Provisionen an Versicherungsnehmer** besteht nicht. Provisionszahlungen an Versicherungsnehmer können jedoch unter das Begünstigungsverbot subsumiert werden und werden daher selten in direkter Form geleistet. Wenn ein Versicherungsnehmer mit einem Versicherungsunternehmen unmittelbar in Verbindung tritt kommt es vor, dass eine ihm nahestehende Person als Gelegenheitsvermittler eingeschaltet wird, die eine Provision für nebenberufliche Vertreter bezieht. Größere Versicherungsnehmer gliedern sich nicht selten ein Tochterunternehmen an, das die Funktion eines Versicherungsmaklers ausübt und in dieser Funktion Provisionen empfängt.

An Vertreter, die **nach Erreichen der Altersgrenze aus dem aktiven Dienst ausscheiden**, muss die Hälfte der Folgeprovisionen für die von ihnen akquirierten Versicherungen bis zum Ablauf dieser Verträge weiterbezahlt werden. Diese nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst bezahlten Provisionen werden als **Nachprovisionen** bezeichnet. Die Versicherungsverträge eines in den Ruhestand getretenen Vertreters werden meist einem anderen Mitarbeiter gegen eine reduzierte Betreuungsprovision zur Betreuung übergeben. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung werden die Ansprüche der ausscheidenden Mitarbeiter mitunter durch

eine Einmalzahlung (eine sogenannte **Stockablöse**) abgegolten; diese Stockablösen werden in der Erfolgsrechnung auf einen angemessenen Zeitraum verteilt.

Der **endgültige Provisionsanspruch** der Vertreter entsteht im Allgemeinen erst mit dem **Prämieneingang**. Manche Versicherungsunternehmen verrechnen die Provisionen daher nach dem sogenannten **Ist-System** erst **im Zeitpunkt der Prämienzahlung**; die Provisionsgutschrift an die Vertreter erfolgt nach diesem Verfahren nicht bei der Prämienvorschreibung, sondern erst beim Eingang der Prämien. Dieses Verfahren, das verrechnungstechnisch umständlicher ist, kommt vor allem bei **Lebensversicherungsunternehmen**, die nur eine einmalige Abschlussprovision bezahlen, vor. In der **Schaden- und Unfallversicherung** werden dagegen derzeit von den meisten Versicherungsunternehmen die Provisionsgutschriften gleichzeitig mit den Prämienvorschreibungen vorgenommen (**Provisionsverrechnung nach dem Soll-System**); für Prämien, die nicht eingehen und Prämienteile, die an Versicherungsnehmer rückerstattet werden, werden die bereits bei der Prämienvorschreibung gutgeschriebenen Provisionen im Zeitpunkt des Prämienstornos rückverrechnet. Aufgrund der erweiterten verrechnungstechnischen Möglichkeiten, die sich beim Einsatz moderner Datenverarbeitungsanlagen ergeben, wäre allerdings auch in der Schaden- und Unfallversicherung eine Ist-Provisionsverrechnung im Zeitpunkt der Prämienzahlung bei entsprechender Programmierung verrechnungstechnisch lösbar.

In gleicher Weise wie die Prämienvorschreibungen werden die **Provisionsgutschriften** und die **Provisionsstorni** (im Falle von Prämienstorni) bei fast allen Versicherungsunternehmen automatisch **mit Hilfe der Datenverarbeitungseinrichtungen** vorgenommen. In den Datenverarbeitungsanlagen sind die Daten gespeichert, die erforderlich sind, dass gleichzeitig mit der Prämienvorschreibung (bzw. bei Anwendung des Ist-Systems beim Prämieingang) die entsprechenden **Gutschriften** und bei der Rückverrechnung bereits gebuchter (bei Anwendung des Ist-Systems: bei der Rückzahlung bereits bezahlter) Prämien die entsprechenden **Belastungen** auf den Verrechnungskonten mit den Vertretern ausgelöst werden.

Wenn eine **Prämie** wegen Uneinbringlichkeit oder aus sonstigen Gründen **storniert** wird, erfolgt bei Provisionsverrechnung nach dem **Soll-System** in der Regel eine **Rückverrechnung** der **Provision** (Belastung des Vertreters). Damit Forderungen aus Provisionsrückverrechnungen nicht uneinbringlich werden, behalten manche Versicherungsunternehmen einen Teil der den Vertretern gutgeschriebenen Provisionen ein. In solchen Fällen werden in die **Gehaltsverrechnung** für die Angestellten im Außendienst nicht die gutgeschriebenen, sondern die tatsächlich ausgezahlten (zugeflossenen) Provisionen einbezogen; dies bedeutet aber, dass für den in die Gehaltsverrechnung noch nicht einbezogenen Teil der gutgeschriebenen Provisionen (die in der Bilanz ausgewiesenen Provisionsverbindlichkeiten) bei der Auszahlung noch Gehaltsabgaben anfallen.

Erfolgt die Provisionsverrechnung nach dem **Ist-System** (Provisionsgutschrift erst bei Zahlungseingang), dann sind für die auf den Saldo aus Prämienaußenständen und Prämienvorauszahlungen lastenden Provisionen in der Bilanz **Rückstellungen** zu bilden. Diese Rückstellungen können mit pauschalen Prozentsätzen des Außenstands-Saldos bemessen werden.

4. Die Laufzeit (Dauer) der Versicherungsverträge

Aus **vertriebspolitischen Überlegungen** sind die Versicherungsunternehmen im Allgemeinen am Abschluss von Verträgen mit **längerer Laufzeit** interessiert. Die **Belastung** des Versicherungsgeschäfts **mit Abschlussaufwendungen** ist bei Verträgen mit längerer Laufzeit im Allgemeinen geringer, da sich die einmaligen Abschlussaufwendungen auf eine größere Anzahl von Jahren verteilen. In der Schaden- und Unfallversicherung sind 10-jährige Verträge die Regel, wenn man von kurzfristigen Versicherungen für eine begrenzte Zeit (zB Kfz-Fahrzeugversicherungen oder Unfallversicherungen oder Reisegepäckversicherungen für die Dauer einer Geschäfts- oder Urlaubsreise) absieht. Für langfristige Verträge mit Ausnahme der Verträge für Kfz-Versicherungen – die zwar in der Regel auch als 10-Jahresverträge ausgestaltet sind, wegen des häufigen Eigentümerwechsels der Kraftfahrzeuge aber im Durchschnitt eine wesentlich kürzere tatsächliche Vertragslaufzeit aufweisen – wird auf die tarifmäßigen Prämien ein sogenannter **Dauerrabatt** (dieser beträgt im Allgemeinen 20 % der vollen Tarifprämien) eingeräumt.

Während der Laufzeit der Verträge sind die **Versicherer** an den Vertrag **gebunden**; eine **vorzeitige Auflösung** des Vertrags ist nur unter bestimmten Voraussetzungen (insbesondere nach einem Schaden und bei bestimmten Obliegenheitsverletzungen des Versicherungsnehmers) möglich.

Den **Versicherungsnehmern**, die **Verbraucher** im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes sind, wurde durch die Versicherungsvertragsgesetz-Novelle 1994 ein **vorzeitiges Kündigungsrecht** ab dem Ende des dritten Versicherungsjahres eingeräumt; vorher konnte ein mehrjähriger Vertrag von den Versicherungsnehmern nur unter bestimmten Voraussetzungen (insbesondere bei Eigentumsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Ablehnung von Entschädigungsansprüchen durch den Versicherer) vorzeitig beendet werden. Ein Kündigungsrecht haben die Versicherungsnehmer auch immer dann, wenn das Versicherungsunternehmen während der Laufzeit des Vertrags aufgrund einer diesbezüglichen Ermächtigung die **Prämien erhöht**.

Für die Versicherungsunternehmen ist die **langfristige Bindung** an einen Vertrag dann problematisch, wenn in einer Versicherungssparte eine **strukturelle Verschlechterung des Schadenverlaufs** eintritt. Bei **Erstrisikoversicherungen** kann dies insbesondere aufgrund der **Geldentwertung** der Fall sein. Die Erfahrungen, die Versicherer in der Vergangenheit in verschiedenen Sparten gemacht haben, haben gezeigt, dass Gefahrenerhöhungen oft unerwartet und unvorhersehbar eintreten (zB Auswirkungen der Verwendung von nicht brennbaren Kunststoffen bei Schadenfeuern, Zunahme der Diebstähle von Kraftfahrzeugen, Änderung der Rechtsprechung in Haftpflichtfällen).

Schwierig kann die Situation für ein Versicherungsunternehmen mit langfristigen Versicherungsverträgen werden, wenn dessen **Rückversicherungsverträge kurzfristig** gekündigt werden können. In einem solchen Fall kann sich bei einem Versicherungsunternehmen ein echter Notstand entwickeln: das Versicherungsunternehmen muss aufgrund der langfristigen Verträge mit seinen Versicherungsnehmern weiterhin die Risiken zu den im vorhinein festgesetzten Prämien tragen, findet aber zu diesen Prämien nicht den versicherungstechnisch erforderlichen Rückversicherungsschutz.

Wenn bei Verträgen, die **automatische Prämienanpassungsklauseln** enthalten (zB in Sparten, die besonders stark von den Auswirkungen der Geldentwertung betroffen werden, wie in der Haushalt- und Rechtsschutzversicherung) im Falle der Durchführung einer Prämienanpassung ein **außerordentliches Kündigungsrecht** für den Versicherungsnehmer vorgesehen ist, kann dieser Umstand von Konkurrenten dazu benützt werden, die Versicherungsnehmer zur vorzeitigen Auflösung von Verträgen zu veranlassen; dadurch wird die durchschnittliche Laufzeit der Verträge stark verkürzt und die einmaligen Anwerbeaufwendungen können nur auf eine geringere Anzahl von Vertragsjahren verteilt werden.

VII. Die internen Betriebsabteilungen der Versicherungsunternehmen

Zu den internen Betriebsabteilungen der Versicherungsunternehmen gehören die **Antragsprüfung (Risikoprüfung)**, die **Tarifierung und Polizzierung**, die **Bestandsführung** und **Bestandsverwaltung** und das **Prämieninkasso**. In der Lebensversicherung zählt auch die Herstellung der Bilanzdaten für die technischen Passiven zu diesem Bereich.

1. Die Antrags- und Risikoprüfung

Aufgabe der **Antragsprüfung** ist es, festzustellen, ob der **Antrag des Versicherungsnehmers**, der in der Regel von einem Mitarbeiter im Außendienst aufgenommen wird, **alle Angaben** enthält, welche zum Abschluss des Vertrages (Ausfertigung der Polizza, Festsetzung der Versicherungssumme, Berechnung der Prämie) erforderlich sind.

Neben der Prüfung der Vollständigkeit der Vertragsdaten ist vor Ausfertigung eines Versicherungsvertrages eine **Risikobeurteilung** vorzunehmen: es ist zu entscheiden, ob wegen der Art oder der Höhe des Risikos Bedenken gegen dessen Übernahme bestehen und ob bzw in welcher Höhe Mit- und Rückversicherungsabgaben erforderlich sind. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass auch **Risikokumuls** berücksichtigt werden; unter Risikokumul ist die Anhäufung von **voneinander nicht unabhängigen Risiken** zu verstehen.

Die **Risikoprüfung** ist für den Erfolg eines Versicherungsunternehmens von sehr großer Bedeutung, da die **Übernahme schlechter Risiken** zwar vielfach ein rasches Prämienwachstum ermöglicht, im weiteren Verlauf aber aufgrund der nachfolgenden Schäden zu schweren **Verlusten** für das Versicherungsunternehmen führen kann. Die Entscheidung über die Annahme oder die Ablehnung eines Risikos ist oft nicht leicht zu treffen, da die künftige Schadenentwicklung nicht vorhergesehen werden kann.

Die Risikobeurteilung sollte theoretisch sowohl die **objektiven** als auch die **subjektiven Faktoren** jedes in Deckung zu nehmenden **Risikos** berücksichtigen. Im allgemeinen ist es für Versicherungsunternehmen allerdings nur möglich, gewisse **allgemeine Richtlinien** aufzustellen, welche Risiken grundsätzlich nicht angenommen werden sollen (zB in der Kfz-Haftpflichtversicherung große LKW-Flotten, Taxis, Kraftfahrzeuge von Jugendlichen oder Kraftfahrzeuge, welche bereits ein bestimmtes Alter überschritten haben). Eine eingehendere **individuelle Risikoprüfung** ist bei der Zeichnung von Großrisiken möglich. In der **Lebensversicherung** liegen der Risikoprüfung **ärztliche Gutachten** oder vom Versicherungsnehmer auszufüllende **Gesundheits-Fragebogen** zugrunde; diese werden auch in der **Krankenversicherung** von den versicherten Personen verlangt.

Hinzuweisen ist, dass auch ein objektiv und subjektiv gutes Risiko zu einem **wirtschaftlich schlechten Risiko** wird, wenn der **Prämiensatz zu niedrig** ist.

In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass **Mitarbeiter im Außendienst**, die für die von ihnen abgeschlossenen Versicherungen Provisionen erhalten und an den Schäden nicht beteiligt sind, natürlich daran **interessiert** sind, dass **alle** von ihnen eingebrachten **Anträge** in Deckung genommen werden, wenn das Einkommen der Mitarbeiter ausschließlich von der **Quantität und nicht auch von der Qualität** des von ihnen **aufgebrachten Geschäfts** abhängig ist. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden sollte zumindest in bestimmten Sparten, wie zB in der Kfz-Versicherung bei **Beurteilung der einzelnen Verkaufsbereiche** (zB Landesdirektionen) nicht nur das Prämienaufkommen und der Kostensatz, sondern **auch der Schadensatz** berücksichtigt werden; die Auswirkungen **zufallsbedingter Großschäden** müssen bei einer solchen Beurteilung allerdings in geeigneter Weise ausgeschaltet werden.

2. Die Tarifierung

Bei der Tarifierung handelt es sich um die **Prämien-(Preis)festsetzung** und die **Prämienberechnung**.

In der **Lebensversicherung** waren die **Bausteine für die Prämienberechnung** (Ausscheidungsordnung, Kostenzuschläge, Rechnungszinssatz) **in der Vergangenheit in den Geschäftsplänen** verbindlich festgesetzt. Auch jetzt müssen diese Bausteine in den **versicherungsmathematischen Grundlagen**, die der FMA mitgeteilt werden, definiert und geregelt werden.

Tarifvereinbarungen, die zwischen Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden, sind im rechtlichen Sinn **Kartelle** (verbindliche vertragliche Absprachen über die Beschränkung des Wettbewerbs, insbesondere Vereinbarungen über Preise). Das **österreichische Kartellgesetz** ist derzeit auf Versicherungsunternehmen im Allgemeinen **nicht anwendbar**; dh, dass Tarifvereinbarungen zwischen den Versicherungsunternehmen nicht der Kartellaufsicht durch das Kartellgericht unterliegen. Eine **Ausnahme** bildet die **Kfz-Haftpflichtversicherung**, die seit der Freigabe der Prämienfestsetzung den Bestimmungen des Kartellgesetzes unterliegt. Eine Aufsicht durch das Kartellgericht schien dem Gesetzgeber in den übrigen Versicherungssparten deswegen nicht erforderlich zu sein, da die Versicherungsunternehmen ohnehin der **Versicherungsaufsicht** unterliegen und die Versicherungsaufsicht die **Interessen der Versicherungsnehmer** (keine unangemessen hohen Prämienätze zum Schaden der Versicherungsnehmer) zu wahren hat. Nach den **Richtlinien der Europäischen Union** ist allerdings auch für Versicherungsunternehmen die Anwendung von wettbewerbsbeschränkenden Vereinbarungen nur zulässig, wenn diese von der zuständigen EU-Behörde genehmigt worden sind. Generelle Genehmigungen (sogenannte **Gruppenfreistellungen**) sollen zB für die Kooperation der Versicherungsunternehmen zur Schaffung unternehmensübergreifender statistischer Unterlagen über den Schadenverlauf gelten.

In der Praxis zeigte es sich in der Vergangenheit, dass **Tarifvereinbarungen** in Sparten, in denen den Versicherungsunternehmen **potente Kontrahenten** (gewerbliche Unternehmen, Industrieunternehmen) gegenüberstehen, **häufig durchbrochen** wurden; eine verdeckte Durchbrechung konnte auch durch eine günstigere **Einstufung des Risikos** oder durch Einräumung besonderer **Rabatte** bei der Prämienberechnung herbeigeführt werden.

Soweit die **Prämien** weder im Geschäftsplan (in den versicherungsmathematischen Grundlagen) noch durch Tarifvereinbarungen geregelt sind können sie von jedem Versicherungsunternehmen **frei festgesetzt** werden. Aus betriebsökonomischen Gründen werden in diesen Fällen **Unternehmenstarife** festgelegt, von denen allerdings im Einzelfall – insbesondere bei Verhandlungen mit potenten Versicherungsnehmern – durch **Zu- oder Abschläge** (in der Regel Abschläge) abgewichen werden kann. Es kann in den Provisionsordnungen vorgesehen sein, dass für Versicherungsverträge, deren Prämien durch individuelle Abschläge gekürzt werden, **niedrigere Provisionen** vergütet werden.

Allgemein übliche **Prämienrabatte** sind die sogenannten **Dauerrabatte**, welche bei Abschluss eines Vertrages von **10-jähriger** Dauer gewährt werden; sie betragen in der Regel 20 % und werden im Falle einer vorzeitigen Vertragsauflösung **rückwirkend verwirkt**. Rabatte werden in manchen Sparten gewährt, wenn der Versicherungsnehmer besondere **Vorkehrungen zur Schadenverhütung** trifft (zB in der Feuerversicherung Blitzschutzrabatte) oder einen **Selbstbehalt** an den Schäden trägt. Wie bereits erwähnt, ist es in manchen Sparten auch üblich, den Versicherungsnehmern für den Fall der **Schadenfreiheit** oder für den Fall eines **niedrigen Schadensatzes** (bei General- oder Mantelpolizzen) eine **garantierte Prämienrückerstattung** (dh eine Prämienrückerstattung, welche vom Ergebnis des Versicherungsunternehmens unabhängig ist) zu gewähren. Aufgrund des **Schadenverlaufs in der Vergangenheit** können auch die im Unternehmenstarif festgelegten Grundprämien um Abschläge gekürzt oder um Zuschläge erhöht werden (**Bonus-Malus-System**); man spricht diesfalls von der sogenannten „sekundären Prämiendifferenzierung“.

Rabatte können auch für Verträge mit höheren Einzelprämien gewährt werden (**Mengenrabatte**). Diese Rabatte können wirtschaftlich damit begründet werden, dass Verträge mit höheren Einzelprämien prozentuell niedrigere Betriebs- und Verwaltungsaufwendungen verursachen. Dieser Umstand wird beispielsweise in der **Lebensversicherung** durch sogenannte **Summenrabatte** bei der Berechnung der Verwaltungskostenzuschläge berücksichtigt. Rabatte, die großen, wirtschaftlich potenten Versicherungsnehmern eingeräumt werden, können einen Verstoß gegen das **Begünstigungsverbot** (Verbot der Begünstigung von Versicherten durch das Leistungsversprechen oder das vereinbarte Versicherungsentgelt **ohne sachlichen Grund**) darstellen.

3. Die Polizzenausfertigung

Die Polizzenausfertigung erfolgt in der Regel mit Hilfe der **Datenverarbeitungseinrichtungen** unter Verwendung der in die Datenbanken eingegebenen **Bestandsdaten**.

4. Die Bestandsführung

Für die **Bestandsführung** und die **Bestandsverwaltung** der Versicherungsunternehmen werden von allen Versicherungsunternehmen **Datenverarbeitungsanlagen** eingesetzt. Praktisch alle wichtigen Daten eines Versicherungsvertrages werden in den maschinell lesbaren externen Speichern der Datenverarbeitungsanlagen festgehalten.

Die **Information der Mitarbeiter** in den Betriebsabteilungen über die Daten der einzelnen Verträge erfolgt in der Regel über **Bildschirme**, die mit der Datenbank verbunden sind; über die Bildschirme können die Sachbearbeiter jederzeit die von ihnen benötigten Daten aus den Speichern der Datenverarbeitungsanlage **abfragen**. Die starke Verbilligung sowie die Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Datenverarbeitungsanlagen, die in den letzten Jahrzehnten eingetreten sind, haben einen raschen Direktzugriff zu den gespeicherten Daten (Datenbanksysteme) über Bildschirme ermöglicht.

In Verbindung mit der Datenausgabe über Bildschirme ist auch die **Änderung von Daten** über mit den Bildschirmen verbundene **Eingabevorrichtungen** auf direktem Wege möglich. Es ist darauf zu achten, dass durch entsprechende Sicherheitsvorkehrungen **unerwünschte Manipulationen** in den Dateien verhindert werden.

Daten eines Versicherungsvertrages werden regelmäßig zur **Prämienvorschreibung** und zur **Provisionsberechnung** sowie zur Erstellung von **Mit- und Rückversicherungsabrechnungen** benötigt; ferner immer dann, wenn eine **Änderung des Vertrags** vorgenommen werden soll und wenn ein **Schaden behandelt** werden muss. In der Lebensversicherung werden die Vertragsdaten überdies für die einmal jährlich vorzunehmende **Berechnung der technischen Rückstellungen** (Deckungsrückstellung und Prämienüberträge) benötigt. Die Berechnung der **Prämienüberträge** erfolgt auch in den **übrigen Versicherungssparten** hauptsächlich aufgrund der Bestandsdaten.

Die in den Speichern der Datenverarbeitungsanlage gespeicherten Daten werden daneben für **statistische Auswertungen und Analysen** sowie zur **Unterstützung des Verkaufsapparats** verwendet.

5. Das Prämieninkasso

Das Prämieninkasso kann grundsätzlich auf **direktem Weg** (unmittelbare Vorschreibung der Prämien an die Versicherungsnehmer) oder auf **indirektem Weg** (Einhebung der Prämien über einen Vertreter oder Inkassanten) erfolgen.

In **früheren Jahren** war in Österreich das **indirekte Inkasso** über Vertreter und Inkassanten vorherrschend; in manchen Ländern sind auch heute noch Vertreter und Inkassanten in das Prämieninkasso eingeschaltet. In Österreich werden **derzeit** die Prämien fast ausschließlich im Wege des **direkten Inkassos** eingehoben.

Beim **indirekten Inkasso** werden den **Vertretern oder Inkassanten** die **Zahlungsquittungen** (sogenannte Dokumente) übermittelt; die Vertreter geben diese bei Zahlung der Prämien an die Versicherungsnehmer weiter. Die Vertreter werden mit den in den Inkassodokumenten vorgeschriebenen Prämien belastet; sie erhalten auf ihrem Verrechnungskonto hingegen Gutschriften für die abgeführten kassierten Gelder und für ihre Inkassoprovisionen. Die **Salden auf den Verrechnungskonten** müssen jederzeit durch **Quittungen über noch nicht kassierte Prämien** belegt werden können.

Die Vertreter sind beim indirekten Inkasso in der Regel verpflichtet, Prämien, die nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Fälligkeit kassiert werden können, **an das Versicherungsunternehmen zurückzuerrechnen**, damit das qualifizierte Mahnverfahren vom Versicherungsunternehmen durchgeführt werden kann. Für die rückgesandten Dokumente erhalten die Vertreter auf ihren Verrechnungskonten in gleicher Weise Gutschriften wie bei der Abfuhr der kassierten Gelder; Inkassoprovisionen werden ihnen in diesen Fällen allerdings in der Regel nicht vergütet.

Als ein **Vorteil** des indirekten Inkassos wird der mit der Prämieeinhebung verbundene **persönliche Kontakt der Versicherungsvertreter mit den Kunden** angesehen. Dieser Kontakt soll es ermöglichen, regelmäßig aktuelle Versicherungswünsche der Kunden zu erfahren; er soll damit die Grundlage für weitere Versicherungsabschlüsse bilden. Der persönliche Kontakt besteht allerdings dann nicht, wenn der Vertreter die Kunden nicht tatsächlich zum Inkasso besucht, sondern seinerseits den Kunden Erlagscheine übersendet, damit diese die Prämie auf ein Konto des Vertreters einzahlen. **Nachteile** des indirekten Inkassos bestehen darin, dass das Verfahren aufgrund der in den letzten Jahrzehnten erreichten Rationalisierung des direkten Inkassos meist **teurer** ist als dieses, dass es oft schwierig ist, geeignete Inkassanten zu finden, dass der **Zahlungsstand für die einzelnen Verträge im Schadenfall** nicht immer rasch und eindeutig feststellbar ist bzw dass in vielen Fällen Rückfragen beim Vertreter erforderlich sind, dass die **Verrechnung** verhältnismäßig **umständlich** ist und dass ein **automatisiertes Mahnverfahren** erst längere Zeit nach Fälligkeit der Prämien durchgeführt werden kann. Beim indirekten Inkasso entsteht auch ein nicht unerheblicher **Kontrollaufwand**: die Vertreter (Inkassanten) müssen regelmäßig kontrolliert werden, ob sie die kassierten Gelder auch tatsächlich sofort abliefern, damit Unterschlagungen verhindert oder jedenfalls rasch aufgedeckt und Zinsverluste des Versicherungsunternehmens wegen verspäteter Abfuhr der eingezahlten Beträge vermieden werden.

In der **Kfz-Haftpflichtversicherung** erwies sich die Tatsache, dass beim indirekten Inkasso der Zahlungsstand für die Versicherungsverträge nicht jederzeit auf direktem Weg festgestellt werden konnte und dass dies nicht selten zu einer **Verzögerung bei der Aussendung qualifizierter Mahnungen** führte, als besonders nachteilig. In dieser Sparte ist es für das Versicherungsunternehmen besonders wichtig, bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Versicherungsprämien dem Versicherungsnehmer eine qualifizierte Mahnung mit der Drohung des Entzugs des Kennzeichens zuzusenden und den **Kennzeichenentzug** auch möglichst frühzeitig bei den Verkehrsämtern zu beantragen, damit das versicherte Fahrzeug durch den Kennzeichenentzug außer Betrieb genommen wird und mit diesem Fahrzeug keine Schäden mehr verursacht werden können, für die das Versicherungsunternehmen unbeschadet der Leistungsfreiheit im Innenverhältnis dem geschädigten Dritten gegenüber weiterhin haftet.

Die Schwierigkeiten des indirekten Inkassos in der Kfz-Haftpflichtversicherung, die Tatsache, dass sich die Mehrzahl der Versicherungsnehmer bereits an **unbare Zahlungsverfahren** gewöhnt hatte (Hinweis auf die weite Verbreitung von Gehaltskonten) und die rasche **Entwicklung der automatisierten Datenverarbeitung**, durch die die mit dem direkten Inkasso verbundene Manipulationstätigkeit stark automatisiert und damit vereinfacht wurde, haben bei den meisten österreichischen Versicherungsunternehmen bereits vor mehr als 30 Jahren den Anstoß zur **Umstellung des Inkassosystems auf das direkte Inkasso** gegeben; diese Umstellung ist inzwischen praktisch **vollständig durchgeführt**.

Beim **direkten Inkasso** wird die Prämie ohne Einschaltung eines Inkassanten unmittelbar beim Versicherungsnehmer eingehoben. Die Versicherungsprämie ist zwar rechtlich eine sogenannte **Bringschuld**; dies bedeutet, dass der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, die Versicherungsprämie bei Fälligkeit auf seine eigenen Kosten dem Versicherungsunternehmen zu übermitteln. Aus Zweckmäßigkeitserwägungen übersenden die Versicherungsunternehmen trotz dieses Umstandes bei bzw. vor Fälligkeit **Zahlungsaufforderungen** an die Versicherungsnehmer; diese Zahlungsaufforderungen bestehen aus **Überweisungsträgern**, die in der Regel so gestaltet sind, dass darauf die **für die Verarbeitung wesentlichen Daten** (insbesondere die Versicherungsprämie und die Polizzenummer) in einer von Datenverarbeitungsgeräten **maschinell lesbaren Schrift** vermerkt sind. Die Verwendung maschinell lesbarer Überweisungsträger **erleichtert** sowohl den **Kreditinstituten**, über die die Einzahlungen geleistet werden, als auch den **Versicherungsunternehmen** die Manipulation. Man erspart sich dadurch nicht nur eine besondere Eingabe der Daten (eingezahlter Betrag und Polizzenummer) in das Datenverarbeitungssystem und erreicht damit eine Ersparnis von Kosten und eine Ausschaltung von Fehlerquellen; bei Verwendung des dem Versicherungsnehmer übersandten Überweisungsträgers besteht auch die Gewähr, dass die **vorgeschriebene und fällige Prämie genau** (ohne Über- oder Unterzahlung) entrichtet wird. Ein für die Versicherungsunternehmen noch arbeitssparenderes Verfahren ist das **Einzugsverfahren**, bei dem der Versicherungsnehmer das Kreditinstitut, bei dem er ein Girokonto hat, ermächtigt, die vom Versicherungsunternehmen angeforderten Prämien ohne weitere Veranlassung durch ihn von seinem Konto abzubuchen. Prämienrückstände können sich in solchen Fällen nur dann ergeben, wenn ein Kreditinstitut die Abbuchung der angeforderten Prämien mangels Deckung durch ein Guthaben auf dem Konto des Versicherungsnehmers nicht vornimmt und den diesbezüglichen Einziehungsauftrag zurücksendet oder der Versicherungsnehmer die Einziehungsermächtigung an das Kreditinstitut widerruft. In der Vergangenheit waren **Daueraufträge** der Versicherungsnehmer an die Kreditinstitute zur Zahlung der Prämien weit verbreitet; diese führten aber zu Schwierigkeiten, wenn sich die Prämienbeträge ändern, was insbesondere in Zeiten stärkerer Geldentwertung verhältnismäßig häufig der Fall war. Die Daueraufträge haben daher an Bedeutung verloren.

Bei **Nichtzahlung der Prämien** werden diese eingemahnt und vielfach – wenn die Mahnungen keinen Erfolg haben – auch eingeklagt. Je nach der Art der Prämie (Erstprämie oder Folgeprämie) und je nach der Versicherungssparte sind zwei oder drei **Mahnungen** üblich. Bei **Kfz-Haftpflichtversicherungen** wird, wenn eine qualifizierte Mahnung (diese ist in dieser Sparte meist bereits die zweite Mahnung) keinen Erfolg hat, der **Entzug des Kennzeichens** bei der zuständigen Zulassungsbehörde beantragt.

Die Folgen der Nichtzahlung der Prämien sind bei Erstprämien (Polizzenprämien) und bei Folgeprämien unterschiedlich. Wenn die **Erstprämie** oder **Einmalprämie** innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und Aufforderung zur Prämienzahlung nicht bezahlt wird und der Versicherungsfall nach diesem Zeitpunkt eintritt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei **Nichtzahlung einer Folgeprämie** erlischt die Versicherungsdeckung erst dann, wenn nach einer **qualifizierten Mahnung** des Versicherungsunternehmens, in der der **Verlust der Versicherungsdeckung** ausdrücklich **angedroht** wird, innerhalb der in dieser Mahnung gesetzten **Nachfrist** keine Zahlung erfolgt. Bei **teilweiser Nichtzahlung** der Prämie tritt nur teilweise Leistungsfreiheit ein; wenn der Rückstand nicht mehr als 10% der Jahresprämie beträgt, kommt es zu keiner Leistungsfreiheit.

Auch wenn infolge Nichtzahlung der Prämie **keine Versicherungsdeckung** besteht und ein Schaden daher nicht ersetzt werden muss, ist das Versicherungsunternehmen **berechtigt**, die fälligen Prämien **im Klageweg** einzufordern.

In der **Kfz-Haftpflichtversicherung** muss beachtet werden, dass der **geschädigte Dritte** einen Ersatzanspruch gegen den Versicherer des Schädigers auch dann hat, wenn wegen Nichtzahlung der Prämie **keine Versicherungsdeckung** besteht; der Versicherer besitzt in diesem Fall lediglich einen **Regressanspruch** gegen seinen Versicherungsnehmer (den Schädiger).

Die Praxis der Versicherungsunternehmen beim **Einklagen von Prämienaußenständen** ist nicht ganz einheitlich. Bei der Entscheidung der Frage, ob nicht bezahlte Prämien eingeklagt werden sollen, ist insbesondere zu überlegen, ob die **Chance**, die Prämien durch eine Klage **einbringlich** zu machen, in einem vernünftigen Verhältnis zu den mit der Klage verbundenen Kosten steht. In der **Lebensversicherung** können lediglich Erstprämien, nicht dagegen Folgeprämien eingeklagt werden, da der Versicherungsnehmer jederzeit berechtigt ist, seinen Vertrag in einen prämienfreien umzuwandeln oder rückzukaufen. Prämienklagen werden in der Lebensversicherung auch für Erstprämien verhältnismäßig selten vorgenommen; die Eintreibung der Prämien im Klageweg bringt in erster Linie dem **Vermittler** einen Nutzen, da dadurch sein Anspruch auf die Abschlussprovision begründet wird.

Prämien, die **nicht einbringlich** sind, sollten **rechtzeitig**, dh sobald keine Aussicht mehr besteht, dass die Prämien einbringlich gemacht werden, **abgebucht (storniert)** werden; im Falle eines solchen Stornos werden nicht nur die bereits fälligen Prämien abgebucht, sondern es wird der gesamte **Vertrag außer Evidenz** genommen und es werden auch **keine weiteren Prämien mehr vorgeschrieben**. Vor einem Storno eines Versicherungsvertrages wird vielfach der für die betreffende Versicherung zuständige **Mitarbeiter im Außendienst** mit einer persönlichen **Intervention** beim Versicherungsnehmer beauftragt; die Stornierung des Vertrags wird in diesem Fall erst dann vorgenommen, wenn diese Intervention erfolglos bleibt. Die Mitarbeiter im Außendienst sind häufig daran interessiert, die Stornierung eines Vertrags möglichst hinauszuschieben, da mit dem Storno der Prämien auch ein Storno der bei Anwendung des Sollsystems bereits gutgeschriebenen Provisionen verbunden ist, weitere Folgeprovisionen für den betreffenden Vertrag nicht mehr anfallen und unter Umständen auch ein Teil der Abschlussprovisionen rückverrechnet wird.

Manche Versicherungsunternehmen nehmen in ihren Büchern Prämienaußenstände generell **nach einer bestimmten Anzahl von Monaten** (meist zehn bis zwölf Monate) **nach Fälligkeit außer Evidenz** und zwar auch dann, wenn sie diese Außenstände im Klageweg noch weiter verfolgen; für den Fall, dass die Klage erfolgreich ist, werden die Zahlungseingänge, welche sich aufgrund der Klage ergeben, nachträglich wieder als Prämien gebucht.

Normalerweise führen die Versicherungsunternehmen das **Prämieninkasso und die Inkasso-verrechnung für jeden einzelnen Versicherungsvertrag** gesondert durch; dies gilt auch dann, wenn ein Versicherungsnehmer mit einem Versicherungsunternehmen mehrere Verträge abgeschlossen hat. Mit **großen Versicherungsnehmern** werden abweichend davon auch besondere Vereinbarungen über die Zahlung der Prämien abgeschlossen. Für diese Versicherungsnehmer werden **Kontokorrentkonten** (diese werden auch als Parteien- oder Verrechnungskonten bezeichnet) eingerichtet; diesen Kontokorrentkonten werden **sämtliche Prämienvorschreibungen angelastet** und die vom Versicherungsnehmer geleisteten Zahlungen, mitunter auch Versicherungsleistungen, gutgeschrieben. Die Besonderheit derartiger Vereinbarungen mit den Versicherungsnehmern besteht darin, dass die Versicherungsunternehmen in diesen Fällen häufig **nicht auf Bezahlung der vollen Prämien im vorhinein** bestehen, sondern dass sie mit monatlichen Abschlagszahlungen einverstanden sind ohne deswegen Unterjährigkeitszuschläge zu verrechnen. Kontokorrentkonten kommen hauptsächlich im Verkehr mit **gewerblichen Unternehmen** vor. Die Fälligkeit der Prämien bei diesen Versicherungsnehmern ist häufig der 1. Jänner; die Abstattung der am 1. Jänner vorgeschriebenen Prämien erfolgt aufgrund der besonderen Zahlungsvereinbarungen vielfach in Monatsraten. Für die Versicherungsunternehmen ist ein derartiges Entgegenkommen gegenüber dem Kunden mit einem **Zinsenausfall** verbunden; die Versicherungsunternehmen sind daher – vielfach im Gegensatz zu ihren Mitarbeitern im Außendienst – daran interessiert, die Anzahl dieser besonderen Zahlungsvereinbarungen klein zu halten. Zusätzlich ist bei den Kontokorrentkonten natürlich auch das **Risiko des Forderungsausfalls** (Bonität der Versicherungsnehmer) zu beachten, was eine zumindest eine laufende Beobachtung der Aussenstände bedingt.

6. Exkurs über die Prämienverrechnung

Die Prämien sind in der Regel jeweils für eine **Versicherungsperiode im vorhinein** zu entrichten. Die Versicherungsperiode (das ist der Zeitraum, für den die Prämien vom Versicherungsnehmer im Voraus zu bezahlen sind) umfasst in der Sach- und Vermögensschadenversicherung und in der Großlebensversicherung meist **ein Jahr**, in der Kleinlebensversicherung und in der Krankenversicherung vielfach **einen Monat**. In der **Transportversicherung** (Warenversicherung) werden die Versicherungsprämien in der Regel für die **gesamte Risikodauer** im Voraus vorgeschrieben; dasselbe gilt für **kurzfristige Versicherungen** (Flug-Unfallversicherungen für eine bestimmte Reise, Kraftfahrzeug- und Unfallversicherungen sowie Reisegepäckversicherungen für einen begrenzten Zeitraum, zB für eine Urlaubsreise).

Prämienvorschreibungen für einen **Zeitraum, der länger ist als ein Jahr (sogenannte überjährige Prämienvorschreibungen)** sind verhältnismäßig selten. Sie kommen mitunter bei

Vertragsbeginn oder bei einer Vertragsänderung vor, wenn die Fälligkeit der Folgeprämien eines Vertrages an die Prämienfälligkeit anderer Verträge angeglichen werden soll; in solchen Fällen kann die Erstprämie für einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten (zB für 13, 14 oder 15 Monate) vorgeschrieben werden, da zwischen dem Abschluss eines Versicherungsvertrags und der ersten Vorschreibung einer Folgeprämie aus organisatorischen Gründen im Allgemeinen eine Mindest-Zeitspanne liegen muss.

In der Vergangenheit wurden von einigen Versicherungsunternehmen in Sparten mit kleinen Einzelprämien wie zB in der Sparte Haushaltversicherung **Zehnjahresverträge gegen Bezahlung von Einmalprämien** abgeschlossen. Diese Art der Prämienverrechnung, die eine Rationalisierung des Inkassovorgangs bewirkte, hatte auch erhebliche Nachteile; die **Anpassung der Versicherungssummen und Prämien** während der Vertragslaufzeit an die geänderten Erfordernisse, die besonders bei Änderungen des Geldwerts von großer Bedeutung ist, wurde dadurch erschwert. Da die Kosten des Prämieninkassos durch die weitgehende Mechanisierung (mit Hilfe von Datenverarbeitungsanlagen) gesenkt werden konnten, wird eine Vorschreibung von Einmalprämien für die Gesamtdauer mehrjähriger Verträge – abgesehen von Lebensversicherungen gegen Einmalprämien – nicht mehr vorgenommen.

Unterjährige Prämienvorschreibungen (für einen **Zeitraum, der kürzer ist als ein Jahr**) kommen häufiger vor. Neben unterjährigen Vorschreibungen von **Erstprämien** in Fällen, in denen die Fälligkeit der Folgeprämien auf Wunsch der Versicherungsnehmer vom Fälligkeitszeitpunkt der Erstprämie abweichen soll, können in den Versicherungsverträgen auch unterjährige Zahlungen von **Folgeprämien** vorgesehen sein (Halbjahresprämien, Vierteljahresprämien oder Monatsprämien). Bei Vereinbarungen über unterjährige Prämienzahlung ist zu unterscheiden zwischen

- **echten unterjährigen Prämien**, bei denen die Versicherungsperiode kürzer ist als ein Jahr; der Versicherungsnehmer ist im Falle der Vertragsauflösung nur verpflichtet, den bereits fälligen Teil der Prämien zu bezahlen, und
- **gestundeten Prämien**, bei denen für den Versicherungsnehmer am Beginn des Versicherungsjahres die Verpflichtung zur Bezahlung der vollen Jahresprämien entsteht, die geschuldeten Prämien aber **in Raten fällig** werden.

In der Lebensversicherung werden gestundete (geschuldete, aber noch nicht fällige) Teile der Prämien bei Tod der versicherten Person von der fälligen Versicherungssumme abgezogen. Die Bedeutung von gestundeten Prämien ist stark eingeschränkt, da es seit langer Zeit **bei Wegfall des versicherten Risikos** stets zu einer Rückverrechnung des noch nicht verbrauchten Teiles der Prämien kommt.

Bei unterjähriger Prämienvorschreibung wird den Versicherungsnehmern meist ein Zuschlag (der **Unterjährigkeitszuschlag**) angelastet; die Unterjährigkeitszuschläge, die zusammen mit den Prämien ausgewiesen werden, stellen eine Entschädigung für die erhöhte Verwaltungsarbeit und für den Zinsenentgang beim Versicherungsunternehmen dar.

In manchen Versicherungssparten steht die **Höhe des Risikos am Beginn der Versicherungsperiode** noch **nicht genau** fest (zB Vorräteversicherungen gegen Feuer und Einbruchdiebstahl, bei denen das Risiko vom Wert der Vorräte abhängt; Betriebsunterbrechungsver-

sicherungen und Betriebshaftpflichtversicherungen, bei denen das Risiko von der Höhe der Betriebsleistung abhängt). In diesen Fällen wird in der Polizze als **vorläufige Versicherungssumme** ein Pauschalbetrag, der um einen bestimmten Prozentsatz über- oder unterschritten werden kann, festgesetzt; die **Prämien** für die vorläufigen Versicherungssummen bzw die vertraglich vereinbarten Vorausprämien (für Haftpflichtversicherungen) werden **am Beginn der Versicherungsperiode** vorgeschrieben. Während der Versicherungsperiode (Vorräteversicherungen) oder am Ende der Versicherungsperiode haben die Versicherungsnehmer dem Versicherungsunternehmen die für die Verrechnung der **endgültigen Prämien** maßgebenden Daten (Wert der Vorräte; Höhe des Gewinns und der weiterlaufenden Betriebskosten; Lohn- und Gehaltssumme; Umsatz) zu melden (sogenannte **Stichtagsmeldungen**); aufgrund dieser Meldungen werden die vorläufig vorgeschriebenen Versicherungsprämien nachträglich berichtigt. Die Festlegung einer **Höchstversicherungssumme** neben der Grundversicherungssumme ist deswegen erforderlich, weil das Versicherungsunternehmen das von ihm getragene **maximale Risiko** im Zusammenhang mit seiner Zeichnungskapazität und der für ein Risiko erforderlichen Rückversicherungsdeckung kennen muss.

Nach dem **Zeitpunkt der Prämienbuchung** kann bei den Versicherungsunternehmen unterschieden werden zwischen

- Ist-Prämienbuchung
- Soll-Prämienbuchung

Bei der **Ist-Prämienbuchung** werden von den Versicherungsunternehmen nur die von den Versicherungsnehmern **tatsächlich bezahlten Prämien** gebucht. Die Prämienaußenstände und die Prämienvorauszahlungen werden nur am Bilanzstichtag aufgrund der statistisch geführten Inkassounterlagen erfasst und gebucht. Die **Außenstände am Bilanzstichtag** werden den Konten Prämien und Nebenleistungen der Versicherungsnehmer gutgeschrieben; die **Vorauszahlungen** der Versicherungsnehmer werden diesen Konten angelastet. Nach dem Bilanzstichtag werden die in der Bilanz ausgewiesenen Außenstände und Vorauszahlungen wieder gegen die Konten Prämien und Nebenleistungen der Versicherungsnehmer rückgebucht.

Die Ist-Prämienbuchung, bei der während des Jahres die Prämienaußenstände und Prämienvorauszahlungen nicht buchmäßig, sondern nur statistisch in Evidenz gehalten werden, war in früheren Jahren bei einigen **Lebensversicherungsunternehmen** gebräuchlich. Derzeit werden lediglich die Prämien für **kurzfristige Versicherungen** (zB kurzfristige Unfall-, Reise- und Kfz-Versicherungen), die aufgrund von Direktangeboten des Versicherungsunternehmens oder über externe Vertriebsstellen Zug um Zug mit der Prämienzahlung abgeschlossen werden, nach dem Ist-Verfahren gebucht; dasselbe gilt für die **Erhöhungsprämien** bei sogenannten **Erhöhungsaktionen** (wenn den Versicherungsnehmern anlässlich der Vorschreibung von Folgeprämien ein Angebot auf Erhöhung der Versicherungssummen gemacht wird, dessen Annahme im Belieben der Versicherungsnehmer steht). Diese Vorgangsweise steht im Einklang mit der Tatsache, dass **vor Annahme der Angebote** durch den Versicherungsnehmer – die durch Bezahlung der Prämien bzw der erhöhten Prämien zum Ausdruck gebracht wird – **keine einklagbare Forderung** an den Versicherungsnehmer besteht.

Bei der **Soll-Prämienbuchung**, die den Regelfall darstellt, werden die in den einzelnen Monaten **fälligen Prämien** in der **Hauptbuchhaltung** des Versicherungsunternehmens einem Inkasso-Sammelkonto angelastet; Prämienstorni und Prämienzahlungen werden diesem Konto gutgeschrieben. Statt eines Inkasso-Sammelkontos können auch mehrere Sammelkonten (zB getrennt nach direktem und indirektem Inkasso, nach Sparten oder nach Geschäftsgebieten) geführt werden. Die Evidenz der mit den einzelnen Versicherungsnehmern verrechneten Prämien erfolgt in einer **Nebenbuchhaltung** (in der Regel mit Hilfe von Datenverarbeitungsanlagen).

Grundlage für die in der Regel monatlich durchgeführte **Prämienverrechnung** bilden **Sammellisten (sogenannte Borderos)**, in welchen die in den einzelnen Monaten **fällig werdenden** bzw **zu stornierenden** Prämien verzeichnet werden. Es werden meist getrennte Listen (Borderos) für **Erst- oder Polizzenprämien** (Prämien, die bei der Neuausfertigung oder Änderung von Versicherungsverträgen für die erste Versicherungsperiode vorgeschrieben werden; die erste Periode ist häufig kürzer oder auch länger als die folgenden Perioden), für **Stornoprämien** (Prämienrückbuchungen) und für **Folgeprämien** erstellt. Die Prämienlisten werden in der Regel mit Hilfe der Datenverarbeitungsanlagen, in deren Speichern alle wesentlichen Daten des Versicherungsbestandes gespeichert sind, hergestellt.

Bei den **Prämienstorni** handelt es sich nur zum Teil um **echte Storni**; ein echter Prämienstorno (Totalstorno) bedeutet, dass auf die **Einhebung** einer bereits vorgeschriebenen Prämie **endgültig verzichtet** wird (zB wegen Wegfalls des Risikos oder wegen Uneinbringlichkeit der Prämie). In vielen Fällen handelt es sich um sogenannte **technische Storni**, bei denen aufgrund einer **Vertragsänderung** während der Versicherungsperiode (während des Versicherungsjahres) die bisher vorgeschriebenen Prämien durch neue Prämien aufgrund des geänderten Vertrages **ersetzt** werden; dem Prämienstorno steht in diesem Fall in der Erstprämienliste eine Prämienvorschreibung, die höher oder niedriger sein kann als der stornierte Betrag, gegenüber. Von manchen Versicherungsunternehmen wird in solchen Fällen die bereits vorgeschriebene Prämie für den Zeitraum der Änderung storniert und es wird die an ihre Stelle tretende Prämie neu vorgeschrieben; von anderen Versicherungsunternehmen wird dagegen nur die Differenz zwischen der alten und der neuen Prämie vorgeschrieben oder storniert.

Die **Folgeprämienlisten** für die im Laufe eines Monats fällig werdenden Prämien werden in der Regel am Anfang des Monats, mitunter sogar schon während des Vormonats erstellt und gebucht; gleichzeitig werden auch die für die Prämienüberweisung vorgesehenen Überweisungsträger an die Versicherungsnehmer ausgesandt.

Die **Erstprämienlisten** und die **Stornoprämienlisten für Dezember** werden von den meisten Versicherungsunternehmen bereits spätestens **Mitte Dezember** erstellt und gebucht; alle nach diesem Zeitpunkt ausgefertigten Polizzen und alle nach diesem Zeitpunkt durchgeführten Storni werden erst nach dem Bilanzstichtag **in neuer Rechnung** gebucht. Durch den **vorzeitigen Buchungsschluss für Erst- und Stornoprämien** soll erreicht werden, dass die verrechneten Prämien eines Rechnungsjahrs im direkten Geschäft (in eigener Führung) **möglichst frühzeitig** feststehen. Aufgrund der verspäteten Buchung von **Erstprämien** wird zwar bei steigendem Geschäftsvolumen die Summe der verrechneten Prämien etwas verkürzt; die **Erfolgsauswirkung** ist jedoch **unbedeutend**, da von den im Monat Dezember vorge-

schriebenen Prämien der überwiegende Teil in der Bilanz durch **Prämienüberträge passiv abgegrenzt** (dh erfolgsmäßig auf das nächste Jahr übertragen) werden müsste. Für die nach dem Bilanzstichtag zu erwartenden **Totalstorni** sind dagegen in der Bilanz angemessene **Wertberichtigungen** zu den Prämienaußenständen zu bilden. Es sollte jedenfalls darauf geachtet werden, dass bei Buchungsschluss für die Erst- und Stornoprämien **keine größeren Polizzierungs- und Stornorückstände** aus Vormonaten bestehen und dass daher tatsächlich nur die nach dem Buchungsschluss neu beantragten Versicherungen und die danach neu anfallenden Storni erst nach dem Bilanzstichtag verrechnet werden.

Bei der **Prämienverrechnung nach dem Soll-System** können entweder die gesamten vom Versicherungsnehmer bereits **geschuldeten Prämien** oder lediglich die **fälligen Prämien** in der Buchhaltung erfasst werden. Im allgemeinen ist es üblich, die Prämien **erst im Fälligkeitszeitpunkt** zu buchen und die gestundeten (noch nicht fälligen) Prämienteile weder in der laufenden Buchhaltung noch auch in der Bilanz auszuweisen. Nach den geltenden österreichischen Rechnungslegungsvorschriften sind **gestundete Prämien**, auch wenn sie in der Buchhaltung erfasst werden sollten, in den Rechnungsabschlüssen nicht als verrechnete Prämien bzw als Forderungen an Versicherungsnehmer auszuweisen, sondern gegen die gebuchten Prämien und die von den gebuchten Prämien berechneten Prämienüberträge aufzurechnen.

Zu den Prämienaußenständen, deren Fälligkeit längere Zeit zurückliegt, sind **individuelle oder pauschale Wertberichtigungen** zu bilden; Außenstände im Einzelinkasso, die älter als ein Jahr sind, werden meist voll wertberichtigt. In der **Bilanz** sind die Wertberichtigungen nach den bestehenden Rechnungslegungsvorschriften **auf der Passivseite der Bilanz** im Bilanzposten Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen (als **Stornorückstellung**) auszuweisen.

Bei Beurteilung der **Angemessenheit der Wertberichtigungen** zu den Prämienaußenständen sind folgende Umstände zu berücksichtigen:

- bei den Prämienaußenständen handelt es sich um **Bruttobeträge**, von denen beim Zahlungseingang **Abgaben** (Versicherungssteuer, in den Feuerversicherungssparten auch Feuerschutzsteuer) und **Provisionen** zu entrichten sind; beim Ausfall von Prämienforderungen vermindert sich die Verpflichtung zur Bezahlung der Abgaben und Provisionen entsprechend.
- in vielen Fällen wird ein Teil der dem Versicherungsnehmer vorgeschriebenen Prämien an **Mitversicherer und Rückversicherer** weitergegeben. Wenn Prämien wegen Uneinbringlichkeit storniert werden müssen, tragen die Mitversicherer und die Rückversicherer den auf sie entfallenden Anteil; für den Erstversicherer fallen in diesem Fall allerdings die Führungsprovisionen und die Rückversicherungsprovisionen weg.

- ein Teil der Prämien wird durch die **Prämienüberträge** passiv abgegrenzt; insbesondere von den kurz vor dem Bilanzstichtag vorgeschriebenen Prämien wird nur ein kleiner Teil im Bilanzjahr als Ertrag vereinnahmt (von den im Dezember fälligen Prämien werden beispielsweise bei jährlicher Zahlungsweise 11/12 oder 23/24 passiv abgegrenzt). **Keine Prämienüberträge** werden in den Bilanzen der Versicherungsunternehmen allerdings zu den Prämien aus Vorjahren oder zu den Prämien mit unterjähriger Zahlungsweise aus dem Rechnungsjahr, bei denen der Vorschreibungszeitraum nicht über den Bilanzstichtag hinausreicht, gebildet.
- für **Lebensversicherungen mit Sparprämienanteil** werden nicht nur die Prämienüberträge, sondern wird auch die **Deckungsrückstellung** unter der Annahme berechnet, dass die bereits vorgeschriebenen Prämien beim Versicherungsunternehmen eingehen; gehen die Prämien nicht ein, dann werden die Versicherungen prämienfrei gestellt und die Deckungsrückstellung und die Prämienüberträge ermäßigen sich entsprechend. Dies gilt allerdings nur in sehr **eingeschränktem Maß** beim Storno von Prämien für das **erste und zweite Versicherungsjahr**, da die Prämien der ersten Versicherungsjahre nur bei kurzfristigen Verträgen zur Bildung einer positiven Deckungsrückstellung führen. Die Stornierung von Prämien für das erste Versicherungsjahr löst bei Lebensversicherungen jedoch die **Rückverrechnung der Abschlussprovisionen** aus; die dadurch entstehenden Forderungen an Vertreter sind allerdings nicht immer einbringlich.

Die **tatsächlichen Storni von Prämien**, deren Fälligkeit im Vorjahr gelegen ist, bilden im Allgemeinen **keine ausreichende Grundlage** zur **Berechnung** des erforderlichen Ausmaßes der Pauschalwertberichtigungen zu den Prämienaußenständen. Bei vielen dieser Stornierungen handelt es sich, wie bereits erwähnt, um sogenannte **technische Storni**, bei denen rückwirkend Versicherungsverträge abgeändert werden; den Stornierungen von Teilen der im Vorjahr vorgeschriebenen Prämien stehen in diesen Fällen meist nachträgliche Prämienvorschreibungen in annähernd gleicher Höhe oder sogar mit höheren Beträgen gegenüber. Auch die **Totalstorni** von Prämien, die im Vorjahr fällig wurden, vermitteln, wenn sie gesondert erfasst werden, keine ausreichenden Aufschlüsse, da vielfach (zB bei Wegfall des Risikos) lediglich Prämienteile für die Zeit nach dem Bilanzstichtag storniert werden; die **Totalstorni mangels Zahlung** von Prämien mit **Fälligkeit im Vorjahr** müssen daher um **anteilige Prämienüberträge** berichtigt werden.

VIII. Die Schadenbearbeitung

Die Schadenabteilungen eines Versicherungsunternehmens haben die folgenden Aufgaben:

- Feststellung, ob überhaupt ein durch die Versicherung **gedeckter Schaden** vorliegt.
- Prüfung, ob **Ausschlussgründe** für den Ersatz des Schadens vorliegen.
- Ermittlung der **Höhe des Schadens** und Feststellung, ob er voll durch Versicherung gedeckt ist oder ob **Unterversicherung** besteht.
- **Abwehr ungerechtfertigter Schadenersatzansprüche.**
- **Veranlassung der Auszahlung** der zu Recht geforderten Versicherungsleistungen.
- Verfolgung allfälliger **Regressansprüche.**
- Führung von **Schadenakten** und **statistischen Aufzeichnungen zu Schadenfällen** sowie laufende **Aktualisierung der Schadenreserven.**

In der **Lebensversicherung** werden die Abteilungen, die sich mit der Erbringung der Versicherungsleistungen befassen, nicht Schadenabteilungen, sondern Regulierungsabteilungen genannt; die Auszahlung der Versicherungsleistung bei Ablauf oder Rückkauf eines Lebensversicherungsvertrages ist keine Schadenzahlung.

Wenn ein **Schaden gemeldet** wird, muss festgestellt werden, ob das Ereignis überhaupt **durch den Versicherungsvertrag gedeckt** ist. Mitunter ist diese Feststellung nicht ganz einfach. **Beispiele:** die Haftung des Kreditversicherers erlischt bei Warenkreditversicherungen für Forderungen, die nach einer dem Versicherer nicht gemeldeten Überschreitung des Zahlungszieles entstanden sind; bei Lebensversicherungen ist, sofern nicht ein besonderer Prämienzuschlag (**Unanfechtbarkeitszuschlag**) entrichtet wird, innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Abschluss des Vertrages eine Entschädigung im Fall von Selbstmord ausgeschlossen; bei Krankenversicherungen werden für die bereits bei Vertragsabschluss bestehenden Krankheiten und Leiden keine Leistungen erbracht.

Ausschlussgründe für eine Versicherungsleistung können insbesondere in der **nicht rechtzeitigen Zahlung** der Versicherungsprämie, in der **Verletzung wichtiger Obliegenheiten** des Versicherungsnehmers oder in der **vorsätzlichen**, in manchen Versicherungssparten auch in der grob fahrlässigen Herbeiführung des Schadens bestehen. Ausgeschlossen sind in der Haftpflichtversicherung in der Regel auch die **Ansprüche der Angehörigen** des Schädigers (Versicherungsnehmers) gegen den Schädiger.

Bei größeren Schäden werden zur **Ermittlung der Höhe des Schadens** vielfach Sachverständige herangezogen. Im Anschluss an die Feststellung der Höhe des Schadens muss festgestellt werden, ob der Schaden in der bestehenden Versicherungssumme Deckung findet oder ob Unterversicherung vorliegt. Die Konsequenzen einer **Unterversicherung** sind bei Vollwertversicherungen und bei Teilwertversicherungen unterschiedlich. Bei Vollwertversicherungen muss zur Feststellung einer allfälligen Unterversicherung nicht nur die Höhe des Schadens, sondern auch der Wert des versicherten Objektes (des versicherten Interesses) im Zeitpunkt des Schadens ermittelt werden.

Einige Bedeutung im Rahmen der Schadenaufwendungen haben **Regressansprüche** von **Sozialversicherungsträgern** insbesondere in der Kfz-Haftpflichtversicherung, da bei **Personenschäden** fast immer eine finanzielle Belastung der Sozialversicherungsträger entsteht (Kosten von Spitalsaufenthalten, sonstige Heilkosten, Unfallrenten und Hinterbliebenenrenten). Grundlage für die Geltendmachung von zivilrechtlichen Ansprüchen bildet meist die Feststellung des Verschuldens im Wege eines Strafverfahrens, das bei Personenschäden in der Regel durchgeführt wird. Die Versicherungsunternehmen sind vielfach bestrebt, die Regressansprüche der Sozialversicherungsträger, die diesen aufgrund von Rentenzahlungen zustehen, durch **einmalige Kapitalzahlungen** abzufinden, da es sich bei den Renten um wertgesicherte Verpflichtungen handelt, deren Nominalbeträge bei sinkendem Geldwert ansteigen. Bei **Bemessung der Abfindungen** wurde früher der Umstand beachtet, dass die Lebenserwartung geschädigter Personen, die aufgrund eines Unfalls eine Rente bezogen haben, vielfach niedriger war als die durchschnittliche Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung; in den letzten Jahren hat sich allerdings die Lebenserwartung behinderter Personen stark erhöht und an die "normale" Lebenserwartung angenähert.

Vor einigen Jahren wurde durch Gerichtsurteil entschieden, dass auch **Dienstgeber**, die durch die **Schädigung eines Dienstnehmers** bei einem Verkehrsunfall einen finanziellen Schaden erleiden, diesen gegen den schuldigen Kfz-Lenker geltend machen können.

Die **Abwehr ungerechtfertigter Ansprüche** spielt vor allem in der Haftpflichtversicherung und in der Rechtsschutzversicherung eine große Rolle. In den Haftpflichtsparten werden nicht Vermögensverluste, die der Versicherungsnehmer des Versicherungsunternehmens unmittelbar erlitten hat, ersetzt, sondern Vermögensverluste, die ihm dadurch erwachsen, dass ein **Dritter den Ersatz des Schadens**, den ihm der Versicherungsnehmer zugefügt hat, verlangt. Aufgabe der Schadenabwehr ist es **ungerechtfertigte Ersatzansprüche** des Dritten abzuwehren, indem der Entschädigungsanspruch des Dritten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach bestritten wird (zB Bestreiten des Verschuldens des Versicherungsnehmers oder Bestreiten der Höhe des Schadens).

Die Versicherungsunternehmen sind in der Regel bestrebt, vom Versicherungsnehmer bzw (in der Haftpflichtversicherung) vom geschädigten Dritten eine **Abfindungserklärung** zu erhalten, die besagt, dass der Geschädigte **keine weiteren Ansprüche** aus dem Schadenfall hat. Bei schwereren Personenschäden behalten sich die Geschädigten allerdings nicht selten weitere Ansprüche für den Fall, dass sich in späteren Jahren Spätfolgen des Unfalls ergeben sollten, vor (sogenannte **Feststellungsbegehren**).

Regressansprüche bestehen gegenüber Personen, die einen Schaden **vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt** haben (Beispiele: Regressansprüche gegen Brandstifter oder gegen Handwerker, die bei der Durchführung von Schweißarbeiten grob fahrlässig einen Brand verursacht haben).

Versicherungsunternehmen können **gegenüber dem Verursacher** des Schadens **jene Ansprüche** geltend machen, die dem **Versicherungsnehmer** zustehen; diese Ansprüche des Versicherungsnehmers gehen bei Ersatz des Schadens durch das Versicherungsunternehmen automatisch (dh aufgrund gesetzlicher Regelung) auf das Versicherungsunternehmen über.

In der **Kfz-Haftpflichtversicherung** richten sich die Regresse in der Regel **gegen die Versicherungsnehmer**; sie kommen vor allem dann vor, wenn die Versicherungsnehmer die Prämien trotz qualifizierter Mahnung nicht bezahlt haben oder einen Schaden durch Lenken eines Fahrzeuges ohne Führerschein oder in betrunkenem Zustand herbeigeführt oder nach einem Unfall Fahrerflucht begangen haben. In diesen Fällen wäre die **Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens** aufgrund des Versicherungsvertrags **nicht** gegeben. Der Ausschluss der Leistungspflicht wirkt aber aufgrund gesetzlicher Regelung nicht gegenüber dem Geschädigten; das heißt, das Versicherungsunternehmen muss **dem Geschädigten** den Schaden ersetzen, kann aber beim Versicherungsnehmer, für den es aufgrund der Bedingungen des Haftpflichtversicherungsvertrages gar keine Zahlung zu leisten gehabt hätte, Regress nehmen. Die Regressansprüche sind allerdings bei Regressen wegen Trunkenheit, wegen Fahrerflucht oder wegen Lenkens des Fahrzeugs ohne Führerschein (Obliegenheitsverletzungen bzw grobe Fahrlässigkeit) der Höhe nach (gesetzlich mit rund EUR 11.000) **begrenzt**; **keine Begrenzung** der Regressansprüche besteht, wenn die Versicherungsdeckung wegen Nichtzahlung der Prämien erloschen war.

In der **Kfz-Fahrzeugversicherung** können **Regressansprüche** gegen einen vom Versicherungsnehmer **verschiedenen Lenker** nur dann geltend gemacht werden, wenn der Lenker das Fahrzeug **unberechtigt** in Betrieb genommen hat oder – auch wenn er zur Führung des Fahrzeugs vom Kraftfahrzeughalter (= Versicherungsnehmer) berechtigt war – eine **schwere Obliegenheitsverletzung** (zB Lenken des Fahrzeugs in betrunkenem Zustand) begangen hat. In diesem Fall können gegen ihn Regressansprüche sowohl aufgrund von Entschädigungszahlungen für den **Fahrzeugschaden** (der Höhe nach unbegrenzt) als auch aufgrund allfälliger Entschädigungszahlungen für einen **Haftpflichtschaden** (begrenzt mit rund EUR 11.000) erhoben werden.

Regressfragen spielen eine recht bedeutende Rolle **zwischen den Kfz-Fahrzeugversicherern und den Kfz-Haftpflichtversicherern**, da bei schuldhafter Beschädigung eines Fahrzeuges durch ein anderes Fahrzeug der **Fahrzeugversicherer des nicht schuldigen Fahrzeughalters** einen Regressanspruch gegenüber dem **Haftpflichtversicherer des schuldigen Fahrzeughalters** hat. Damit nicht in jedem einzelnen Fall zur Regelung dieser Regresse die **Verschuldensfrage** gesondert geklärt werden muss, besteht zwischen den Versicherungsunternehmen ein sogenanntes **Teilungsabkommen**. Dieses sieht vor, dass **ohne Rücksicht auf das Verschulden** und ohne Rücksicht darauf, ob die Entschädigung vom Fahrzeugversicherer des beschädigten Fahrzeugs oder vom Haftpflichtversicherer des Unfallgegners bezahlt wird **jeweils die Hälfte** des Schadens vom **Fahrzeugversicherer** des beschädigten Fahrzeugs und vom **Haftpflichtversicherer** des anderen Fahrzeugs getragen wird, wenn der Schaden durch die Berührung von zwei Fahrzeugen entstanden ist; sind mehr als zwei Fahrzeuge an einem Schadenfall beteiligt, dann tragen die n Versicherungsunternehmen jeweils den n-ten Teil des gesamten Schadens. Dem Teilungsabkommen liegt der Gedanke zugrunde, dass sich nach dem Gesetz der großen Zahl die **Fälle des Verschuldens bzw des Nichtverschuldens** des Unfallgegners des Versicherungsnehmers der Kfz-Fahrzeugversicherung etwa **ausgleichen**. Erfahrungsgemäß wird der Regressanspruch der Kfz-Fahrzeugversicherer gegenüber den Kfz-Haftpflichtversicherern regelmäßig geltend gemacht; für die Kfz-Haftpflichtversicherer ist es dagegen nicht immer möglich, bei den Kfz-Fahrzeugversicherern der Unfallgegner Regress zu nehmen.

IX. Die Kapitalveranlagung der Versicherungsunternehmen

1. Der Begriff der Kapitalanlagen

Die Mittel, die den Versicherungsunternehmen aus ihrer betrieblichen Tätigkeit heraus zur Verfügung stehen, sind höher als der Wert des für den Geschäftsbetrieb benötigten Vermögens. Der Großteil dieser Mittel kann daher **in nicht betriebsbedingten ertragbringenden Vermögensgegenständen** (den sogenannten Kapitalanlagen) veranlagt werden.

Zu den Kapitalanlagen **im engeren Sinne** zählen:

- zeitlich gebundene Guthaben bei Kreditinstituten (sogenannte Festgelder)
- Wertpapiere
- Darlehensforderungen (Ausleihungen)
- zur Vermietung bestimmte Grundstücke und Bauten
- Vorauszahlungen auf Policen (nur bei Lebensversicherungen und nach Art der Lebensversicherung betriebenen Unfallversicherungen)

Im weiteren Sinn werden zu den Kapitalanlagen auch

- jederzeit fällige Guthaben bei Kreditinstituten (flüssige Mittel),
- für den eigenen Geschäftsbetrieb genutzte Grundstücke und Bauten und
- Beteiligungen

gezählt.

Zur Postengruppe Kapitalanlagen gehören nach dem Bilanzschema auch die **Depotforderungen an andere Versicherungsunternehmen**. Es handelt sich dabei um verzinsliche Forderungen aus der **übernommenen Rückversicherung** (von Zedenten übernommenes indirektes Geschäft), die einen Gegenposten zu den versicherungstechnischen Rückstellungen für das übernommene (indirekte) Geschäft darstellen; sie erfüllen im Rahmen des übernommenen Geschäfts die gleiche Funktion wie die eigenen Kapitalanlagen im Rahmen des direkten Geschäfts.

Bei den Kapitalanlagen der Versicherungsunternehmen wird im Bilanzausweis nicht unterschieden, ob es sich um Vermögensgegenstände des **Anlagevermögens** (dh Vermögensgegenstände, die dazu bestimmt sind, dauernd dem Betrieb zu dienen) oder um Vermögensgegenstände des **Umlaufvermögens** handelt. Die Mehrzahl der Kapitalanlagen zählt wirtschaftlich zum Anlagevermögen; Wertpapiere werden jedoch von Versicherungsunternehmen zunehmend nicht mit der Absicht der **Daueranlage**, sondern mit der Absicht, kurz- bis mittelfristig **Kursgewinne** zu erzielen und diese durch Verkauf der Wertpapiere auch zu realisieren, erworben. Im Rahmen der **Vermögensverwaltung** werden die Daueranlagen viel-

fach vom Handelsbestand **getrennt** geführt, da für die Dispositionen in den beiden Bereichen unterschiedliche Regelungen bestehen. Eine **getrennte Führung** dieser Bestände **im Rechnungswesen** ist bisher noch nicht üblich; für die Kapitalanlagen des Anlagevermögens und des Umlaufvermögens bestehen allerdings **unterschiedliche Bewertungsvorschriften** im Jahresabschluss nach UGB/VAG.

2. Vorschriften für Kapitalanlagen

Allgemeine Vorschriften

Während unter Solvency I die Kapitalveranlagung durch zulässige Vermögenswerte und quantitative Grenzen für definierte Vermögenswertkategorien geregelt war, gilt unter Solvency II das Prinzip der **Anlagefreiheit**. Mit der Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie wurden die bisherigen Kapitalanlagevorschriften durch den **Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht** („Prudent Person Principle“, kurz „PPP“) ersetzt.

Umgesetzt in **Investment- und Governance-Prinzipien, Prozessen und Vorgaben** bezüglich bestimmter Kapitalanlagekategorien (zB derivative Finanzinstrumente) wird der Handlungsspielraum für die Kapitalveranlagung durch einen umfassenden **Verhaltensstandard** definiert. Bestehen bleiben parallel dazu und zur besonderen Sicherstellung des Vermögens der Versicherungsnehmer im Insolvenzfall das **Deckungsstocksystem** und das Institut des **Deckungsstocktreuhänders**.

Im VAG 2016 ist unter der Überschrift „**Grundsatz der unternehmerischen Vorsicht**“ festgelegt, dass die Versicherungsunternehmen ihre **gesamten Vermögenswerte nach folgenden Grundsätzen anzulegen** haben (§ 124 Abs. 1 VAG):

- In Bezug auf das gesamte Vermögensportfolio dürfen Versicherungsunternehmen lediglich in Vermögenswerte und Instrumente investieren, deren **Risiken** sie **angemessen erkennen, messen, überwachen, managen, steuern** können, über deren Risiken sie angemessen **berichten** können und deren Risiken sie bei der Beurteilung des Gesamtsolvabilitätsbedarfs angemessen berücksichtigen können.
- Sämtliche Vermögenswerte sind auf eine Art und Weise anzulegen, die die **Sicherheit, die Qualität, die Liquidität und die Rentabilität des gesamten Portfolios** gewährleistet. Außerdem hat die **Belegenheit** dieser Vermögenswerte ihre **Verfügbarkeit** sicherzustellen.
- Vermögenswerte, die zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz gehalten werden, sind darüber hinaus auf eine Art und Weise anzulegen, die der **Wesensart und der Laufzeit der Versicherungs- und Rückversicherungsverbindlichkeiten** angemessen ist. Diese Vermögenswerte sind im besten Interesse aller Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten und unter Berücksichtigung jeglicher offengelegten strategischen Ziele anzulegen (Hinweis auf **Asset-Liability-Management**).

- Im Falle eines **Interessenkonflikts** haben Versicherungsunternehmen oder das mit der Verwaltung ihres Vermögensportfolios betraute Unternehmen dafür zu sorgen, dass die Anlage im besten Interesse der Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigten erfolgt.
- Die **Verwendung derivativer Finanzinstrumente** ist zulässig, wenn sie zur Verringerung von Risiken oder zur Erleichterung einer effizienten Portfolioverwaltung beitragen; diese Voraussetzung wird jedenfalls nicht erfüllt durch Geschäfte bei denen zugrunde liegende Risikopositionen nicht vorhanden sind (Leerverkäufe).
- Kapitalanlagen und Vermögenswerte, die **nicht zum Handel an einem geregelten Finanzmarkt** zugelassen sind, sind auf einem **vorsichtigen Niveau** zu halten.
- Die Vermögenswerte sind in angemessener Weise so zu **mischen** und zu **streuen**, dass eine **übermäßige Abhängigkeit** von
 - a) einem bestimmten Vermögenswert,
 - b) ein und demselben Emittenten oder von Emittenten, die derselben Unternehmensgruppe angehören oder einer bestimmten Unternehmensgruppe oder
 - c) einer geografischen Regionvermieden wird und insgesamt eine übermäßige Risikokonzentration im Portfolio vermieden wird.

Zusätzlich ist in § 124 Abs. 2 VAG normiert, dass die Versicherungsunternehmen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen haben, dass die **Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen** der Solvenzbilanz **ausreichend dokumentiert** ist.

Gemäß § 126 VAG ist die FMA ermächtigt, per Verordnung nähere qualitative Vorgaben zu den Grundsätzen der unternehmerischen Vorsicht im Hinblick auf die Kapitalveranlagung festzulegen. Genau dies erfolgte durch die **Kapitalanlageverordnung (VU-KAV 2015)**. Die VU-KAV regelt unter anderem folgende Aspekte:

- Interne Leitlinien
- Asset Liability Management (ALM)
- Konzentrationsrisiko (Mischung und Streuung von Kapitalanlagen)
- Risikoindikatoren
- Kreditrisikobeurteilung
- Derivate
- Deckungsstockbestimmungen

Informationen betreffend die Umsetzung des PPP-Verhaltensstandards finden sich in unterschiedlichen Berichten des Solvency II-Meldewesens. Für das **Berichtswesen zur Kapitalveranlagung** erfolgt die Zuordnung zu Vermögenswertkategorien gemäß EIOPA **Complementary Identification Code (CIC)**.

Organisatorische Trennung

Die Versicherungsunternehmen haben die Bewertung der Vermögenswerte, die Abwicklung und die Erfassung der Transaktionen im Rechnungswesen organisatorisch von der Vermögenswertselektion im Rahmen der Veranlagung zu trennen (§ 4 VU-KAV).

Dokumentation

Um die Risiken der Veranlagung angemessen erkennen, messen, überwachen, managen und steuern zu können und um über diese angemessen berichten zu können, sind die Grundlagen für Veranlagungsentscheidungen sowie die laufende Überwachung der Wertentwicklung und des Kreditrisikos angemessen zu **dokumentieren**. Sämtliche Transaktionen sind zeitnah und vollständig zu erfassen (§ 5 VU-KAV).

Interne Leitlinien

Von einer „**prudent person**“ werden nachhaltige und nachvollziehbare Investmententscheidungen erwartet. Zur Sicherstellung sind die **Investmentprozesse** in **internen Leitlinien** zu dokumentieren. Entsprechend § 3 der VU-KAV haben die internen Leitlinien zumindest folgende Bestandteile zu umfassen:

- **Segmentierung des gesamten Portfolios** zumindest auf Ebene der Bilanzabteilungen
- **Veranlagungsziele** unter Beachtung von Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen und anderen Verbindlichkeiten, Risiko, Ertrag, Zeithorizont und Liquiditätsbedarf
- **Prozesse für das ALM**
- **Kriterien für die Sicherheit, Qualität, Liquidität, Rentabilität und Verfügbarkeit des gesamten Portfolios** und das daraus abgeleitete **Limitsystem**
- **Strategische Asset Allokation**, geeignete Abweichungsparameter und Regeln für deren Festlegung
- **Definition des Anlageuniversums** nach Vermögenswertkategorien
- **Veranlagungsprozesse** in Bezug auf die einzelnen Vermögenswertkategorien
- Beschreibung der **Eskalationsmechanismen** im Fall einer Überschreitung der festgelegten Limits
- **Umfang und Häufigkeit eigener Kreditrisikobeurteilungen** einschließlich der Festlegung von Kriterien, die eine erneute Kreditrisikobeurteilung erforderlich machen
- Bedingungen, unter denen das Versicherungsunternehmen **Wertpapierleih- und Wertpapierpensionsgeschäfte** betreiben kann
- Prozesse für die **Bewertung der Vermögenswerte und Überwachung der Wertentwicklung**

Asset Liability Management

Das **Asset Liability Management (ALM)** dient der **gesamthaften Unternehmenssteuerung**. Es gilt die Anforderung, Vermögenswerte zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen entsprechend der **Wesensart und der Laufzeiten der Verbindlichkeiten** anzulegen. Die Umsetzung des ALM kann durch Absicherung, durch Veranlagung (zB im Rahmen der strategischen Asset Allokation), durch Rückversicherung und durch Produktmanagement erfolgen, wobei die enge Zusammenarbeit der mit Produktentwicklung, Preisfestsetzung, Veranlagung und Risikomanagement betrauten Personen entscheidend ist.

Für die Modellierung des ALM sind keine bestimmten Methoden vorgegeben, es sind jedoch **angemessene Annahmen und Faktoren** zu verwenden.

Konzentrationsrisiko (Mischung und Streuung)

§ 6 VU-KAV normiert, dass Versicherungsunternehmen zum Zwecke einer **angemessenen Mischung und Streuung** ein **geeignetes Limitsystem** mit **quantitativen Anlagegrenzen** für alle relevanten Konzentrationsrisiken, jedenfalls aber für die definierten Vermögenswertkategorien, für Emittenten bzw. Gegenparteien einschließlich solcher, die derselben Unternehmensgruppe angehören und für geografische Regionen festzulegen und umzusetzen haben. Während unter dem Regime von Solvency I die FMA (über den Weg der alten Kapitalanlageverordnung) Veranlagungslimits in der Form von Gesamtgrenzen pro Anlagekategorie sowie Emittenteneinzel- und –summengrenzen vorgegeben hatte, müssen bzw. dürfen die Versicherungsunternehmen nunmehr ihre Veranlagungslimits im Hinblick auf die Mischung und Streuung der Kapitalanlagen selbst definieren. In der Praxis haben viele Versicherungsunternehmen die früher bestehenden Veranlagungslimits vorderhand beibehalten.

Risikoindikatoren

Um sicherzustellen, dass Versicherungsunternehmen im Einklang mit den einschlägigen Bestimmungen des VAG nur in Vermögenswerte investieren, deren Risiken sie angemessen erkennen, messen, überwachen, managen, steuern können und über deren Risiken sie angemessen berichten können, haben sie **eigene Risikoindikatoren** zu entwickeln, welche im Rahmen der Veranlagung einzusetzen sind und alle wesentlichen Risikoindikatoren umfassen (§ 7 VU-KAV). Dazu gehören:

- Vergleich der Zinssensitivitäten von Vermögenswerten und Verbindlichkeiten
- Abweichungen von der strategischen bzw. taktischen Asset Allokation
- Abweichungen vom Limitsystem für alle anderen relevanten Konzentrationsrisiken
- Anteil nicht notierter und nicht regelmäßig gehandelter Vermögenswerte
- Struktur der Veranlagungssegmente nach Kreditqualität, Laufzeit bzw. Zinssensitivität, Währung und geografischer Region

Kreditrisikobeurteilung

Um sicherzustellen, dass Versicherungsunternehmen sämtliche Vermögenswerte auf eine Art und Weise anlegen, die die Sicherheit, die Qualität, die Liquidität und die Rentabilität des gesamten Portfolios gewährleistet, haben Versicherungsunternehmen bei der **Beurteilung der Kreditqualität der Emittenten bzw. Gegenparteien** Folgendes zu beachten (§ 8 VU-KAV):

- Eine angemessene **eigene Kreditrisikobeurteilung** ist jedenfalls **für komplexere oder materielle Anlagen oder Anlagetätigkeiten**, welche ein Kreditrisiko aufweisen,

sowie für Darlehen durchzuführen. Für die Bestimmung materieller Anlagen oder Anlagetätigkeiten sind Exposures gegenüber demselben Emittenten oder verschiedenen Emittenten derselben Unternehmensgruppe bzw. gegenüber derselben Gegenpartei oder verschiedenen Gegenparteien derselben Unternehmensgruppe zusammenzuzählen.

- Die Kreditrisikobeurteilung ist sowohl **auf Ebene des einzelnen Emittenten bzw. der einzelnen Gegenpartei** als auch, sofern der Emittent bzw. die Gegenpartei einer Unternehmensgruppe angehört, auf Gruppenebene durchzuführen. Maßnahmen, die die Kreditqualität verbessern, wie Garantien oder Sicherheiten, sind dabei zu berücksichtigen.
- Die Kreditrisikobeurteilung hat, sofern relevant, die **Analyse von makroökonomischen Entwicklungen, Bilanz- und Marktkennzahlen, Berichten externer Ratingagenturen, der Vertragsdokumentation sowie die laufende Überwachung von Nachrichten**, welche auf eine Veränderung des Kreditrisikos schließen lassen können, zu umfassen.
- Die für die Kreditrisikobeurteilung verwendeten **Informationen sind aus verlässlichen Quellen** zu beziehen und haben im Hinblick auf den Umfang und die Aktualität eine ausreichende Anzahl von Datenpunkten zu berücksichtigen, die eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Kreditrisikos über mehrere Zeitperioden ermöglichen.

Derivative Finanzinstrumente

Derivative Finanzinstrumente (zB Optionen, Terminkontrakte, Swaps) können zur **Absicherung von Vermögenswerten und Verbindlichkeiten** einzeln oder in Summe sowie zur **effizienten Portfolioverwaltung** verwendet werden. Zweck der Regelungen im VAG bzw. in der VU-KAV ist es, spekulative Investments und unbegrenztes Verlustpotential zu begrenzen. Um systemisches Risiko und unbegrenzte Verluste zu vermeiden, sind **Leerverkäufe verboten**, Leverage ist auf vorsichtigem Niveau zu halten. Gleiches gilt für Derivat-Positionen mit hoher Transaktionshäufigkeit oder im Rahmen von Arbitrage-Strategien sowie Short-Put-Optionen.

Deckungsstock

Zusätzlich zu den obenstehenden Anforderungen an die Kapitalveranlagung gelten für die Vermögenswerte zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen für bestimmte Versicherungsarten die **Schutzbestimmungen des Deckungsstocks**. Das Institut des Deckungsstocks soll durch **getrennte Verwaltung von Vermögenswerten** als eine Art **Sondervermögen** die Rückzahlung an die Versicherungsnehmer bei Einstellung des Geschäftsbetriebs (oder im Konkursfall) sicherstellen. Auf die Ausführungen in Abschnitt III.1. zum Themenkreis Deckungsstock wird verwiesen (**Deckungsstock, Deckungsstockerfordernis, Deckungsstockverzeichnis und Treuhänder**), eine Wiederholung unterbleibt an dieser Stelle.

Die VU-KAV ergänzt in den §§ 12 bis 17 die Bestimmungen des 12. Hauptstücks des VAG in Sachen Deckungsstock. In der VU-KAV wird u.a. geregelt, welche Vermögenswerte auf das Deckungsstockerfordernis unter welchen Voraussetzungen anrechenbar sind und welche nicht.

3. Guthaben bei Kreditinstituten

Die Guthaben bei Kreditinstituten gliedern sich in **täglich fällige Guthaben** und in **zeitlich gebundene Guthaben**. Nur die zeitlich gebundenen Guthaben zählen zu den Kapitalanlagen im engeren Sinn.

Zeitlich gebundene Guthaben sind **Festgelder** (diese werden zu einem festen Zeitpunkt fällig) oder **Kündigungsgelder** (diese werden eine bestimmte Zeit nach Kündigung fällig). In der Regel kann für die zeitlich gebundenen Guthaben eine höhere Verzinsung erreicht werden als für die täglich fälligen Guthaben. Versicherungsunternehmen können allerdings als Großeinleger auch für Guthaben ohne förmliche zeitliche Bindung eine Verzinsung erzielen, die der Verzinsung zeitlich gebundener Guthaben gleichkommt, wenn die Guthaben tatsächlich längere Zeit bei einem Kreditinstitut belassen werden.

Nach Ansicht der FMA sollen sich die Guthaben bei Kreditinstituten im Wesentlichen auf die Mittel beschränken, die für die Betriebserfordernisse und für die Bereitstellung für Daueranlagen unter Berücksichtigung der zu erwartenden Einnahmen erforderlich sind. Diesen Bedürfnissen tragen die üblichen Formen der Guthaben mit längstens einjähriger Bindung Rechnung. Guthaben bei Kreditinstituten als Dauereinlagen sind unerwünscht, weil sie leicht den Charakter von Widmungseinlagen annehmen können, was im Interesse eines gesunden Wettbewerbs in der Versicherungswirtschaft abzulehnen ist. Guthaben mit längerer als einjähriger vertraglicher Bindung sind in den für die FMA bestimmten Nachweisungen gesondert auszuweisen.

Guthaben bei Kreditinstituten müssen vor allem dann gehalten werden, wenn sich die Fälligkeit der Prämien nicht annähernd gleichmäßig über das ganze Kalenderjahr verteilt, sondern zu bestimmten Zeitpunkten besondere Einnahmespitzen auftreten oder wenn zu bestimmten Zeitpunkten größere Zahlungen für Versicherungsfälle zu leisten sind (insbesondere aufgrund des Ablaufs von Lebensversicherungen mit Sparanteil oder beispielsweise in der Hagelversicherung) oder wenn die Mittel für größere Einzelinvestitionen (zB Liegenschaften) angespart werden müssen.

Manche Versicherungsunternehmen versuchen, durch gezielte Einlagen bei bestimmten Kreditinstituten die Akquisition von neuen Versicherungsverträgen zu unterstützen; dieses Bestreben steht nicht im Einklang mit den Intentionen der FMA. Von Widmungseinlagen wird dann gesprochen, wenn durch die Einlagen bestimmte Kredite der Kreditinstitute refinanziert werden, wobei allerdings das Kreditrisiko beim Kreditinstitut liegt.

4. Wertpapiere

Durch Wertpapiere werden Rechte (**Forderungsrechte oder Anteilsrechte**) verbrieft; das **Recht aus dem Wertpapier folgt dem Recht am Wertpapier**.

Geschäftsanteile von Gesellschaften mit beschränkter Haftung und Genossenschaftsanteile sind keine Wertpapiere; sie werden entweder im Bilanzposten Beteiligungen (Anteile an verbundenen Unternehmen) oder in den Bilanzposten Andere Kapitalanlagen oder Sonstige Vermögensgegenstände ausgewiesen. Dasselbe gilt für **nicht verbrieft Optionsrechte**.

Die Wertpapiere werden in der Regel **von Kreditinstituten verwahrt**.

Eine **Grobgliederung** der Wertpapiere kann erfolgen in

- **Forderungswertpapiere** und
- **Anteilswertpapiere**.

Investmentfonds enthalten vielfach Wertpapiere beider Kategorien.

Im Einzelnen können Wertpapiere wie folgt **eingeteilt** werden:

1. nach dem **Sitz des Emittenten** (inländische und ausländische Wertpapiere);
2. nach **Kategorien**
 - Verzinsliche Wertpapiere: Anleihen von Körperschaften des öffentlichen Rechtes (Bund, Länder, Gemeinden und Fonds), Anleihen von Energieversorgungsunternehmen, Pfandbriefe und Kommunalbriefe, andere Schuldverschreibungen von Kreditinstituten (einschl Kassenobligationen), Anleihen von Industrie-, Versorgungs- und Straßenfinanzierungsunternehmen und Anleihen sonstiger Emittenten
 - Nachrangige Anleihen (Ergänzungskapital)
 - Wandelschuldverschreibungen und Optionsanleihen
 - Aktien
 - Partizipationsscheine
 - Investmentfondsanteile
 - Optionsscheine;

Die verzinslichen Wertpapiere, die nachrangigen Anleihen, die Wandelschuldverschreibungen und die Optionsanleihen sind **Forderungswertpapiere**; Aktien und Partizipationsscheine sind dagegen **Anteilswertpapiere**. **Investmentfondsanteile** bestehen je nach der Art der Investmentfonds aus Forderungswertpapieren und/oder aus Anteilswertpapieren. **Optionsscheine** begründen das Recht zum Kauf oder zum Verkauf von Wertpapieren zu im vorhinein festgelegten Bedingungen.

3. nach **Währungen**;
4. nach der **Bindung**: zB Deckungsstock, Bedeckung der Pensionsrückstellung

a) Forderungswertpapiere

Verzinsliche Wertpapiere

Verzinsliche Wertpapiere sehen in der Regel eine **laufende Verzinsung** zu einem **festen oder** (vom jeweiligen Kapitalmarktzinssatz abhängigen) **variablen Zinssatz** und eine **Rücklösung** zu einem **im Voraus festgelegten oder durch Verlosung zu bestimmenden Zeitpunkt** vor (Ausnahme: sogenannte ewige Renten). Das mit dem Erwerb verzinslicher Wertpapiere verbundene **Risiko** eines Vermögensverlustes ist **gering**; sowohl die Zinsen als auch der Rückzahlungsbetrag sind fixiert, **eine dauernde Wertminderung** kann sich nur bei **Zahlungsunfähigkeit** des Emittenten eines Wertpapiers (des Wertpapierschuldners) ergeben.

Fundierte Anleihen sind durch Widmung sicherer Vermögensgegenstände besichert.

Die meisten verzinslichen Wertpapiere werden an der Börse gehandelt. Der **Börsekurs** stimmt in der Regel nicht mit dem Nennwert (der meist mit dem Rücklösungswert bei Fälligkeit identisch ist; mitunter ist der Rücklösungswert etwas höher als der Nennwert) überein. Die Höhe des Kurses hängt – wenn nicht die Bonität des Wertpapierschuldners in vereinzelten Fällen einen Kursabschlag begründet – vom **Verhältnis** zwischen dem **Zinssatz des Wertpapiers** und dem **aktuellen Kapitalmarktzinssatz** sowie von der **Restlaufzeit** (bis zur Einlösung) ab. Ist der Kapitalmarktzinssatz (Zinssatz neu ausgegebener Anleihen) höher als der Zinssatz eines Wertpapiers, dann wird dessen Kurs unter 100 % absinken, und zwar umso stärker, je länger die restliche Laufzeit des Wertpapiers ist; der Kurs wird im Allgemeinen so weit zurückgehen, dass sich für den Erwerber des Wertpapiers dieselbe Gesamtrendite (laufende Zinsen zuzüglich Kursgewinn bei der Einlösung) ergibt wie beim Kauf eines neu ausgegebenen Wertpapiers, das mit dem aktuellen Kapitalmarktzinssatz verzinst wird.

Beispiel:

Der Kapitalmarktzinssatz für Wertpapiere mit einer Laufzeit von 5 Jahren beträgt 8 %; für ein Wertpapier mit einer Verzinsung von 6 % pa, das zu 100 % eingelöst wird und eine Restlaufzeit von 5 Jahren (bei Wertpapieren, die durch Verlosung getilgt werden: mittlere Restlaufzeit) hat, wird sich der Kurs bei etwa 92 % einpendeln (Probe: 6 % Zinsen vom Nennwert ergeben, bezogen auf einen Kurs von 92 %, eine laufende Rendite von 6,5 %; der Kursgewinn von insgesamt 8 %, der allerdings erst am Ende der Laufzeit anfällt, beträgt im Durchschnitt 1,6 % pro Jahr. Die Summe aus laufender Rendite und diskontiertem Wert des Kursgewinns bei Einlösung beträgt demnach rund 8 %).

Der Zinssatz eines festverzinslichen Wertpapiers hängt im Allgemeinen auch von der **Laufzeit** des Wertpapiers ab, da das **Risiko einer Zinssatzänderung** während der Laufzeit umso größer ist, je länger die Laufzeit ist. In Zeiten **niedriger Zinssätze** ist die Verzinsung eines Wertpapiers mit **kurzer Laufzeit** in der Regel **niedriger** als die Verzinsung eines Wertpapiers mit langer Laufzeit; der Wertpapierkäufer hat bei langen Laufzeiten das Risiko, dass er bei einer Erhöhung des Kapitalmarktzinssatzes für einen längeren Zeitraum einen Minderertrag – gegenüber einer Veranlagung zum aktuellen Kapitalmarktzinssatz – erzielt als bei einer kurzfristigen Veranlagung. In einer **Hochzinsperiode** sind dagegen die Wertpapieremittenten daran interessiert, Wertpapiere mit **hohen Zinssätzen** nur für **kurze Laufzeiten** auszugeben.

Das Risiko von Verlusten (Mindererträgen) für Wertpapierbesitzer bei einer Zinssatzerhöhung während der Laufzeit und von Verlusten (Mehraufwendungen) für den Wertpapierschuldner bei einer Verminderung des Kapitalmarktzinssatzes wird weitgehend ausgeschlossen, wenn die Wertpapiere **mit variablem Zinssatz** ausgestattet werden; der Zinssatz dieser Wertpapiere wird während der Laufzeit der Wertpapiere **regelmäßig** (meist in Abständen von jeweils einem Jahr) an den aktuellen **Kapitalmarktzinssatz angeglichen**, dh, für die jeweils nächsten zwölf Monate erhöht oder vermindert.

Als **Indikator** für den **Kapitalmarktzinssatz** wird im Allgemeinen die **Durchschnittsrendite** (früher: Sekundärmarktrendite [SMR]) bestimmter Anleihen verwendet. Die Durchschnittsrendite wird aus dem Nominalzinssatz, dem Börsenkurs und der Restlaufzeit der im Umlauf befindlichen, an der Börse notierten Anleihen berechnet.

Die **Höhe** des nominellen **Kapitalmarktzinssatzes** hängt in erheblichem Ausmaß von der **Geldentwertungsrate** ab. Der nominelle Kapitalmarktzinssatz setzt sich aus dem sogenannten **Realzinssatz** und der **Geldentwertungsprämie** zusammen. Realzinssatz ist jener Teil des Zinssatzes, der über die prozentuelle Geldentwertungsrate hinausgeht.

Die Verzinsung der Wertpapiere erfolgt grundsätzlich **im Nachhinein**. Die **Zinsenperiode** beträgt bei inländischen Anleihen in der Regel **ein Jahr**; früher waren Halbjahreskupons (halbjährliche Verzinsung) üblich.

Eine Besonderheit stellen die sogenannten **Null-Kupon-Anleihen** (Zero-Bonds) dar. Diese Wertpapiere werden zu einem Bruchteil des Rücklösungswerts ausgegeben. Sie werden nicht verzinst; der Ertrag für den Wertpapierbesitzer ergibt sich durch die von Jahr zu Jahr (nach Maßgabe der Verminderung der Frist bis zur Einlösung zum Nennwert) steigenden Kurse.

Beispiel:

Wenn der Kapitalmarkt-Zinssatz 7 % pa beträgt, werden Null-Kupon-Anleihen mit 10jähriger Laufzeit zum Kurs von etwa 50 % des Einlösungsbetrags ausgegeben (Barwert eines Kapitals, das für 10 Jahre mit 7 % diskontiert wird = 0,5083).

Bei Null-Kupon-Anleihen gilt der Zinssatz für das Wertpapier auch für die in den Folgejahren anfallenden Erträge, da während der Laufzeit keine Zinsen bezahlt werden und diese Beträge daher vom Wertpapierbesitzer nicht gesondert veranlagt werden können bzw veranlagt werden müssen.

Ob der Kurs von verzinslichen Wertpapieren bei einem Rückgang des Kapitalmarktzinssatzes erheblich **über 100 % ansteigt**, hängt davon ab, ob der Wertpapierschuldner berechtigt ist, die Wertpapiere vorzeitig rückzulösen oder in niedriger verzinsliche Wertpapiere umzutauschen (Konversion von Wertpapieren).

Nachrangige Anleihen

Nachrangige Anleihen sind Anleihen, die im Insolvenzfall erst nach allen anderen Verbindlichkeiten befriedigt werden; eine besondere Ausprägung von nachrangigen Anleihen sind die Ergänzungskapitalanleihen von Kreditinstituten und Versicherungsunternehmen.

Ergänzungskapital ist grundsätzlich Fremdkapital. Es muss – wenn es als sogenanntes "Surrogatkapital" auf das Eigenmittelerfordernis von Versicherungsunternehmen oder Kreditinstituten anrechenbar sein soll – eine bestimmte Mindestlaufzeit haben; Zinsen dürfen nur bezahlt werden, wenn sie im Jahresüberschuss (vor Rücklagenveränderung) Deckung finden; ausgefallene Zinsen dürfen allerdings in den Folgejahren (soweit sie im Jahresüberschuss Deckung finden) nachgezahlt werden. Eine vorzeitige Kündigung des Ergänzungskapitals ist nur möglich, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Im Liquidationsfall darf es erst nach Befriedigung oder Sicherstellung jener Forderungen, die weder Eigenkapital noch Partizipationskapital sind, zurückgezahlt werden (nachrangiges Kapital); vor Liquidation darf es nur unter anteiligem Abzug der während seiner Laufzeit eingetretenen Nettoverluste zurückgezahlt werden.

Es wird zwischen Ergänzungskapital mit fester Laufzeit und Ergänzungskapital ohne feste Laufzeit unterschieden; die Mindestlaufzeit muss fünf Jahre betragen.

Wandelschuldverschreibungen und Optionsanleihen

Wandelschuldverschreibungen und Optionsanleihen sehen gleichfalls eine **feste Verzinsung** und eine **Rückzahlung** in einem bestimmten Zeitpunkt und zu einem bestimmten Kurs vor. Sie räumen dem Inhaber überdies das **Recht** ein, diese Wertpapiere zu bestimmten Zeitpunkten und zu bestimmten Bedingungen **in Aktien umzuwandeln** oder **Aktien zu einem bestimmten Kurs zu beziehen**. Von diesem Umwandlungs- bzw Bezugsrecht wird der Anleihebesitzer dann Gebrauch machen, wenn der Kurs der Aktien im Zeitpunkt der Umwandlung höher ist als der Bezugskurs. Wandelschuldverschreibungen und Optionsanleihen geben ihrem Inhaber die Möglichkeit, an Kurssteigerungen der Aktien des Emittenten zu profitieren, ohne dass er das Risiko trägt, von einem Kursverlust der Aktien betroffen zu werden; zum Ausgleich für die mit diesen Wertpapieren verbundene Gewinnchance ist die laufende Verzinsung im Allgemeinen niedriger als bei anderen verzinslichen Wertpapieren.

b) Anteilswertpapiere

Aktien

Aktien sind keine Gläubigerpapiere, sondern **Anteilspapiere**; der Aktionär hat die Chance echter Gewinne, trägt jedoch gleichzeitig auch das **Verlustrisiko** (Unternehmerrisiko). Die Aktie verkörpert sowohl **Vermögensrechte** (Recht auf Dividende, Bezugsrecht und Recht auf Liquidationserlös) als auch **Mitgliedschaftsrechte** (Stimmrecht in der Hauptversammlung, Minderheitenrechte); der Aktionär hat jedoch kein unmittelbares Einwirkungsrecht auf die Geschäftsführung der Aktiengesellschaft.

Die **Börsekurse** von Aktien unterliegen größeren **Schwankungen**; diese sind abhängig von der **allgemeinen Börselage** (Höhe des Kapitalmarktzinssatzes, Beurteilung der Wirtschaftsaussichten, Höhe des Angebots und der Nachfrage), von der **wirtschaftlichen Entwicklung** der **Aktiengesellschaft** (Fundamentaldaten) und des **Wirtschaftszweigs**, in dem die Gesellschaft tätig ist, und von **Sondereinflüssen** (gezielte Aufkäufe zur Bildung eines Aktien-

paketes, größere Verkäufe im Zuge von Vermögensübertragungen, zB anlässlich von Erbfällen). Nicht alle Kursschwankungen von Aktien sind rational erklärbar.

Es gibt auch Aktien, die nicht an einer Börse notiert werden und für die daher nicht laufend ein Börsenkurs ermittelt wird.

Folgende **Aktientypen** können unterschieden werden

- **Inhaberaktien** und **Namensaktien**. Die Rechte aus Namensaktien können nur ausgeübt werden, wenn der Eigentümer der Aktien in dem von der Aktiengesellschaft geführten Aktienbuch eingetragen ist; sie werden durch Indossament übertragen.
- **Stammaktien** und **Vorzugsaktien**. Die Vorzugsaktien sehen eine bevorzugte Behandlung dieser Aktionäre bei der Gewinnausschüttung und/oder bei der Verteilung des Liquidationserlöses vor; so lange der Vorzug gewährt wird, haben die Vorzugsaktionäre im Allgemeinen kein Stimmrecht in der Hauptversammlung. Stammaktien und Vorzugsaktien haben im Allgemeinen unterschiedliche Börsenkurse.

Das **Ausmaß des Kursrisikos und der Kurschancen** einer Aktie ist abhängig von der Art des Unternehmens: es gibt Aktiengesellschaften, deren Aktien als **Anlagepapiere** gelten (große Publikumsaktiengesellschaften mit kontinuierlicher Produktion von auf dem Markt eingeführten Gütern und Leistungen), und solche, deren Aktien typische **Spekulationspapiere** sind (meist kleinere Gesellschaften mit risikoreicher Tätigkeit: Aufsuchen von Bodenschätzen, Entwicklung von neuen Produkten, Patenten und Verfahren, Erschließung neuer Märkte, Produktion von Filmen und Büchern).

Partizipationsscheine

Partizipationskapital ist – in gleicher Weise wie Aktienkapital – **Beteiligungskapital** (in Form von Genuss-Scheinen); den Inhabern der Partizipationsscheine stehen jedoch **keine** Stimmrechte und sonstigen **Mitgliedschaftsrechte** zu, sie dürfen aber an den Hauptversammlungen teilnehmen. Das Partizipationskapital ist am **Gewinn und Verlust** und am **Liquidationserlös beteiligt**; es steht dem Unternehmen **auf Unternehmensdauer** zur Verfügung.

c) **Investmentfondsanteile**

Eine **Verminderung** des **Risikos** von Verlusten durch den Kursrückgang eines einzelnen Wertpapiers soll durch die Veranlagung von Mitteln in Investmentfondsanteilen erreicht werden. Durch den Erwerb von Investmentfondsanteilen im Sinne der österreichischen Investmentfondsgesetzes erwirbt der Anleger **Miteigentumsrechte an einer Vielzahl verschiedener Wertpapiere**, die von Experten verwaltet werden. Neben den **Wertpapier-Investmentfonds (Rentenfonds**, die die ihnen anvertrauten Gelder in festverzinslichen Wertpapieren veranlagen, **Aktienfonds** und **gemischten Fonds**) gibt es auch Liegenschafts-Investmentfonds (Immobilienfonds).

Die meisten Wertpapierfonds sind sogenannte **offene Fonds**, deren **Anteilsufluss veränderlich** ist. Wenn ein Investor Fondsanteile von offenen Fonds **erwirbt**, werden von der

Fondsverwaltung **neue Zertifikate** ausgegeben; wenn es vom Eigentümer der Zertifikate verlangt wird, müssen die Fondsanteile vom Fonds **zurückgenommen** werden. Die offenen Investmentfonds, die als Miteigentumsgemeinschaften organisiert und keine juristischen Personen sind, werden von **Kapitalanlagegesellschaften verwaltet**. Für die Fondsanteile wird **täglich ein rechnerischer Wert** (durch Division des zu Tageswerten bewerteten Vermögens des Fonds durch die Anzahl der umlaufenden Fondsanteile) ermittelt; dieser rechnerische Wert bildet die Grundlage für die Abrechnung bei der Ausgabe und Rücklösung von Investmentfondsanteilen.

Bei **geschlossenen** Fonds bleibt die Anzahl der Fondsanteile unverändert; Fondsanteile können nur durch Kauf oder Verkauf an der Börse erworben oder veräußert werden. Geschlossene Fonds können in der Rechtsform von Kapitalgesellschaften gebildet werden.

Man kann **ausschüttende** und **thesaurierende** Investmentfonds unterscheiden. Österreichische **ausschüttende Fonds** müssen wenigstens die in einem Geschäftsjahr erzielten **laufenden Erträge** ausschütten; bezüglich der Kursgewinne besteht ein Wahlrecht zur Ausschüttung.

Für Anteile an **thesaurierenden Fonds** sind von den Fondsinhabern **ausschüttungsgleiche Erträge** in Höhe der laufenden Erträge (von österreichischen Kapitalanlagegesellschaften verwaltete Fonds) bzw in Höhe der gesamten erzielten Erträge (ausländische Fonds) zu **versteuern**.

Dachfonds veranlagen die Mittel, die ihnen zur Veranlagung überlassen werden, in Anteilen von anderen Investmentfonds.

Spezialfonds liegen vor, wenn sämtliche Anteile des Investmentfonds einem Unternehmen bzw einer Unternehmensgruppe gehören.

d) Optionsscheine

Optionsscheine sind ausgesprochene **Spekulationspapiere**, die allerdings auch zu Sicherungszwecken (Verkaufsoptionen zur Begrenzung allfälliger Kursverluste, Glattstellung von Stillhalterpositionen) erworben werden können. Die Optionsscheine für Wertpapiere räumen ihrem Inhaber das Recht ein, Wertpapiere (hauptsächlich Aktien oder Partizipationsscheine) während eines bestimmten Zeitraums (amerikanische Option) oder in einem bestimmten Zeitpunkt (europäische Option) zu einem bestimmten Kurs zu erwerben oder zu verkaufen.

Dem Inhaber (Erwerber) einer **Kaufoption** (Call) wird gegen Bezahlung des Optionsentgelts die Möglichkeit eingeräumt, mit niedrigem Kapitaleinsatz einen hohen Gewinn zu erzielen, wenn sich der Aktienkurs günstiger entwickelt als der Verkäufer (Stillhalter) der Option erwartet; entwickelt sich der Kurs der Aktie dagegen ungünstiger, dann wird das Optionsrecht wertlos. Eine **Verkaufsoption** (Put) begrenzt dagegen für den Inhaber (Erwerber) das Risiko aus dem Rückgang des Kurses des Wertpapiers, das er zu einem bestimmten Kurs zu liefern

berechtigt ist; liegt der Kurs des Wertpapiers während des Optionszeitraumes oder im Optionszeitpunkt über dem Ausübungskurs, ist das Optionsrecht allerdings wertlos.

Optionsrechte werden nicht nur auf Wertpapiere sondern auch auf **Devisen** und auf **börse-notierte Waren** eingeräumt.

Versicherungsunternehmen können als **Verkäufer von Optionsrechten** (Stillhalter) fungieren. Wenn sie Optionen auf Wertpapiere einräumen, die sich in ihrem Eigentum befinden, beschränkt sich das Risiko für das Versicherungsunternehmen darauf, auf Kursgewinne verzichten zu müssen, die sich bei einem Anstieg des Börsenkurses über den Ausübungskurs der Option ergeben würden; als Kompensation dafür erzielt das Versicherungsunternehmen einen zusätzlichen Ertrag in Form des Optionsentgelts, wenn der Kurs des Wertpapiers niedriger bleibt als der Ausübungskurs.

e) Bewertung der Wertpapiere

Die Wertpapiere werden von den Versicherungsunternehmen nach dem **strengen oder dem gemilderten Niederstwertgrundsatz** (Anschaffungskosten oder niedrigerer Börsenwert) bewertet.

Nach dem **Unternehmensgesetzbuch** ist für sämtliche Wertpapiere des Anlagevermögens die Anwendung des **gemilderten Niederstwertgrundsatzes** (Bewertung zu Anschaffungskosten auch bei niedrigerem Börsenwert, wenn angenommen werden kann, dass es sich beim Rückgang des Börsenwerts um eine nur vorübergehende Wertminderung handelt) zulässig. Nach den Bestimmungen des § 149 Abs. 1 VAG ist im Bereich der Wertpapiere nur für **Schuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere** der **gemilderte Niederstwertgrundsatz** anzuwenden; diesbezüglich wird auf die Bestimmungen des UGB zum Anlagevermögen verwiesen. In § 149 Abs. 2 VAG ist hingegen normiert, dass **Aktien, Wertpapiere über Partizipations- und Ergänzungskapital und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere sowie Investmentfondsanteile aller Art** (und Anteile an verbundenen Unternehmen) wie **Gegenstände des Umlaufvermögens** zu bewerten sind – also **nach dem strengen Niederstwertgrundsatz**. Die Bilanzierung richtet sich also nach dem Ausweis in der Bilanz.

Bezüglich der **Bewertung festverzinslicher Wertpapiere** sind allerdings folgende Bestimmungen zu beachten:

- **§ 3 Abs. 1a VU-RLV**: Sind die Anschaffungskosten von festverzinslichen Wertpapieren mit fixem Rückzahlungsbetrag höher als der Rückzahlungsbetrag, so ist der Unterschiedsbetrag als Aufwand in der Gewinn- und Verlustrechnung zu verbuchen. Der Unterschiedsbetrag kann auch zeitanteilig abgeschrieben werden. Dieser ist jedoch gesondert in der Bilanz oder im Anhang auszuweisen. Sind die Anschaffungskosten dieser Wertpapiere niedriger als der Rückzahlungsbetrag, so darf der Unterschiedsbetrag zeitanteilig über die gesamte Restlaufzeit bis zur Rückzahlung als Ertrag verbucht werden. Dieser ist jedoch gesondert in der Bilanz oder im Anhang auszuweisen.

- **§ 3 Abs. 2 VU-RLV:** Liegt bei der Bewertung von festverzinslichen Wertpapieren mit fixem Rückzahlungsbetrag nach § 204 Abs. 2 UGB der Buchwert über dem Rückzahlungskurs und der Rückzahlungskurs über dem Börse- oder Marktkurs, ist auf den niedrigeren Rückzahlungskurs abzuwerten. Im Falle der Bewertung nach § 204 Abs. 2 UGB kann eine Abwertung auf einen niedrigeren Börse- oder Marktkurs bei Vorliegen der Halteabsicht und der Haltefähigkeit unterbleiben. Kursrückgänge, die auf die Verschlechterung der Bonität des Emittenten zurückzuführen sind, bilden einen Indikator für eine voraussichtlich dauernde Wertminderung.
- **§ 3 Abs. 3 VU-RLV:** Kapitalanlagen, deren Rückzahlungsbetrag nicht im Vorhinein bestimmt und garantiert ist, sind als nicht festverzinsliche Wertpapiere auszuweisen und entsprechend zu bewerten.

Seit 2001 besteht hinsichtlich der **Aktien, Wertpapiere über Partizipations- und Ergänzungskapital und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere, Investmentfondsanteile sowie Anteile an verbundenen Unternehmen** gemäß § 149 Abs. 2 zweiter Satz VAG ein **Wahlrecht**, diese **nicht nach dem strengen Niederstwertprinzip** zu bewerten („**Bewertungserleichterung**“). Diese Vermögensgegenstände können bei Vorliegen der unternehmensrechtlichen Voraussetzungen dem **Anlagevermögen** zugerechnet werden, wenn sie dauernd dem Geschäftsbetrieb dienen, es bedarf dazu allerdings eines Widmungsakts seitens des Versicherungsunternehmens. Für diese Vermögensgegenstände kann demnach die Abschreibung auf den niedrigeren Börsenwert unterbleiben, soweit es sich um eine **voraussichtlich nicht dauerhafte Wertminderung** handelt. Voraussetzung ist, dass stille Nettoreserven (bei anderen Vermögenswerten) mindestens im doppelten Ausmaß vorhanden sind. Die Inanspruchnahme des Wahlrechts gemäß § 149 Abs. 2 zweiter Satz VAG setzt die Absicht und die Fähigkeit zum Halten der Kapitalanlage voraus; diese sind vom Versicherungsunternehmen nachvollziehbar zu dokumentieren. Sind Vermögensgegenstände dem Anlagevermögen gewidmet und liegt der Börsenkurs der Vermögensgegenstände unter dem Buchwert, so ist zu prüfen, ob es sich um eine voraussichtlich dauernde Wertminderung handelt. Aus Vereinfachungsgründen kann für diese Beurteilung eine **Pauschalmethode** herangezogen werden, welche in § 3 Abs. 4 VU-RLV beschrieben wird. Bei Anwendung dieser Methode ist ein Vergleichswert aus dem arithmetischen Durchschnittswert der Tagesschlusskurse der letzten zwölf Monate vor dem Stichtag zu bilden und die Differenz zwischen dem höheren Buchwert und diesem Vergleichswert als dauerhafte Wertminderung abzuschreiben.

Zusätzlich wurde im Hinblick auf die Finanzkrise mit der VAG-Novelle 2008 eine **weitere Bewertungserleichterung** für die Bewertung von bestimmten **Investmentfondsanteilen** eingeführt (§ 149 Abs. 3 VAG): Bei Investmentfondsanteilen, in welchen ausschließlich oder überwiegend Schuldverschreibungen oder andere festverzinsliche Wertpapiere enthalten sind und das Versicherungsunternehmen einen direkten oder indirekten beherrschenden Einfluss nachweisen kann (gemeint sind damit insbesondere Spezial-Investmentfonds), können die in den Fonds enthaltenen Wertpapiere gleich bewertet werden wie Wertpapiere, die sich im direkten Eigentum des Unternehmens befinden. Dies ermöglicht de facto für bestimmte Rentenfonds die Bewertung nach dem gemilderten Niederstwertprinzip.

Abwertungen (außerplanmäßige Abschreibungen) auf den niedrigeren Tageswert müssen in den Folgejahren durch **Zuschreibung** bis zum Anschaffungswert wieder rückgeführt werden, wenn der Wert der Wertpapiere **wieder ansteigt**.

5. Darlehensforderungen (Ausleihungen)

Die Darlehensforderungen können sowohl nach der **Person des Darlehensschuldners** als auch nach der **Sicherstellung** gruppiert werden.

Es können folgende **Gruppen von Darlehensnehmern** (Darlehensschuldnern) unterschieden werden:

- Körperschaften des öffentlichen Rechtes (Bund, Länder, Gemeindeverbände, Gemeinden und sonstige Körperschaften)
- Straßenfinanzierungsunternehmen
- Energieversorgungsunternehmen
- Bauträgerunternehmen
- Industrie-, Handels-, Verkehrs-, Fremdenverkehrs- und Dienstleistungsunternehmen
- Kreditinstitute
- Mitarbeiter des Versicherungsunternehmens
- Sonstige Darlehensnehmer (zB private Grundstücksbesitzer)

Die **Sicherstellung** von Darlehensforderungen kann insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- durch **Bürgschaften** von Körperschaften des öffentlichen Rechtes
- durch Bürgschaften von Kreditinstituten
- durch Bürgschaften anderer Bürgen
- durch **Verpfändung** von Grundstücken (Hypotheken)
- durch Verpfändung (Abtretung) von Abgaben
- durch **Abtretung** von Forderungen

Darlehen an Gemeinden werden in der Regel durch **Verpfändung** von bundesgesetzlich geregelten Gemeindeabgaben oder von Ertragsanteilen an den Bundesabgaben, seltener durch Hypotheken sichergestellt.

Darlehen an Bauträgerunternehmen zur Wohnbaufinanzierung und Darlehen an **private Grundstücksbesitzer** werden in der Regel **hypothekarisch** sichergestellt.

Die Sicherstellung der **sonstigen Darlehen** erfolgt meist durch **Bürgschaften** von Bund oder Ländern (Darlehen an Straßenfinanzierungsunternehmen, an verstaatlichte Unternehmen, an Energieversorgungsunternehmen) oder durch Bürgschaften von Kreditinstituten (Darlehen an Industrie-, Handels-, Verkehrs- und Fremdenverkehrsunternehmen).

Zur Sicherstellung von **Darlehen an Energieversorgungsunternehmen** und an **öffentliche Fonds** werden auch **Forderungen** (aus Stromverkäufen, aufgrund von Zuschüssen von Körperschaften des öffentlichen Rechtes) **abgetreten**.

Ein Ausweis im Bilanzposten **Hypothekendarlehen** erfolgt für sogenannte **Realkredite**, bei denen die **Sicherstellung durch den Wert des belehnten Grundstücks** so groß ist, dass die Person des Darlehensnehmers und dessen Kreditfähigkeit und Kreditwürdigkeit gleichgültig ist. Hypothekendarlehen werden im Allgemeinen angenommen, wenn ein Grundstück, das selbständige Erträge abwirft, höchstens mit 60 % des Schätzwerts belehnt wird.

Die Darlehensforderungen sind mit dem **Nennbetrag** (in der Regel identisch mit dem Rückzahlungsbetrag) zu **bewerten**. Wenn der Zuzahlungsbetrag niedriger ist als der Nennbetrag (Zuzahlung des Darlehens mit Disagio) ist das **Zuzahlungsdisagio**, das der Feinregulierung des Zinssatzes dient, gleichmäßig auf die Darlehenslaufzeit zu verteilen; der noch nicht vereinnahmte Teil des Zuzahlungsdisagios ist in der Bilanz als passiver Rechnungsabgrenzungsposten auszuweisen.

Die **Verzinsung der Darlehen** kann entweder **im vorhinein** oder **im nachhinein** erfolgen; die Zinsenperiode beträgt in der Regel ein Jahr. Eine Verzinsung im vorhinein (antizipative Verzinsung) bringt für den Darlehensgläubiger bei gleichem Nominalzinssatz eine höhere Rendite als eine Verzinsung im Nachhinein (dekursive Verzinsung). Seit mehreren Jahren werden für viele Darlehen **variable Zinssätze** (in Abhängigkeit von der Rendite festverzinslicher Wertpapiere) vereinbart.

6. Grundbesitz

Der Grundbesitz der Versicherungsunternehmen umfasst **unbebaute, in Bebauung befindliche** und **bebaute Grundstücke**. Die bebauten Grundstücke können dem **eigenen Geschäftsbetrieb** dienen oder als **Mietobjekte** Kapitalanlagen im engeren Sinn darstellen. Im Bilanzposten Grundstücke und Bauten sind auch **Anzahlungen** für Grundstücke und Baukosten sowie werterhöhende **Instandsetzungskosten von Wohngebäuden** auszuweisen.

Die Versicherungsunternehmen unterscheiden in ihren Bilanzen nicht zwischen vermieteten bzw zur Vermietung bestimmten Grundstücken und eigengenutzten Grundstücken, doch muss der **Wert der eigengenutzten Grundstücke im Anhang** angegeben werden. Für die **eigengenutzten Räume** müssen **kalkulatorische Mieten** verrechnet werden; diese kalkulatorischen Mieten werden in der Gewinn- und Verlustrechnung einerseits in den Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb, andererseits in den Erträgen der Kapitalanlagen (Grundstückserträge) ausgewiesen.

Die Kapitalanlage in Grundstücken bringt zwar **niedrigere laufende Erträge** als die Veranlagung in Nominalwerten (festverzinsliche Wertpapiere und Darlehensforderungen); den niedrigeren, durch die Abschreibungen von Gebäuden noch weiter gekürzten laufenden Erträgen steht jedoch ein **nomineller Wertzuwachs** gegenüber, dessen Ausmaß mittel- bis langfristig wenigstens der Geldentwertung entspricht. Auch die nominellen Beträge der

laufenden Erträge aus dem Grundbesitz erhöhen sich mittel- und langfristig betrachtet im Allgemeinen in demselben Ausmaß, in dem sich der Geldwert vermindert.

Die Kapitalanlage in Grundstücken bringt auch **steuerliche Vorteile** (keine sofortige Besteuerung des nominellen Wertzuwachses, Kürzung der Besteuerungsgrundlagen durch Gebäudeabschreibungen, auch wenn sich der Wert der Gebäude nicht vermindert).

Grundstücke sind zu Anschaffungs- oder Herstellungskosten abzüglich planmäßiger Abschreibungen vom Gebäudewert zu **bewerten**. Hinsichtlich der **planmäßigen Abschreibungen** von den Gebäudewerten orientieren sich die Versicherungsunternehmen zumeist aus Vereinfachungsgründen an den Abschreibungssätzen des Steuerrechts (EStG). Bei einer dauernden Verminderung des Verkehrswertes eines Grundstückes kann eine **außerplanmäßige Abschreibung** des Grund und Bodens oder des Gebäudes, in Sonderfällen der gesamten Liegenschaft, erforderlich sein. Prinzipiell ist der gemilderte Niederstwertgrundsatz anzuwenden.

Der Bilanzwert von **Grund und Boden** ist im Anhang anzugeben. Weiters ist der Bilanzwert **selbst genutzter Liegenschaften** im Anhang anzugeben.

7. Vorauszahlungen auf Polizzen

Lebensversicherungsunternehmen gewähren auf Lebensversicherungspolizzen Vorauszahlungen **bis zur Höhe des Rückkaufswertes** dieser Versicherungen. Diese Polizzenvorauszahlungen können dem Versicherungsnehmer bar ausbezahlt werden, sie können aber auch zur Abstattung von fälligen Prämien verwendet werden.

Wenn die Prämien für eine Lebensversicherung aus den durch eine Vorauszahlung auf die Polizze beschafften Mitteln entrichtet werden, wird erreicht, dass der volle Versicherungsschutz aufrecht bleibt (der Versicherungsvertrag lautet weiter auf die volle Versicherungssumme), ohne dass der Versicherungsnehmer weiteres Bargeld zur Prämienzahlung aufbringen muss; im Versicherungsfall wird die geleistete Vorauszahlung von der Versicherungssumme abgezogen. Die Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes ist für den Versicherungsnehmer vor allem wichtig, solange die prämienfreie Versicherungssumme noch niedrig und das Risikokapital (Unterschied zwischen Versicherungssumme und Deckungsrückstellung bzw Rückkaufswert) hoch ist.

Der **Zinssatz** für die Vorauszahlungen auf Polizzen entspricht im Allgemeinen annähernd dem Kapitalmarktzinssatz für Darlehensforderungen und ist damit höher als der Rechnungszinssatz, der der Prämienkalkulation zugrunde liegt.

8. Beteiligungen

Beteiligungen sind gemäß § 228 UGB Anteile an anderen Unternehmen, die bestimmt sind, dem **eigenen Geschäftsbetrieb** durch eine **dauernde Verbindung** zu diesen Unternehmen **zu dienen**; dabei ist es unerheblich, ob die Anteile in Wertpapieren verbrieft sind oder nicht. Anteile an einer Kapitalgesellschaft oder einer Genossenschaft, deren Nennbeträge insgesamt den **20% des Nennkapitals** der Gesellschaft erreichen, gelten im Zweifel als Beteiligungen. Die Beteiligung als **persönlich haftender Gesellschafter** an einer Personengesellschaft des Unternehmensrechts gilt **stets als Beteiligung**.

Der **Erwerb** und die **Veräußerung** von unmittelbaren und mittelbaren Anteilsrechten an einer Aktiengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die **10% des Grund- oder Stammkapitals** dieser Gesellschaft oder deren Kaufpreis **10% der Eigenmittel** des Versicherungsunternehmens übersteigen, muss der **FMA angezeigt** werden. Dasselbe gilt für den Erwerb oder die Veräußerung **zusätzlicher Anteilsrechte** und die betragliche Erhöhung angezeigter Anteilsrechte, wenn die angeführten Grenzen bereits überschritten sind oder dadurch überschritten werden. Beteiligungen an Unternehmen **anderer Rechtsform** (insbesondere Personengesellschaften) sind stets (dh ohne Rücksicht auf ihre Höhe) anzeigepflichtig.

Bei der Berechnung des Anteils am Grund- oder Stammkapital der fremden Gesellschaft sind die Beteiligungen mehrerer zu einem **Konzern** im Sinne des Aktiengesetzes gehörender Versicherungsunternehmen **zusammenzurechnen**.

Die FMA kann von Versicherungsunternehmen alle erforderlichen **Auskünfte** über Unternehmen, an denen anzeigepflichtige Beteiligungen bestehen, insbesondere die Vorlage des Jahresabschlusses verlangen.

Die **Bewertung** von Beteiligungen kann unter Anwendung des gemilderten Niederwertprinzips erfolgen. Die Bewertung von Anteilen an verbundenen Unternehmen hat dagegen prinzipiell nach dem **strengen Niederwertprinzip** zu erfolgen, allerdings ist die Inanspruchnahme der Bewertungserleichterung im Sinne des § 149 Abs. 2 zweiter Satz VAG möglich (vgl. Bewertung von Wertpapieren).

9. Andere Kapitalanlagen

Zu den anderen Kapitalanlagen gehören insbesondere

- Geschäftsanteile von Gesellschaften mit beschränkter Haftung (soweit es sich nicht um Beteiligungen handelt)
- Geschäftsanteile von Genossenschaften
- Nicht verbrieft Optionsrechte

Geschäftsanteile von Gesellschaften mit beschränkter Haftung und von Genossenschaften verkörpern **Anteilsrechte**; ihre Eigentümer tragen das **Unternehmerrisiko**. Als Kapitalanlagen von Versicherungsunternehmen haben die Geschäftsanteile von Gesellschaften mit beschränkter Haftung – mit Ausnahme von Beteiligungen an Tochterunternehmen – und von Genossenschaften nur geringe Bedeutung. **Nicht verbriefte Optionsrechte** sind wirtschaftlich mit den Optionsscheinen vergleichbar. Vereinzelt werden von Versicherungsunternehmen auch **Kunstgegenstände** zum Zweck der Kapitalveranlagung erworben.

10. Exkurs: Anteilige Zinsen und Mieten

Zur Abgrenzung von Zinsen und Mieterträgen ist im Schema des VAG eine gesonderte Bilanzposition vorgesehen, welche nicht in der Postengruppe der Kapitalanlagen auszuweisen ist, allerdings ursächlich mit bestimmten Kapitalanlagen in Zusammenhang steht. Zu erfassen sind die **noch nicht fälligen, aber auf das Geschäftsjahr entfallenden anteiligen Zinsen und Mieten** (zB Stückzinsen bei Wertpapieren, dh Zinsen für den Zeitraum von der letzten vorangegangenen Kuponfälligkeit bis zum Bilanzstichtag).

Die mit den Mietern noch nicht verrechneten Betriebskosten von unternehmenseigenen Grundstücken und Bauten sowie ermittelbare Nachforderungen aufgrund von Wertsicherungsklauseln für das Geschäftsjahr sind gleichfalls in dieser Bilanzposition auszuweisen. Rückständige (dh bereits fällige, aber noch nicht bezahlte) Zinsen und Mieten sind dagegen unter den sonstigen Forderungen auszuweisen.

X. Die Mit- und Rückversicherung

1. Die Zusammensetzung des Versicherungsgeschäftes

Das **Bruttogeschäft** der Versicherungsunternehmen setzt sich wie folgt zusammen:

- a) **Direktes Geschäft** in Form der Alleinversicherung oder der Mitversicherung (Beteiligung)
- b) **Indirektes Geschäft** (übernommene Rückversicherung)

Im **direkten Geschäft** besteht ein **unmittelbares Vertragsverhältnis** zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsnehmer. Dem Versicherungsunternehmen fließen im direkten Geschäft neben den Prämien auch Nebenleistungen der Versicherungsnehmer und die von den Versicherungsnehmern getragene Versicherungs- und Feuerschutzsteuer zu.

Bei der **Alleinversicherung** wird ein Risiko durch ein einziges Versicherungsunternehmen gedeckt; im Versicherungsvertrag ist nur ein einziges Versicherungsunternehmen als Vertragspartner des Versicherungsnehmers angeführt.

Bei der **Mitversicherung** wird ein Risiko von mehreren Versicherungsunternehmen gemeinsam gedeckt. Jeder Mitversicherer deckt einen prozentuellen Anteil des Risikos; jeder Mitversicherer ist als Vertragspartner des Versicherungsnehmers im Versicherungsvertrag angeführt. Die Mitversicherung ist hauptsächlich bei großen Risiken (zB Feuer- und Maschinenversicherung von Industrieunternehmen) verbreitet; durch die Mitversicherung werden diese großen Risiken auf mehrere Versicherungsunternehmen aufgeteilt. Verschiedentlich sind Mitversicherungen auch das Ergebnis des Konkurrenzkampfes mehrerer Versicherungsunternehmen um die Deckung desselben Risikos; derartige Mitversicherungen führen, ohne dass dafür eine versicherungstechnische Notwendigkeit bestünde, zu einer Komplizierung der Verwaltung (zusätzliche Abrechnungsarbeiten, mehrfache Bestandsführung).

Im **indirekten Geschäft** besteht ein Vertragsverhältnis **zwischen zwei Versicherungsunternehmen** (das übernehmende Versicherungsunternehmen ist der Rückversicherer, das abgebende Versicherungsunternehmen ist der Vorversicherer oder Zedent; wenn der Zedent das Risiko unmittelbar gegenüber dem Versicherungsnehmer trägt, nennt man ihn den Erstversicherer). Die von den Versicherungsunternehmen im indirekten Geschäft übernommenen Risiken stammen demnach nicht von Versicherungsnehmern, sondern von anderen Versicherungsunternehmen; im indirekten Geschäft besteht kein Vertragsverhältnis zwischen einem Versicherungsunternehmen und einem Versicherungsnehmer.

Ein Großteil des indirekten Geschäfts der Versicherungsunternehmen, die das **Erstversicherungsgeschäft** betreiben wird im **Austauschwege für eigene Rückversicherungsabgaben** (sogenannte Austauschsalimente oder Kompensationen) übernommen; auf diese Weise soll der Risikoausgleich verstärkt werden. Daneben übernehmen manche Erstversicherer auch

indirektes Geschäft ohne wirtschaftlichen Zusammenhang mit eigenen Rückversicherungsabgaben (professionelles Rückversicherungsgeschäft); ein Teil dieses indirekten Geschäfts stammt von Spezialversicherungsunternehmen (zB Österreichische Hagelversicherungsanstalt aG, verschiedene Kreditversicherungsunternehmen).

Ein Großteil des Rückversicherungsschutzes wird den Versicherungsunternehmen, die Risiken in Deckung nehmen, nicht von den Versicherungsunternehmen, die das indirekte Geschäft neben dem direkten Geschäft betreiben, sondern von den **reinen Rückversicherungsunternehmen**, die nur indirektes Geschäft zeichnen, geboten.

Keine echte Rückversicherung liegt vor, wenn sogenannte **Finanzierungs-Rückversicherungsverträge** abgeschlossen werden. § 5 Z. 32 VAG definiert Finanzrückversicherung als eine Rückversicherung mit begrenzter Risikoübernahme, bei der das übernommene wirtschaftliche Gesamtrisiko, das sich aus der Übernahme sowohl eines erheblichen versicherungstechnischen Risikos als auch des Risikos hinsichtlich der Abwicklungsdauer ergibt, die Prämiensumme über die Gesamtlaufzeit des Versicherungsvertrags um einen begrenzten, aber erheblichen Betrag übersteigt, wobei zumindest eines der folgenden Merkmale zusätzlich gegeben sein muss:

- a) ausdrückliche und materielle Berücksichtigung des Zeitwerts des Geldes oder
- b) vertragliche Bestimmungen mit dem Ziel die wirtschaftlichen Ergebnisse zwischen den Vertragsparteien über die Gesamtlaufzeit des Vertrags auszugleichen, um einen gezielten Risikotransfer zu ermöglichen.

Man spricht von Finanzierungsrückversicherung, wenn zwischen dem Zedenten und dem Rückversicherer **kein echter Risikotransfer** stattfindet. Derartige Vereinbarungen sehen vor, dass bei Beendigung der Verträge eine Abrechnung stattfindet, aufgrund derer dem Rückversicherer lediglich eine Bearbeitungsgebühr verbleibt. Wenn sich aus den laufenden Abrechnungen ein Ertrag des Rückversicherers ergibt, ist dieser – zusammen mit Zinsen – durch Vergütung eines **Gewinnanteils** an den Zedenten rückzuerstatten; wenn sich dagegen aus den laufenden Abrechnungen ein Verlust des Rückversicherers ergibt, wird der Vertrag zu **modifizierten** (den Rückversicherer begünstigenden) **Bedingungen** so lange fortgesetzt, bis – einschließlich Zinsen – ein Ausgleich für den Rückversicherer erreicht wird. Bei manchen Vereinbarungen ist nicht eindeutig erkennbar, ob es sich um einen Finanzierungsrückversicherungsvertrag handelt.

§ 104 VAG legt fest, dass Versicherungsunternehmen, die Finanzrückversicherungsverträge abschließen oder Finanzrückversicherungsgeschäfte tätigen, sicherzustellen haben, dass sie die aus diesen Verträgen oder Geschäften erwachsenden Risiken angemessen erkennen, messen, überwachen, managen und steuern sowie darüber Bericht erstatten können.

Eine besondere Art des Risikoausgleichs stellen sogenannte **Poolvereinbarungen** dar. Das Wesen solcher Vereinbarungen besteht darin, dass mehrere Versicherungsunternehmen die Risiken einer bestimmten Sparte (zB Luftfahrtversicherungen oder industrielle Feuerversicherungen; seit 2002 in Österreich etabliert: Terrorpool) über eine Abrechnungsstelle **zusammenfassen und mischen**. In diesen Vereinbarungen ist vorgesehen, dass jedes Mitglied des Pools sämtliche oder einen bestimmten Teil der von ihm in der betreffenden Sparte gezeichneten Risiken (und zwar sowohl der Prämien als auch der Schäden) in den Pool

einbringt und dass es von den gesamten in den Pool eingebrachten Risiken einen bestimmten Anteil **wieder zurückerhält**. Der Anteil der einzelnen Poolmitglieder an den gesamten in den Pool eingebrachten Risiken kann mit festen Prozentsätzen festgelegt werden oder vom Umfang der Einbringung abhängen. In der Regel weicht der Anteil an den Übernahmen aus dem Pool nicht wesentlich vom Anteil an der Einbringung ab.

In manchen Poolvereinbarungen ist vorgesehen, dass die Pool-Abrechnungsstelle von den im Pool zusammengefassten Risiken **Rückversicherungen für Rechnung der Mitglieder** des Pools vornimmt.

Poolvereinbarungen werden zum Teil so bilanziert, dass die Einbringung in den Pool (Prämien und Schäden) als Rückversicherungsabgaben verrechnet werden und dass die Übernahmen aus dem Pool als indirektes Geschäft ausgewiesen werden. Dies hat zur Folge, dass die gepoolten Risiken in den Gewinn- und Verlustrechnungen der Versicherungsunternehmen doppelt erfasst werden: zunächst als direktes Geschäft und dann nochmals als indirektes Geschäft.

Die Pools besitzen in der Regel **keine eigene Rechtspersönlichkeit**; ihre Aufgabe besteht lediglich in der Abrechnung der Einbringung und der Abgaben. Als Abrechnungsstelle kann ein Verband oder ein Versicherungsunternehmen fungieren. In Österreich bestanden nach dem zweiten Weltkrieg Pools in der Feuer-Industriesparte (sogenanntes Konkordat), in den Luftfahrtsparten (Luftpool), in der Atomversicherungssparte (Atompool) und in einigen Nebensparten (Amtshaftpflicht, Motorradrennsport); die meisten Poolvereinbarungen wurden in den letzten Jahren aufgelöst. Die größte Bedeutung hat in Österreich derzeit der Pool für schlechte Risiken in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtsparte.

Poolvereinbarungen haben den **Nachteil**, dass sie das Interesse des einzelnen Versicherungsunternehmens an einer vorsichtigen Risikoauswahl mindern können. Bei Großrisiken, an denen mehrere Poolmitglieder im Wege der Mitversicherung beteiligt sind, ergibt sich durch die Poolung nur eine unvollkommene Neuaufteilung der Risiken.

Von den Poolvereinbarungen zwischen Erstversicherern sind **Pools, die von großen Rückversicherern gebildet werden**, zu unterscheiden. Rückversicherer fassen häufig ihre Übernahmen von verschiedenen Vorversicherern in bestimmten Sparten oder aus bestimmten Gebieten zusammen und geben Anteile an diesen zusammengefassten Risiken im Wege der Retrozession an andere Versicherungsunternehmen weiter.

2. Die Mitversicherung (direkte Beteiligung)

Das Wesen der echten Mitversicherung besteht darin, dass mehrere Versicherungsunternehmen gegenüber dem Versicherungsnehmer unmittelbar als Versicherer desselben Risikos auftreten. Jeder einzelne Versicherer **haftet im Schadenfall** lediglich **für seinen Anteil** an der Versicherungsleistung; bei Überversicherung haftet er für jenen Betrag, für den er ohne Überversicherung haften würde. Bei der Mitversicherung ist **in der Polizze** jedes einzelne an dem Vertrag beteiligte Versicherungsunternehmen und sein Anteil am Risiko angeführt. Der

Versicherungsnehmer weiß, welche Versicherungsunternehmen als Mitversicherer an der Deckung eines Risikos beteiligt sind; er kann selbstverständlich auf die Auswahl der Mitversicherer Einfluss nehmen, da er ja zu jedem Mitversicherer in ein Vertragsverhältnis tritt und jeder Mitversicherer nur für seinen Risikoanteil haftet.

Der **Verkehr mit dem Versicherungsnehmer** und die Prämien- und Schadenverrechnung mit dem Versicherungsnehmer wird nicht von jedem einzelnen Mitversicherer vorgenommen, sondern einem Versicherungsunternehmen, dem **führenden Versicherungsunternehmen**, übertragen; dieses führende Versicherungsunternehmen erhält dafür von den übrigen Versicherungsunternehmen eine Vergütung (eine sogenannte Führungsprovision).

Das führende Versicherungsunternehmen schreibt dem Versicherungsnehmer die gesamten Prämien vor, weist daher in seiner Bilanz auch die gesamten Prämien als Forderung an den Versicherungsnehmer aus, und schreibt gleichzeitig den mitbeteiligten Versicherungsunternehmen deren Prämienanteile gut. Auf den Prämien-Ertragskonten für die Prämien im direkten Geschäft wird beim führenden Versicherungsunternehmen nur dessen eigener Anteil an den Prämien als Ertrag ausgewiesen.

Neben dem Anteil an den Prämien werden zwischen dem führenden und den mitbeteiligten Versicherungsunternehmen auch deren **Anteile an den Nebenleistungen der Versicherungsnehmer und an den Steuern** (Versicherungs- und Feuerschutzsteuer) sowie an den **Zahlungen für Versicherungsfälle** verrechnet. Im Schadenfall zahlt das führende Versicherungsunternehmen die gesamte Versicherungsleistung aus und belastet die beteiligten Versicherungsunternehmen mit deren Anteilen. Beim führenden Versicherungsunternehmen wird auf dem Aufwandskonto Zahlungen für Versicherungsfälle gleichfalls nur sein eigener Anteil an den Zahlungen ausgewiesen.

Jeder Mitversicherer weiß, welche Prämien er vom führenden Versicherungsunternehmen zu erhalten hat, da er seinen Anteil an den Gemeinschaftspolizzen in **seinem eigenen Bestand** führt; er kann daher die Prämienabrechnungen des führenden Versicherungsunternehmens auf ihre Richtigkeit kontrollieren. In der Regel erstellt das **führende Versicherungsunternehmen die Abrechnungen** über die Anteile der beteiligten Versicherungsunternehmen an den Prämien, Nebenleistungen, Steuern, Provisionen und Zahlungen für Versicherungsfälle; diese Abrechnungen werden von den beteiligten Versicherungsunternehmen an Hand ihrer eigenen Unterlagen geprüft. Da es häufig zeitliche Differenzen bei der Prämienverrechnung der einzelnen Versicherungsunternehmen gibt (zeitliche Unterschiede bei der Erfassung von Verträgen und Vertragsänderungen in den Bestandsdateien), erweist sich die Prüfung und Abstimmung der Abrechnungen zwischen großen Versicherungsunternehmen mit einem starken gegenseitigen Mitversicherungsgeschäft häufig als ziemlich kompliziert; dies gilt insbesondere für Versicherungsverträge, bei denen es häufig zu Änderungen des Vertrags und damit auch der Prämien kommt (Hinweis auf große Industrierisiken).

Von manchen Versicherungsunternehmen wird der Begriff Mitversicherung auf Verträge angewendet, bei denen ein anderes Versicherungsunternehmen mit einer gesonderten Police an der Deckung desselben Risikos beteiligt ist (weil beispielsweise die Erhöhung einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen abgeschlossen wurde als die Versicherung über die ursprüngliche Versicherungssumme; sogenannte **Nachversicherung**). In diesen Fällen werden die Verträge der einzelnen Versicherungsunternehmen vollkommen

selbständig voneinander verwaltet. Ein Kontakt zwischen den Versicherungsunternehmen kann bei der Regulierung von Schäden zweckmäßig sein (Abstimmung bei der Feststellung der Schadenhöhe, einer allfälligen Über- und Unterversicherung); mitunter werden in solchen Fällen die in einem Konkurrenzverhältnis stehenden Versicherungsunternehmen vom Versicherungsnehmer gegeneinander ausgespielt. In den Versicherungsbedingungen ist festgehalten, dass der Versicherer vom Versicherungsnehmer zu informieren ist, wenn für das versicherte Risiko mit einem anderen Versicherer ein Versicherungsvertrag abgeschlossen wird.

Keine Mitversicherung im rechtlichen Sinn sind **fakultative Rückversicherungsabgaben**, die im Verkehr zwischen den Versicherungsunternehmen wie Mitversicherungen behandelt werden (Einzelaufgabe und Einzelabrechnung der Prämien und Schäden; sogenannte "**indirekte wie direkte Abgaben**"; kurz: „IWD“). Diese Abgaben wurden in den Gewinn- und Verlustrechnungen in der Vergangenheit abweichend von den rechtlichen Gegebenheiten als direktes Geschäft ausgewiesen, weil sie organisatorisch und abrechnungstechnisch wie direktes Geschäft behandelt werden. Ab dem Jahr 1996 war dieser Ausweis nicht mehr zulässig. Eine neuerliche Änderung der Rechnungslegungsverordnung (mit Wirkung ab 2009) erlaubt allerdings für Zwecke der Rechnungslegung wieder die Darstellung der IWD-Beteiligungen als Mitversicherungsverhältnisse, nämlich wenn schriftlich vereinbart ist, dass im Fall der Insolvenz des führenden Versicherungsunternehmens alle mitbeteiligten Versicherungsunternehmen den Versicherten einen Direktanspruch einräumen und alle mitbeteiligten Versicherungsunternehmen sich verpflichtet haben, der Masse des führenden Versicherungsunternehmens die von diesem erbrachte Versicherungsleistung entsprechend den vereinbarten Beteiligungsquoten zu ersetzen (vgl. § 2 Abs 2 VU-RLV).

3. Die Rückversicherung

a) Das Wesen der Rückversicherung

Durch die Rückversicherung werden jene Teile der Risiken, die den in den Zeichnungstabellen eines Versicherungsunternehmens festgelegten **maximalen Schadenselbstbehalt** (das Schadenmaximum) übersteigen, an andere Versicherungsunternehmen abgegeben.

In den Versicherungszweigen, in denen **proportionale Rückversicherungsabgaben** vorgenommen werden, ist das **Schadenmaximum** ist allgemeinen von der **Art des Risikos** abhängig. Die Versicherungsunternehmen haben **Maximaltabellen**, die auch den Rückversicherern bekannt sind; in diesen Tabellen ist für die einzelnen Risiken die Höhe des maximalen Risikos, das der Erstversicherer für eigene Rechnung zu tragen bereit ist, festgelegt (zB landwirtschaftliche Gebäude massiv und hart gedeckt EUR 50.000, aus Holz und weich gedeckt EUR 30.000, städtische Wohnhäuser EUR 100.000). Beträgt bei einem Risiko beispielsweise der höchstmögliche Schaden EUR 1.000.000 und sieht die Maximaltabelle für dieses Risiko lediglich einen maximalen Schadenselbstbehalt von

EUR 50.000 vor, dann müssen EUR 950.000 durch Rückversicherungsabgaben abgedeckt werden.

Der **höchstmögliche Schaden** (aus einem Ereignis) ist in der Regel niedriger als die Versicherungssumme; dies gilt insbesondere für Versicherungsverträge, die Risiken von bzw. in räumlich getrennten Objekten decken.

In Versicherungszweigen, in denen die Rückversicherung durch **Schadenexzedentenabgaben** geregelt ist, bestimmt die im Rückversicherungsvertrag vereinbarte **Priorität** den Höchstbetrag der Entschädigung, den ein Versicherungsunternehmen aufgrund eines Schadenereignisses für eigene Rechnung zu tragen hat.

Bei der Rückversicherung versichern nicht mehrere Versicherungsunternehmen gemeinsam ein Risiko, sondern es tritt **dem Versicherungsnehmer lediglich ein Versicherungsunternehmen (der Erstversicherer) als Vertragspartner** gegenüber: dieses Versicherungsunternehmen trägt im Schadenfall die Haftung für den gesamten Schaden. Der Anspruch des Versicherungsnehmers gegenüber dem Erstversicherer wird durch die Rückversicherung in keiner Weise berührt. Der Versicherungsnehmer weiß in der Regel von der Rückdeckung des Risikos bei Rückversicherern nichts; bei der Versicherung von Großrisiken kommt es allerdings fallweise vor, dass der Versicherungsnehmer von seinem Versicherer Informationen über die Rückversicherung seines Risikos verlangt.

Durch die Rückversicherung soll insbesondere erreicht werden, dass ein Versicherungsunternehmen **durch Großschäden nicht zu stark belastet** werden kann; durch die Rückversicherung kann aber auch die Belastung durch eine **Vielzahl von kleinen Schäden** begrenzt werden. Für Großrisiken bzw. Großschäden fehlt bei einem einzelnen Versicherungsunternehmen der Ausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl zumindest in einer Rechnungsperiode (Geschäftsjahr). In der Regel ist der Eigenbehalt eines Versicherungsunternehmens umso größer, je größer sein Geschäftsumfang ist; kleine Versicherungsunternehmen geben meist einen größeren Teil der von den Versicherungsnehmern übernommenen Risiken in Rückversicherung als große Versicherungsunternehmen. Bei der Gestaltung der Rückversicherungsbeziehungen und der Rückversicherungsverträge spielen auch **Konzernbindungen** eine wichtige Rolle.

Ein wichtiger Grundsatz der Rückversicherung ist, dass die Rückversicherer **Handlungen und Maßnahmen der Erstversicherer** (also auch zB Fehler bei der Prämienbemessung oder Schadenermittlung) weitgehend **gegen sich gelten** lassen müssen. Es kann jedoch in den Rückversicherungsverträgen vereinbart werden, dass gewisse Maßnahmen (zB Nachlässe auf Tarifprämien) die Rückversicherer nicht belasten dürfen, sondern ausschließlich den Erstversicherer treffen (indem beispielsweise bei der Schadenabrechnung mit den Rückversicherern Unterversicherung im prozentuellen Ausmaß der Prämiennachlässe angenommen wird).

Rückversicherungen können nicht nur aus dem direkten Geschäft, sondern **auch aus dem übernommenen** (indirekten) **Geschäft** abgegeben werden; Rückversicherungsabgaben aus dem übernommenen Geschäft werden als **Retrozessionen** bezeichnet. Retrozessionsverträge sind in der Regel Quotenverträge oder Stop-Loss-Verträge. Retrozessionen nach dem Muster der Exzedenten-Rückversicherung sind lediglich für die **Rückdeckung von fakultativen**

Rückversicherungsübernahmen möglich; diese Übernahmen werden häufig im Rahmen der Rückversicherungsverträge für das direkte Geschäft rückgedeckt.

Retrozessionen – mit Ausnahme von Stop-Loss-Verträgen – spielen **bei Erstversicherern**, die auch indirektes Geschäft betreiben in der Regel nur eine geringe Rolle, da die Übernahmen im indirekten Geschäft meist mit jenen Beträgen begrenzt werden, die das Versicherungsunternehmen als Risiko für eigene Rechnung zu tragen bereit ist. Eine Ausnahme bilden Rückversicherungs-Übernahmen innerhalb von **Konzernen**: die Mutterunternehmen decken vielfach einen großen Teil der Risiken ihrer Tochterunternehmen rück und geben davon wieder einen erheblichen Teil im Rahmen ihrer eigenen Rückversicherungsprogramme im Wege der Retrozession weiter.

b) Fakultative und obligatorische Rückversicherung

Die Rückversicherungsvereinbarungen können in **fakultative** und in **obligatorische** Rückversicherungsvereinbarungen eingeteilt werden.

Eine **fakultative Rückversicherungsvereinbarung** liegt vor, wenn **für bestimmte Einzelrisiken** fallweise eine Vereinbarung zwischen einem Vorversicherer und einem oder mehreren Rückversicherern abgeschlossen wird. Den Rückversicherern wird dabei die Art und die Höhe jedes einzelnen Risikos bekanntgegeben; mitunter werden die Prämien und Schäden für jeden einzelnen Vertrag gesondert (mittels sogenannter Boderos) verrechnet (Verrechnung indirekt wie direkt: dh, das indirekte Geschäft wird verrechnungstechnisch wie die Mitversicherung im Rahmen des direkten Geschäftes behandelt).

Bei fakultativen Rückversicherungen im engeren Sinn hat der **Rückversicherer volle Entscheidungsfreiheit**, ob er ein von einem Vorversicherer (direkt oder über einen Rückversicherungsmakler) an ihn gerichtetes Anbot auf Rückdeckung eines bestimmten Risikos annehmen will.

Über fakultative Rückversicherungen können mit den Rückversicherern auch **Rahmenverträge** abgeschlossen werden, in denen diese sich verpflichten, Risiken innerhalb bestimmter Grenzen zu übernehmen; die Zedenten (Vorversicherer) sind aber nicht verpflichtet, unter die Vereinbarung fallende Risiken bei diesen Rückversicherern rückzudecken. Solche Vereinbarungen werden als **fakultativ-obligatorische Rückversicherungsverträge (sogenannte Cover)** bezeichnet; sie sind für die Zedenten fakultativ, für die Rückversicherer aber obligatorisch.

Fakultative Rückversicherungsabgaben (es handelt sich dabei in der Regel um Summen-Exzedentenabgaben) dienen in erster Linie der Abdeckung von **Risikospitzen**, die in den obligatorischen Rückversicherungsverträgen nicht untergebracht werden können oder sollen.

Die **obligatorische Rückversicherung** wird durch **Rahmenverträge** zwischen den Zedenten und den Rückversicherern geregelt. Die Verträge sind **für beide Vertragspartner obligatorisch**, das heißt, der Zedent muss alle Risiken, die in den Geltungsbereich des Vertrages

fallen, in die Rückversicherung einbeziehen. Bei Summen-Exzedentenverträgen hat der Zedent allerdings die Möglichkeit, den Exzedenten mit 0 % festzusetzen; der Erstversicherer kann von ihm gezeichnete Risiken auch durch Mitversicherungsabgaben und durch fakultative Rückversicherungsabgaben und damit das Volumen der obligatorischen Rückversicherungsabgaben vermindern.

Obligatorische Rückversicherungsverträge werden meist **für einen längeren Zeitraum** (auf unbestimmte Zeit oder für fünf bis zehn Jahre, vielfach mit Verlängerungsmöglichkeit) abgeschlossen; sie sind vielfach **zum Schluss eines Kalenderjahres kündbar**, wobei sich die Kündigungsmöglichkeit entweder auf sämtliche laufenden Risiken oder nur auf neu abzuschließende Versicherungsverträge des Erstversicherers erstrecken kann.

c) Gestaltung der Rückversicherungsverträge

Rückversicherungsverträge (hauptsächlich obligatorische Verträge, fallweise aber auch fakultativ-obligatorische Vereinbarungen) werden nicht selten zwischen einem Zedenten und einer **größeren Anzahl von Rückversicherern** abgeschlossen; die einzelnen Rückversicherer sind an diesen Verträgen mit bestimmten Anteilen beteiligt. Für alle Rückversicherer gilt im Wesentlichen derselbe Vertragstext (kleinere Unterschiede sind allenfalls bei den Provisionsätzen möglich); mit jedem Rückversicherer wird vereinbart, **mit wie vielen Prozenten** er am gesamten Vertrag **beteiligt** ist (zB mit 5 %). Die Summe der Anteile sämtlicher Rückversicherer ergibt im Allgemeinen 100 %. Mitunter bleibt die Summe der Anteile der Rückversicherer auch unter 100 %, wenn ein Rückversicherer seine Beteiligung an dem Vertrag gekündigt hat und sein Anteil noch nicht bei einem anderen Rückversicherer untergebracht werden konnte bzw nicht untergebracht wurde; solche nicht untergebrachten Rückversicherungsanteile erhöhen praktisch den Eigenbehalt des Zedenten. Bei großen Rückversicherungsverträgen, die oft gleichzeitig mit 40 bis 50 Rückversicherern abgeschlossen sind, kommt es **fast jedes Jahr zu einem Wechsel in der Zusammensetzung der Rückversicherer**.

Sind **mehrere Rückversicherer** an einem Vertrag beteiligt, dann werden die **Abrechnungen** vom Zedenten in der Regel **für den gesamten Vertrag** (für 100 %) erstellt; lediglich der Saldo, der sich aus der Abrechnung ergibt (der sogenannte technische Saldo), wird aufgrund der Anteile der einzelnen Rückversicherer am Vertrag auf diese aufgeteilt. Wenn die einzelnen Rückversicherer in den einzelnen Kalenderjahren nicht mit gleichen Anteilen am Vertrag beteiligt waren, dann müssen die Abrechnungen **nach Jahrgängen getrennt** erstellt werden, da die Zahlungen für Versicherungsfälle jedenfalls nach Schaden- oder Zeichnungsjahren getrennt verrechnet werden müssen; die Zuordnung von Nachtragsvorschreibungen oder Stornierungen von Prämien für Vorjahre nach Jahrgängen (Fälligkeitsjahren) unterbleibt mitunter aus Vereinfachungsgründen, wenn Rückversicherungsverträge nicht grundlegend geändert werden. Die getrennte Erstellung von Abrechnungen für die einzelnen Kalender- bzw Zeichnungsjahre kann entfallen, wenn die Verrechnung nach dem sogenannten **Clean-Cut-System** (mit Rücknahme und Übergabe des Prämien- und Schadenportefeuilles am Ende bzw Anfang jedes Kalenderjahres) vereinbart ist.

d) Arten von Rückversicherungsverträgen

Es können folgende Arten von Rückversicherungsverträgen unterschieden werden:

1. Proportionale Rückversicherungsverträge

- a) Quotenverträge (Bruttoquoten oder Nettoquoten)
- b) Summenexzedentenverträge

2. Nicht proportionale Rückversicherungsverträge

- a) Schadenexzedentenverträge
- b) Stop-Loss-Verträge

Bei den **proportionalen Versicherungsverträgen** stimmt der **Anteil der Rückversicherer am Schadenrisiko** für jeden einzelnen rückversicherten Versicherungsvertrag mit dem Anteil der Rückversicherer **an den Prämien** überein.

Bei **Quotenverträgen** werden die Rückversicherer an sämtlichen Risiken des Zedenten **im gleichen Verhältnis** (im Verhältnis der Quote, also zB mit 20 % oder mit 50 %) beteiligt; es besteht daher **für sämtliche in den Vertrag fallenden Risiken** vollkommene **Schicksalsgemeinschaft** zwischen dem Zedenten und den Rückversicherern.

Die Rückversicherungsquote kann entweder eine **Bruttoquote** (Vorwegquote) oder eine **Nettoquote** sein.

Bei **Bruttoquotenverträgen** wird die Quote vom vollen Risiko (Gesamtgeschäft) des Zedenten nach fakultativen Abgaben berechnet; den nach Abgabe der Quote verbleibenden Rest kann der Zedent durch weitere Rückversicherungsabgaben (in der Regel Exzedentenabgaben) rückdecken, wobei allerdings mit den Quotenrückversicherern Begrenzungen der weiteren Rückversicherungsabgaben vereinbart werden können.

Bei **Nettoquotenverträgen** wird die Quote erst von dem nach allen anderen Rückversicherungsabgaben verbleibenden Rest berechnet; die Nettoquoten kürzen also unmittelbar den Eigenbehalt des Zedenten, ihr technischer Verlauf stimmt mit dem technischen Verlauf im Eigenbehalt überein, sofern nicht der Eigenbehalt durch einen nicht-proportionalen Rückversicherungsvertrag zusätzlich geschützt wird.

Nettoquotenverträge kommen insbesondere zwischen **Konzernunternehmen** vor (Beteiligung des Mutterunternehmens am Risiko-Eigenbehalt von Tochterunternehmen). Als Äquivalent für verlustreiche Rückversicherungsübernahmen können Rückversicherer, die Geschäftspartner in den verlustbringenden Rückversicherungsverträgen sind, am Risiko-Eigenbehalt des Zedenten in Versicherungszweigen mit günstigem Schadenverlauf im Wege sogenannter **Stützquoten** beteiligt werden.

Quotenverträge sind bei Rückversicherern beliebt, da die Rückversicherer bei diesen Verträgen **an allen Risiken** (sowohl an den guten als auch an den schlechten) im gleichen Verhältnis partizipieren. Die Zedenten sind an Quotenverträgen in der Regel weniger interessiert, weil sie bestrebt sind, die schweren und schlechten Risiken in höheren Maße

rückzudecken als die leichten und guten Risiken. Für Abgaben aus dem direkten Geschäft kommen Quotenverträge selten allein vor; sie werden meist durch Schadenexzedentenverträge ergänzt. Verträge über Abgaben aus dem indirekten Geschäft (**Retrozessionsverträge**) sind dagegen häufig reine Quotenverträge.

Quotenverträge haben den Vorteil, dass die **Verrechnung** zwischen den Zedenten und den Rückversicherern **sehr einfach** ist; sie sind aber nicht geeignet, nur selektiv Risikospitzen abzudecken.

Bei **Summenexzedentenverträgen** wird der Anteil der Rückversicherer **für jedes einzelne Risiko individuell** festgesetzt; dh, es ist möglich, dass innerhalb einer Sparte ein Risiko überhaupt nicht, ein anderes Risiko dagegen zu 95 % rückversichert wird.

Die Rückversicherung im Rahmen von Summenexzedentenverträgen wird in der Regel mit einem **bestimmten Vielfachen** (meist mit dem 10- bis 40-fachen) **des Eigenbehalts** des Zedenten **begrenzt**; diese Begrenzung wird in den Exzedentenverträgen durch Festsetzung einer bestimmten Anzahl sogenannter **Maxima** (zB 20 Maxima) ausgedrückt. Durch diese Begrenzung erhalten die Rückversicherer die Gewähr, dass ihr eigenes Risiko in einer bestimmten Relation zum Eigenbehalts-Risiko des Zedenten bleibt; ein Rückversicherer, der mit 5 % an einem Exzedentenvertrag mit 20 Maxima beteiligt ist, trägt dasselbe Risiko wie der Zedent, wenn dieser seinen Risiko-Eigenbehalt nicht durch weitere Rückversicherungsabgaben reduzieren darf. Bei großen Risiken, bei denen die höchstmöglichen vertraglichen Exzedentenabgaben nicht ausreichen, um den gesamten über den Eigenbehalt des Zedenten hinausgehenden Teil des Risikos rückzudecken, muss der Zedent Teile des Risikos durch **Vorwegabgaben** (vielfach fakultative Abgaben) rückversichern.

Bei der Summenexzedenten-Rückversicherung besteht **für jedes einzelne Risiko Schicksalsgemeinschaft** zwischen dem Zedenten und den Rückversicherern. Die Rückversicherer partizipieren an jedem einzelnen Schaden im gleichen Ausmaß wie an den Prämien für den betreffenden Vertrag; im Gegensatz zur Quotenrückversicherung ist aber der Anteil der Rückversicherer an den einzelnen Risiken in der Regel verschieden hoch (in Verträgen mit 20 Maxima zwischen 0 % und 95 %). Es gibt auch Summenexzedentenverträge, in denen ein sogenannter Pauschalexzedent (zB 30 %; dh, dass von jedem Risiko ein 30 %iger Exzedent abgegeben wird) vereinbart wird; solche Verträge sind ihrem Wesen nach Quotenverträge.

Bei den Summenexzedentenabgaben muss der **Anteil der Rückversicherer an den Prämien und Schäden** für jeden einzelnen Vertrag **individuell ermittelt** werden. Der Prämienanteil der Rückversicherer bemisst sich bei der Summenexzedenten-Rückversicherung für jeden einzelnen Versicherungsvertrag mit jenem Teil der Bruttoprämien (bzw der Risikoprämien), der dem Anteil der Rückversicherer am Risiko entspricht.

Die **Rückversicherungsprämien** für die Summenexzedenten-Rückversicherungen werden in der Regel **gleichzeitig mit der Vorschreibung der Prämien** an die Versicherungsnehmer maschinell ermittelt. In den Datenspeichern für den Versicherungsbestand, denen die Daten für die Prämienvorschreibung an die Versicherungsnehmer entnommen werden, sind auch die für die Ermittlung der Exzedenten-Rückversicherungsprämien erforderlichen Daten enthalten; anlässlich jeder Prämienvorschreibung werden aufgrund der gespeicherten Daten auch Verzeichnisse der Exzedenten-Rückversicherungsprämien erstellt. Bei diesem Verfahren besteht

– unter der Voraussetzung, dass der Exzedenten-Prozentsatz richtig in die Bestandsdatei aufgenommen wird – große Gewähr, dass die Rückversicherungsprämien richtig ermittelt werden; es besteht außerdem die Gewähr, dass die Rückversicherungsprämien mit den Rückversicherern für denselben Zeitraum verrechnet werden wie die Bruttoprämien mit den Versicherungsnehmern und dass auch alle nachträglichen Berichtigungen der mit den Versicherungsnehmern verrechneten Prämien, insbesondere die Prämienstorni, mit den Rückversicherern verrechnet werden.

Auch die **Schadenverrechnung mit den Rückversicherern** führen die Versicherungsunternehmen für Summenexzedentenabgaben meist mit Hilfe ihrer Datenverarbeitungsanlage durch; der Exzedenten-Prozentsatz wird bei Anlage jeden Schadenaktes zusammen mit der Schaden- und der Polizzennummer in der Schadendatei festgehalten (in der Regel aufgrund der eingegebenen Polizzennummer direkt aus der Bestandsdatei übernommen).

Neben dem Anteil der Rückversicherer an den Prämien und an den Zahlungen für Versicherungsfälle muss bei Summenexzedentenverträgen auch der **Anteil der Rückversicherer an der Schadenrückstellung** für jeden einzelnen Versicherungsfall **gesondert ermittelt** werden.

Summenexzedentenverträge kommen hauptsächlich in Sparten mit Risiken von sehr unterschiedlicher Höhe (zB Feuerversicherungen, hauptsächlich Industrieversicherungen; Maschinenbruchversicherungen; Transportversicherungen) vor. Fakultative Abgaben sind immer Summenexzedentenabgaben.

Bei den **nicht proportionalen Rückversicherungsverträgen** hat der Rückversicherer nur dann Versicherungsleistungen zu erbringen, wenn die Aufwendungen des Zedenten für Versicherungsfälle einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen. Es gibt zwei Arten von nicht proportionalen Rückversicherungsverträgen:

- a) **Schadenexzedentenverträge:** die Rückversicherer vergüten bei jedem einzelnen Schaden, der einen bestimmten Betrag (die sogenannte Priorität; zB EUR 100.000) übersteigt, den diese Priorität übersteigenden Betrag. Durch Schadenexzedentenverträge wird die Belastung des Erstversicherers durch **große Einzelschäden**, nicht aber die Belastung durch eine Vielzahl kleiner und mittlerer Schäden gemildert.
- b) **Stop-Loss-Verträge:** die Rückversicherer erbringen dann Leistungen, wenn beim Zedenten die Summe aller wirksamen Schäden in einem Kalenderjahr einen bestimmten Prozentsatz (zB 90 %) der abgegrenzten Prämien übersteigt. Durch Stop-Loss-Verträge werden **alle Belastungen** des Ergebnisses des Erstversicherers durch schlechten Schadenverlauf durch den Rückversicherer gemildert, gleichgültig, ob sie auf einzelne Großschäden oder viele Kleinschäden zurückzuführen sind.

Bei beiden Arten von Verträgen sind die Leistungen der Rückversicherer in der Regel **nach oben limitiert** (zB mit EUR 500.000 pro Schaden oder mit 40 % der abgegrenzten Prämien); der Zedent kann jedoch für die über das Limit hinausgehenden Risiken (zB für Einzelschäden zwischen EUR 600.000 und EUR 2.000.000 oder für einen Schadensatz zwischen 130 % und 180 % der abgegrenzten Prämien) mit denselben oder anderen Rückversicherern einen weiteren Schadenexzedentenvertrag oder Stop-Loss-Vertrag abschließen. Ein Schadenex-

zedentenvertrag bzw ein Stop-Loss-Vertrag erstreckt sich demnach jeweils auf eine bestimmte Deckungsspanne. Die Rückversicherung durch nicht proportionale Verträge besteht vielfach aus **mehreren** hintereinander gelagerten **Abschnitten** (Schadenschichten = **Layern**).

Wenn die Rückversicherungsvereinbarungen mit einem Rückversicherer oder mehreren (denselben) Rückversicherern in **mehrere Schadensschichten** (Layer) untergliedert werden, dient dies der **Retrozessionspolitik** der Rückversicherer (zB Einbringung in unterschiedliche Pools, von denen Retrozessionsabgaben getätigt werden).

Bei nicht proportionalen Rückversicherungsverträgen besteht auch für das einzelne Risiko **keine Schicksalsgemeinschaft** zwischen dem Zedenten und den Rückversicherern. Die Rückversicherer werden bei entsprechend hoher Priorität an den Schäden des Erstversicherers überhaupt nicht oder nur in geringem Ausmaß beteiligt, bei Großschäden bzw einem schlechten Schadenverlauf durch viele Einzelschäden trifft sie aber die Hauptlast. Die **Rückversicherungsprämien** können bei nicht proportionalen Rückversicherungsverträgen wegen des Fehlens der Schicksalsgemeinschaft **nicht unmittelbar rechnerisch von den Brutto-
prämien**, die den Versicherungsnehmern vorgeschrieben werden, abgeleitet werden; sie werden aufgrund **mehrfähriger Statistiken** über die **Struktur der Schäden** und aufgrund von Untersuchungen über die **Struktur des Versicherungsbestands** festgesetzt und sind umso niedriger, je höher die Priorität des Zedenten ist. In der Regel errechnen sich die Schadenexzedentenprämien und Stop-Loss-Prämien mit einem **bestimmten Prozentsatz** der beim Zedenten in einem Kalenderjahr gebuchten **Bruttoprämien für sämtliche Risiken einer Sparte**.

Die Schadenexzedentenprämien und die Stop-Loss-Prämien gelten in der Regel als **im Kalenderjahr verdient**; dh, es entfällt eine Prämienportefeuilleverrechnung bei Abschluss und Auflösung der Rückversicherungsverträge. Die Rückversicherer müssen in ihren Bilanzen keine Prämienüberträge bilden und die Zedenten müssen in ihren Bilanzen die Prämienüberträge für die vollen Bruttoprämien ausweisen.

Schadenexzedentenverträge und Stop-Loss-Verträge sind – wenn man von der Schadenverrechnung im Rahmen von Schadenexzedentenverträgen absieht – **abrechnungstechnisch einfach** zu handhaben.

Schadenexzedentenverträge bilden bei vielen Versicherungsunternehmen in verschiedenen Sparten – hauptsächlich in den Kraftfahrzeugsparten, in der Unfall- und Haftpflichtsparte und in verschiedenen anderen Sparten (zB Einbruchdiebstahl) – den **Grundstock** der Rückversicherung. **Stop-Loss-Verträge** dienen der **Begrenzung des Risikos** in bestimmten Sparten (zB in der Hagelsparte) oder für größere Geschäftsbereiche bzw das Gesamtgeschäft.

Schadenexzedentenverträge und Stop-Loss-Verträge sind **für die Rückversicherer riskant**; sie zeichnen sich im Allgemeinen durch **starke Schwankungen im Schadenverlauf** aus, da durch sie lediglich die Spitzen in der Schadenbelastung abgefangen werden sollen. Dies gilt insbesondere für Verträge **in hohen Layern**.

In den meisten Schadenexzedentenverträgen ist vorgesehen, dass nach größeren Schäden neuerlich eine Prämie bezahlt werden muss (sogenannte **Wiederauffüllung**), wenn die

Rückversicherer weiter das volle Risiko tragen sollen; die **Anzahl** der möglichen Wiederauffüllungen ist in den Rückversicherungsverträgen geregelt.

In Sparten mit Erstrisikoversicherungen ist die **Priorität** vielfach nicht starr, sondern **indiziert**. Die Abrechnung geht so vor sich, dass alle Schadenzahlungen mit Hilfe des vereinbarten Index (zB des Lohnindex) auf den Stichtag, für den die Priorität festgelegt wurde, umgerechnet werden.

Für die Höhe der von den Rückversicherern aufgrund eines Schadenexzedentenvertrags zu erbringenden Leistungen ist es von Bedeutung, ob **mehrere** in einem zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang stehende **Schäden** als ein **einziges Schadenereignis** oder als getrennte Schadenereignisse gelten.

Schadenexzedentenverträge für den Eigenbehalt werden häufig für **unbekannte Kumuls** oder für **Fehlschätzungen des höchstmöglichen Schadens** (PML; „possible maximum loss“) abgeschlossen.

Für die Rückversicherer ist bei der Beurteilung des Risikogehalts der Rückversicherungsverträge, insbesondere von nicht proportionalen Verträgen die sogenannte **Exposition** (das ist das Verhältnis zwischen Prämien pro Jahr und höchstmöglichem Einzelschaden) von Bedeutung.

Große Versicherungsunternehmen **kombinieren** in Sparten, in denen größere Risiken vorkommen (zB Feuerversicherung), oft **mehrere Arten von Rückversicherungsabgaben** miteinander. Durch die Maßnahmen soll nicht nur ein möglichst **konstantes Ergebnis im Eigenbehalt** herbeigeführt werden, sondern es sollen auch allzu große **Schwankungen im Schadenverlauf für die wichtigsten Rückversicherer gemildert** werden. Dieses Ziel kann entweder durch fakultative (Vorweg-)Abgaben großer Einzelrisiken oder durch den Schutz der Summenexzedenten-Rückversicherer durch Schadenexzedentenverträge bzw umgekehrt (wenn Schadenexzedentenverträge die hauptsächliche Rückdeckung in einer Sparte darstellen) durch Schutz der Schadenexzedenten-Rückversicherer durch vereinzelte Summenexzedenten-Abgaben von Großrisiken erfolgen. Es kann dabei den Rückversicherern freigestellt werden, ob sie sich an solchen Schutzdeckungen beteiligen wollen (und daher einen entsprechenden Beitrag zu den Prämien für die Schutzdeckungen leisten müssen).

e) **Technische Durchführung der Verrechnung mit den Rückversicherern**

In den Rückversicherungsverträgen sind nähere Bestimmungen darüber enthalten, **in welchen Abständen** der Zedent mit den Rückversicherern abzurechnen hat. Die Abrechnung erfolgt meist nach **Kalenderjahren**, in manchen Sparten weiter unterteilt nach **Zeichnungsjahren**; in der Regel ist eine **viertel- oder halbjährliche Abrechnung** vorgesehen.

Den Rückversicherern sind in den Rückversicherungsverträgen meist weitgehende **Kontroll- und Prüfungsrechte** eingeräumt. Diese wurden in der Vergangenheit selten ausgeübt, da das

Rückversicherungsgeschäft (auch das internationale Geschäft) in der Vergangenheit weitgehend auf dem **Vertrauen der Rückversicherer** in die Maßnahmen und Abrechnungen der Zedenten beruhte. In den letzten Jahren wurde dieses Vertrauen allerdings in mehreren Fällen erheblich erschüttert (starke Erhöhungen des Zeichnungsvolumens des Zedenten ohne Zustimmung des Rückversicherers, Nachtragsverrechnungen, die zu hohen Verlusten des Rückversicherers führten). Es ist in den Rückversicherungsverträgen vielfach vorgesehen, dass sich der Erstversicherer bei der Übernahme großer oder besonders riskanter Risiken und bei der Liquidierung von Großschäden mit dem Rückversicherer bzw mit den wichtigsten Rückversicherern **in Verbindung setzen** muss; von diesen Konsultationsverpflichtungen abgesehen, kennen die Rückversicherer aus obligatorischen Rückversicherungsverträgen die Risiken, die sie in Deckung genommen haben, nicht.

Die **Rückversicherungsabrechnungen** werden nur **vom Zedenten** erstellt; die Rückversicherer können diese Abrechnungen im Allgemeinen nur auf ihre formale und rechnerische Richtigkeit prüfen.

Die Abrechnungen mit den Rückversicherern enthalten in der Regel **folgende Posten**:

1. Rückversicherungsprämien
2. Rückversicherungsprovisionen
3. mitunter Feuerschutzsteuer
4. Zahlungen für Versicherungsfälle (getrennt nach Schaden- oder Zeichnungsjahren)
5. mitunter Depotzinsen
6. mitunter Gewinnanteile der Zedenten
7. mitunter Portefeuilleprämien und Portefeuilleschäden
8. mitunter Depoteinbehalte und Depotfreigaben

Der Zedent muss darüber hinaus den Rückversicherern auf statistischem Wege noch deren Anteil an der Schadenrückstellung und eventuell an den Prämienüberträgen bekanntgeben.

Rückversicherungsprämien

In Österreich war es in der Vergangenheit in den meisten Sparten der **Schaden- und Unfallversicherung** üblich, die Rückversicherer bei **proportionalen** Rückversicherungsverträgen nicht an den vollen Prämien, welche den Versicherungsnehmern vorgeschrieben werden, zu beteiligen, sondern diese Prämien vorerst durch einen **Verwaltungskostenabzug** (in den Industriesparten 25 %, in der Kfz-Haftpflichtsparte 28 bis 33 1/3 %, in den meisten übrigen Sparten 33 1/3 %) zu kürzen und die Rückversicherungsprämien lediglich von den gekürzten Prämien, den sogenannten **Risikoprämien** zu berechnen.

Dieses international nicht übliche System des Verwaltungskostenabzugs führte zu einer **Verzerrung der Ergebnisse im Eigenbehalt**; die Gegenüberstellung der abgegrenzten Prämien und der wirksamen Schäden im Eigenbehalt zeigte zu niedrige Schadensätze, da die

abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt neben den Risikoprämien für den Eigenbehalt die Verwaltungskostenbeiträge für das Gesamtgeschäft enthielten; die Verzerrung war umso größer, je höher die Rückversicherungsabgaben waren.

Seit 1994 erfolgt die Berechnung der Rückversicherungsprämien auch von österreichischen Zedenten für die meisten proportionalen Rückversicherungsabgaben nach dem Bruttosystem (Berechnung der Rückversicherungsprämien von den ungekürzten Bruttoprämien, höhere Rückversicherungsprovision).

In den Vereinbarungen über **nicht proportionale** Abgaben werden die Rückversicherungsprämien in der Regel mit Nettobeträgen (dh ohne Gegenverrechnung von Provisionen) festgelegt; mitunter sind die Prämienätze vom Schadenverlauf abhängig.

In der **Lebensversicherung** enthalten die Rückversicherungsprämien **keine Zuschläge für Inkasso- und Verwaltungskosten**; die **Abschlusskostenzuschläge** werden mit jenem Prozentsatz bemessen, der von den Rückversicherern im Jahr des Versicherungsabschlusses als Rückversicherungsprovision vergütet wird. Mitunter werden die Rückversicherungsprämien auch nach **anderen (weniger vorsichtigen) Rechnungsgrundlagen (Sterbetafeln)** kalkuliert als die Bruttoprämien (die Rückversicherer leisten meist keine Beiträge zur Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer). Von einer ständig größer werdenden Anzahl von Lebensversicherern wird lediglich ein Teil des von Jahr zu Jahr kleiner werdenden **Risikokapitals** (das ist die Differenz zwischen Versicherungssumme und Deckungsrückstellung) **gegen Risikoprämien** rückgedeckt.

Prämienstorni werden mit den Rückversicherern in gleicher Weise verrechnet wie die Prämienvorschreibungen. In Fällen, in denen die Rückversicherer wechseln, müssten bei genauer Verrechnung die Storni von Prämien für Vorjahre (dasselbe gilt ebenso für nachträgliche Prämienvorschreibungen für Vorjahre) mit jenen Rückversicherern, die in den Vorjahren Vertragspartner des Zedenten waren, verrechnet werden. Aus Vereinfachungsgründen kann aber – insbesondere dann, wenn nur einzelne Vertragspartner von obligatorischen Verträgen, die mit einer größeren Anzahl von Rückversicherern abgeschlossen sind, wechseln – vorgesehen sein, dass die Prämienstorni und die Prämiennachträge mit jenen Rückversicherern verrechnet werden, die im Jahre des Stornos bzw der Vorschreibung Vertragspartner des Zedenten sind; den neuen Rückversicherern werden demnach Storni von Prämien angelastet, die ihren Vorgängern gutgeschrieben worden waren, andererseits aber auch Prämien für Risiken, die von den Vorgängern getragen wurden, gutgeschrieben. Dies gilt vor allem dann, wenn für die Verrechnung mit den Rückversicherern das Clean-cut-Verfahren vorgesehen ist.

Die **Verrechnung der Rückversicherungsprämien** erfolgt meist **parallel zu den Prämienvorschreibungen** des Zedenten (Erstversicherers) an die Versicherungsnehmer. Mitunter unterscheidet sich jedoch die Prämienverrechnung zwischen dem Erstversicherer und den Rückversicherern von der Prämienverrechnung zwischen dem Erstversicherer und den Versicherungsnehmern. Insbesondere in Summenexzedentenverträgen können die folgenden **Unterschiede** vertraglich vorgesehen sein:

- a) dem Versicherungsnehmer werden im Fall einer **Stundung von Teilen der Prämien** lediglich die fälligen Prämien angelastet, dem Rückversicherer werden hingegen am Beginn der Versicherungsperiode bereits die Prämien für die gesamte Periode gutgeschrieben;
- b) dem Rückversicherer werden jeweils nur die **anteiligen Prämien bis zum Ende des Kalenderjahres** gutgeschrieben; diese Art der Prämienverrechnung ist in Schadenexzedentenverträgen und in Stop-Loss-Verträgen die Regel.

Auf derartige Unterschiede ist bei Ermittlung des Anteils der Rückversicherer an den Prämienüberträgen besonders zu achten.

Rückversicherungsprovisionen

Die Rückversicherungsprovisionen in den proportionalen Rückversicherungsverträgen stellen, wirtschaftlich betrachtet, eine **Berichtigung der Rückversicherungsprämien** dar. In den Gewinn- und Verlustrechnungen werden die Rückversicherungsprovisionen bei den Zedenten von den Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb abgezogen und bei den Rückversicherern als Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (in der Regel als Aufwendungen für den Versicherungsabschluss) ausgewiesen.

Die **Höhe der Rückversicherungsprovisionen** hängt wesentlich davon ab, ob den Rückversicherern ihr Anteil an den vollen Bruttoprämien oder nur ihr Anteil an den sogenannten Risikoprämien gutgeschrieben wird. Daneben wird die Höhe der Rückversicherungsprovisionen von der **Höhe der Schadenbelastung** in den einzelnen Sparten beeinflusst. In Sparten mit niedrigeren Schadensätzen werden von den Rückversicherern meist höhere Provisionen vergütet, in Sparten mit hohen Schadensätzen dagegen nur niedrige Provisionen.

Die Sätze für die Rückversicherungsprovisionen können **starr oder variabel** sein. Variable Provisionssätze sind vom Schadensatz des Rückversicherers abhängig (Beispiel: Mindestprovisionssatz bei Schadensätzen von 85 % und darüber 12 %; der Provisionssatz erhöht sich jeweils um 0,5 %, wenn sich der Schadensatz um 1 % vermindert, der Höchstprovisionssatz bei Schadensätzen von 50 % und darunter beträgt 29,5 %). Durch die variablen Provisionssätze wird der Zedent in einem gewissen Ausmaß und innerhalb der Grenzen zwischen Mindest- und Höchstsatz **am technischen Verlauf** des abgegebenen Geschäfts beteiligt. Diese Beteiligung des Zedenten am technischen Verlauf des abgegebenen Geschäfts kann auch durch eine **Gewinnbeteiligung des Zedenten**, die auch neben variablen Provisionssätzen vereinbart werden kann, herbeigeführt werden.

Gegen variable Provisionssätze und gegen Gewinnanteile wird das Argument vorgebracht, dass dadurch der Effekt der Rückversicherung für den Erstversicherer geschmälert wird, da er in Jahren mit hoher Schadenbelastung (die vielfach auch den Eigenbehalt trifft) auch noch einen Ausfall bei den Rückversicherungsprovisionen erleidet.

In manchen Rückversicherungsverträgen, insbesondere in **Quotenverträgen**, die sich auf das gesamte Geschäft eines Erstversicherers erstrecken, ist vorgesehen, dass die Rückversicherer dem Erstversicherer an Stelle von Provisionen entsprechende **Anteile seiner Originalkosten** vergüten.

In den **nicht proportionalen Versicherungsverträgen**, in denen die Rückversicherungsprämien in keinem unmittelbaren rechnermäßigen Zusammenhang mit den Prämien stehen, die an die Versicherungsnehmer vorgeschrieben werden, werden mit den Rückversicherern in der Regel **Nettoprämien** vereinbart; dh, es werden den Rückversicherern lediglich Prämien gutgeschrieben, es werden ihnen aber keine Provisionen angelastet. Die Schadenexzedentenprämien und die Stop-Loss-Prämien sind demnach meist Netto(Risiko)prämien; sie sind daher mit den Bruttoprämien (die auch eine Vergütung zur Deckung der Betriebsaufwendungen der Erstversicherer enthalten) nicht vergleichbar.

In Verträgen über **Retrozessionsabgaben** (Abgaben aus dem indirekten Geschäft) ist vielfach vorgesehen, dass die Zedenten den Rückversicherern (Retrozessionären) neben deren **Anteil an den Originalprovisionen** noch eine **Zusatzprovision** anlasten. Diese Zusatzprovisionen werden in den Gewinn- und Verlustrechnungen mit den übrigen Rückversicherungsprovisionen zusammengefasst und wie diese ausgewiesen.

Abrechnungen über Retrozessionsabgaben werden mitunter über Makler erstellt; in solchen Fällen wird meist auch eine **Courtage für den Makler** in die Abrechnung aufgenommen. Der Rückversicherungsmakler kann auch als Inkassostelle für die Abrechnungssalden fungieren; in diesem Fall ergibt sich die Frage, ob ein Verlust, der bei Insolvenz eines Maklers, der Gelder eines Vertragspartners an den anderen Vertragspartner noch nicht weitergeleitet hat, entsteht, den Zedenten oder den Rückversicherer trifft.

Feuerschutzsteuer

In Rückversicherungsverträgen für die Feuersparten ist häufig vorgesehen, dass die Rückversicherer dem Zedenten den auf sie entfallenden Teil der Feuerschutzsteuer (Anteil des Versicherungsunternehmens an der Feuerschutzsteuer; das ist die Differenz zwischen der abgeführten und der mit den Versicherungsnehmern verrechneten Feuerschutzsteuer [auch „Feuerschutzsteuerspitze“ genannt]) zu vergüten haben. In manchen Verträgen ist allerdings die Einschränkung enthalten, dass die Rückversicherer die Feuerschutzsteuer nur in Gewinnjahren vergüten; in Jahren, in denen sich für die Rückversicherer kein Gewinn ergibt, muss die gesamte Feuerschutzsteuer vom Zedenten getragen werden.

Die von den Rückversicherern vergütete Feuerschutzsteuer wird bei den Zedenten in der Gewinn- und Verlustrechnung in die sonstigen technischen Erträge einbezogen.

Zahlungen für Versicherungsfälle

Die Anteile an den Zahlungen für Versicherungsfälle werden den Rückversicherern in der **Schaden- und Unfallversicherung** und in der **Krankenversicherung** im gleichen Zeitpunkt angelastet, in dem der Zedent die Zahlungen (Schadenzahlungen und Schadenerhebungskosten) **tatsächlich leistet**. In der **Lebensversicherung** werden die Versicherungsleistungen mit den Rückversicherern mitunter schon **im Zeitpunkt der Fälligkeit** verrechnet; in diesem Fall hat der Zedent bei Verzögerung der Auszahlung der Versicherungsleistung in seiner Bilanz die Schadenrückstellung für die volle Versicherungssumme auszuweisen.

Wenn der Erstversicherer bei größeren Schäden hohe Zahlungen an die Versicherungsnehmer zu leisten hat, ist er in der Regel berechtigt, von den Rückversicherern im Zeitpunkt der Zahlung (und nicht erst anlässlich der nächsten Abrechnung) **Schadeneinschüsse** in Höhe der Rückversichereranteile an diesen Zahlungen einzufordern. Es ist darauf zu achten, dass die Schadeneinschüsse vom Erstversicherer beim Zahlungseingang und in den periodischen (viertel-, halb- oder ganzjährigen) Rückversicherungsabrechnungen buchtechnisch gleichartig behandelt werden. Die Schadeneinschüsse können beim Zedenten entweder als Leistungen der Rückversicherer gebucht werden (in die periodischen Abrechnungen mit den Rückversicherern sind sie dann als Storno- oder Kürzungsposten zu den Leistungen einzubeziehen) oder den Rückversicherern als Anzahlungen auf die Zahlungen für Versicherungsfälle auf den Verrechnungskonten gutgeschrieben werden (in diesem Fall sind den Rückversicherern in den periodischen Abrechnungen die vollen Anteile an den Zahlungen für Versicherungsfälle anzulasten; die Schadeneinschüsse dürfen darin nur als Evidenzposten vermerkt werden).

Wenn ein **Wechsel von Rückversicherern** eintritt, müssen die Zahlungen für Versicherungsfälle nach Kalenderjahren (in der Regel nach Schadenjahren, in manchen Sparten, wie zB in der Kredit- und Transportversicherung, nach Zeichnungsjahren) aufgegliedert werden, sofern nicht Abrechnung nach dem Clean-cut-System vereinbart ist. Die Anteile der Rückversicherer an den Zahlungen für Versicherungsfälle werden mit jenen Rückversicherern verrechnet, die für die einzelnen Kalenderjahre bzw Zeichnungsjahre das Risiko getragen haben.

Depotzinsen

Wenn die Zedenten von den Rückversicherern Bardepots einbehalten, vergüten sie ihnen in der Regel für die Depots Zinsen. Der Zinssatz ist meist niedriger als der Kapitalmarktzinssatz; in der Lebensversicherung werden die Depots im Allgemeinen mit dem Rechnungszinssatz (allenfalls mit einem geringen Zuschlag) verzinst.

Depotzinsen werden den Rückversicherern vielfach auch dann vergütet, wenn am Bilanzstichtag formell keine Depots einbehalten werden, sondern zum Bilanzstichtag eine Portfeuilleverrechnung (Portfeuille-Einbehalt am 31. Dezember, Portfeuille-Übergabe am 1. Jänner) durchgeführt wird und die Portfeuillebeträge, die den Rückversicherern am 1. Jänner gutgeschrieben werden, an diese nicht überwiesen, sondern vom Zedenten ins Depot genommen werden.

Gewinnanteile

In Rückversicherungsverträgen (insbesondere in proportionalen Verträgen) kann vorgesehen sein, dass die Rückversicherer in Jahren, in denen sich für sie ein Gewinn ergibt, dem Zedenten **einen bestimmten Prozentsatz dieses Gewinnes** zu vergüten haben. In den Rückversicherungsverträgen ist das Schema, wie der Gewinn zu berechnen ist, festgelegt (es muss insbesondere geregelt werden, wie die Prämienüberträge anzusetzen sind und welcher Prozentsatz der Rückversicherungsprämien zur Deckung der Verwaltungsaufwendungen des Rückversicherers in die Berechnung einzubeziehen ist). Bei der Berechnung der Gewinnanteile sind vielfach **Verluste aus Vorjahren vorzutragen**; Gewinnanteile werden also erst vergütet, wenn die Gewinne der Rückversicherer die in den Vorjahren entstandenen Verluste übersteigen.

In manchen Rückversicherungsverträgen ist vorgesehen, dass die Gewinnanteile endgültig jeweils nur für eine **mehrjährige Periode** (zB für eine Periode von drei Jahren) abgerechnet werden.

Die Gewinnanteile werden bei den Zedenten mitunter erst **im Folgejahr** als Ertrag gebucht, da die Bilanzarbeiten im Zeitpunkt der Errechnung der Gewinnanteile schon zu weit fortgeschritten sind. Sie werden in der Gewinn- und Verlustrechnung der Zedenten mit den Rückversicherungsprovisionen zusammengefasst.

Portefeuilleprämien

Die Versicherungsprämien sind von den Versicherungsnehmern im Allgemeinen jeweils **für eine Versicherungsperiode** (häufig für ein Jahr) **im Voraus** zu entrichten. Da die Versicherungsperiode in der Regel nicht mit dem Kalenderjahr (Bilanzjahr der Versicherungsunternehmen) übereinstimmt, müssen die Versicherungsunternehmen am Bilanzstichtag jenen Teil der Prämien, der auf das nächste Jahr entfällt, durch Bildung von Prämienüberträgen passiv abgrenzen.

Rückversicherungsverträge werden in der Regel mit **Beginn eines Kalenderjahres abgeschlossen** und **mit Ende eines Kalenderjahres aufgelöst**. Da der Erstversicherer den Rückversicherern deren Anteile an den Prämien meist im selben Zeitpunkt und für denselben Zeitraum gutschreibt, in dem und für den er die Prämien mit den Versicherungsnehmern verrechnet, erhalten die Rückversicherer **bei Neuabschluss von Rückversicherungsverträgen** die ersten laufenden Rückversicherungsprämien jeweils erst mit Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn des Rückversicherungsvertrages folgt. In der Regel treten die Rückversicherer aber nicht erst mit Beginn des auf den Beginn des Rückversicherungsvertrages folgenden Versicherungsjahres, sondern bereits **mit Wirkung vom 1. Jänner** in sämtliche Risiken, die bei ihnen in Rückdeckung gegeben werden, ein. Der Erstversicherer (Zedent) muss daher den Rückversicherern für jedes einzelne Risiko Prämien **für die Zeit vom 1. Jänner bis zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode** vergüten; diese Prämien werden als **Portefeuilleprämien** bezeichnet (sogenannte Portefeuilleprämien-Übergabe am Beginn eines Rückversicherungsvertrages). Die Portefeuilleprämien gehen beim

Zedenten in die Berechnung der abgegrenzten Rückversicherungsprämien und beim Rückversicherer in die Berechnung der abgegrenzten Prämien im indirekten Geschäft ein.

Bei **Auflösung eines Rückversicherungsvertrages** ergibt sich dasselbe Problem mit umgekehrtem Vorzeichen. Den Rückversicherern werden in laufender Rechnung Rückversicherungsprämien gutgeschrieben, die vielfach über den 31. Dezember hinausreichen. Wenn die Rückversicherer bei Auflösung von Rückversicherungsverträgen mit 31. Dezember aus ihrer Haftung entlassen werden, müssen sie jenen Teil der Prämien, den sie für die Zeit danach erhalten haben, an den Zedenten zurückgeben (sogenannte **Portfeuilleprämien-Rückgabe oder Portfeuilleprämien-Rückzug** bei Beendigung eines Rückversicherungsvertrages). Die zurückgenommenen Portfeuilleprämien werden beim Zedenten gleichfalls bei der Berechnung der abgegrenzten Rückversicherungsprämien und beim Rückversicherer bei der Berechnung der abgegrenzten Prämien im indirekten Geschäft berücksichtigt.

In den Rückversicherungsverträgen muss geregelt werden, wie die Portfeuilleprämien bei Vertragsabschluss und bei Vertragsauflösung ermittelt werden. Es gibt (ähnlich wie bei der Berechnung der Prämienüberträge) in der Praxis drei Methoden für die Berechnung der Portfeuilleprämien:

a) Pauschalmethode

Die Portfeuilleprämien werden mit einem bestimmten Prozentsatz der Rückversicherungsprämien des letzten Jahres berechnet (vielfach mit 40 % oder mit 35 %).

b) 1/8- oder 1/24-Methode

Ebenso wie bei Berechnung der Prämienüberträge nach der 1/24-Methode werden die Rückversicherungsprämien des letzten Jahres nach Fälligkeitszeitpunkten gegliedert. Von den in den einzelnen Quartalen bzw Monaten fälligen Rückversicherungsprämien werden nach dem Fälligkeitszeitpunkt gestaffelte Bruchteile (erstes Quartal 1/8, viertes Quartal 7/8; Jänner 1/24, Dezember 23/24) der Rückversicherungsprämien errechnet; von den auf diese Weise berechneten Beträgen wird in der Regel noch ein prozentueller Abzug in Höhe der durchschnittlichen Rückversicherungsprovision vorgenommen.

c) Pro-rata-Methode

Für jeden einzelnen Versicherungsvertrag wird der auf die Zeit zwischen 1. Jänner und Beginn der nächsten Versicherungsperiode entfallende Teil der Rückversicherungsprämien genau berechnet. Auch bei dieser Berechnung ist ein prozentueller Abzug in Höhe der durchschnittlichen Rückversicherungsprovision üblich.

Es gibt auch Rückversicherungsverträge, die vorsehen, dass **bei Auflösung der Verträge** die Risiken bis zum Ende der Versicherungsperiode bzw bis zum Erlöschen des Risikos **weiter rückversichert** bleiben; in diesen Fällen erfolgt bei Auflösung der Rückversicherungsverträge **kein Portfeuille Rückzug**. Derartige Vereinbarungen kommen insbesondere in bestimmten Sparten (Kreditversicherung, Transportversicherung; in diesen Sparten bestehen Rahmenverträge mit den Versicherungsnehmern, aufgrund derer Einzelrisiken angemeldet werden, die bis zum natürlichen Ablauf versichert bleiben) und in Verträgen über fakultative Rückversicherungen vor. Wenn Rückversicherungsverträge ohne Portfeuille Rückzug aus-

laufen, müssen die **Schäden** für die Verrechnung mit den Rückversicherern **nicht nach Schadenjahren** (Tage des Schadenanfalles), sondern **nach Zeichnungsjahren** (Tag des Versicherungsabschlusses bzw des Beginns der Versicherungsperiode) getrennt erfasst und verrechnet werden.

Eine Portefeuilleprämienverrechnung ist nicht nur beim Abschluss und bei der Auflösung von Rückversicherungsverträgen erforderlich, sondern auch dann, wenn sich der **Anteil eines Rückversicherers an den rückversicherten Risiken ändert**. Es kann sich dabei um Änderungen des Rückversicherungsumfangs handeln (zB Erhöhungen oder Verminderungen von Rückversicherungsquoten bei Quotenverträgen), es kann sich aber auch nur um Verschiebungen von Anteilen eines Rückversicherers handeln (ein Anteil an einem Rückversicherungsvertrag, an dem mehrere Rückversicherer beteiligt sind, wird von einem Rückversicherer an einen anderen Rückversicherer übertragen). Im ersten Falle wird die Portefeuilleänderung auch beim Zedenten wirksam, im zweiten Fall stellt die Portefeuilleänderung beim Zedenten meist nur einen Durchlaufposten dar (der Portefeuillrücknahme von einem Rückversicherer steht eine gleich hohe Portefeuilleübergabe an einen anderen Rückversicherer gegenüber); beim Zedenten können dabei allerdings unter Umständen Spitzenbeträge verbleiben, wenn die Portefeuillrücknahme und die Portefeuilleübergabe nicht nach denselben Grundsätzen abgerechnet wird.

Portefeuilleschäden

Neben Prämienportefeuillebewegungen können bei einer **Veränderung von Rückversicherungsverträgen** auch **Schadenportefeuillebewegungen** (in der Regel nur Portefeuille-Rücknahmen oder -Rückzüge, in Österreich nur in Ausnahmefällen Portefeuille-Übergaben) vorkommen. Unter einer Schadenportefeuillebewegung versteht man den rechnungsmäßigen Übertrag der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle von einem Versicherungsunternehmen an ein anderes Versicherungsunternehmen.

Es ist in Österreich **nicht üblich**, dass **beim Abschluss von Rückversicherungsverträgen** Schadenportefeuilleüberträge vorgenommen werden; die vor dem Abschluss von Rückversicherungsverträgen entstandenen Schäden werden vielmehr vom Zedenten allein abgewickelt bzw mit den Rückversicherern, die vorher seine Vertragspartner waren, verrechnet. Bei der **Auflösung von Rückversicherungsverträgen** kann aber vereinbart werden, dass die austretenden Rückversicherer dem Zedenten für die noch nicht abgewickelten Schäden jene Beträge vergüten, die voraussichtlich ihren Anteilen an den noch nicht abgewickelten Schadenfällen entsprechen; derartige Zahlungen werden als **Schadenportefeuille-Rückzüge** bezeichnet. Schadenportefeuille-Rückzüge dienen in erster Linie der Vereinfachung der Rückversicherungsverrechnung, da die späteren Zahlungen für diese Schäden nicht mehr mit den Rückversicherern verrechnet werden müssen. Schadenportefeuille-Rückzüge werden häufig nicht sofort bei Auflösung von Rückversicherungsverträgen, sondern erst **mehrere Jahre später** vorgenommen, wenn ein größerer Teil der Schäden bereits abgewickelt ist und die Höhe der noch nicht erledigten Schäden bereits ziemlich genau abgeschätzt werden kann. Auch bei Vornahme eines Schadenportefeuille-Rückzugs kann mit dem ausscheidenden Rückversicherer vereinbart werden, dass von ihm

später neu hervorkommende Schäden (insbesondere im Haftpflichtbereich) ersetzt werden müssen.

In anderen Staaten kommt es vor, dass unerledigte Schäden von einem Erstversicherer an einen Rückversicherer abgetreten werden (sogenannte **retroaktive Rückversicherer**). Der Rückversicherer enthält dafür, dass er die unerledigten Schadenfälle für eigene Rechnung abwickelt vom Zedenten ein Entgelt in Höhe der voraussichtlichen (meist abgezinsten) Schadenbeträge. In diesem Fall stellt sich die Frage, ob der Zedent den Abzinsungsbetrag bereits im Zeitpunkt der Übertragung der unerledigten Schäden voll als Ertrag vereinnahmen darf.

Wie im nächsten Abschnitt noch näher ausgeführt wird, sind in großen Rückversicherungsverträgen häufig neben der echten Verrechnung von Portefeuilleprämien und Portefuilleschäden am Beginn und am Ende der Rückversicherungsverträge auch bei aufrechter Bestand der Verträge **formelle Portefeuilleverrechnungen (rechnungsmäßige Portefeuillerückzüge und -übergaben)** am Schluss und am Anfang der einzelnen Kalenderjahre vorgesehen.

Depoteinhalte und Depotfreigabe

Den Rückversicherern werden die auf sie entfallenden Anteile an den Prämien am Beginn der Versicherungsperiode gutgeschrieben; die auf sie entfallenden Anteile an den Versicherungsleistungen werden ihnen dagegen erst im Zeitpunkt der Bezahlung der Schäden angelastet. Für die Rückversicherer ergibt sich daher bei steigendem Geschäftsumfang auch bei ausgeglichenem Ergebnis (weder Gewinn noch Verlust) **in der Abrechnung für ein Kalenderjahr meist ein Guthaben** in Höhe des Anteils der Rückversicherer an der **Erhöhung der versicherungstechnischen Rückstellungen**.

Die Rückversicherer wären daran interessiert, diese Guthaben überwiesen zu erhalten, damit sie diese Beträge **bei sich veranlagen** und die daraus fließenden **Kapitalerträge vereinnahmen** können. Die Zedenten sind dagegen daran interessiert, die versicherungstechnischen Rückstellungen zur Gänze bei sich zu veranlagen und damit auch das **Risiko aus der Rückversicherungsabgabe** einzuschränken. Dieses Risiko besteht in erster Linie darin, dass ein Rückversicherer zahlungsunfähig wird (gegenüber dem Versicherungsnehmer oder dem Vorversicherer trägt, wie bereits erwähnt, der Zedent die volle Haftung); Schwierigkeiten können sich für den Vorversicherer auch dann ergeben, wenn Überweisungen eines ausländischen Rückversicherers aus Gründen der Devisenbewirtschaftung unmöglich werden.

Wenn erreicht werden soll, dass zumindest ein Teil der auf die Rückversicherer entfallenden technischen Rückstellungen vom Zedenten einbehalten wird, muss in den Rückversicherungsverträgen vorgesehen werden, dass den Rückversicherern **in laufender Rechnung sogenannte Depots angelastet** werden. Es handelt sich dabei um eine **erfolgsunwirksame Umbuchung** von einem laufenden Konto des Rückversicherers auf ein Sonderkonto, dessen Saldo nicht fällig ist und das in der Regel verzinst wird.

Die Depots werden entweder **bei jeder Abrechnung** (Viertel- oder Halbjahr) oder **einmal jährlich berichtet**; dies geschieht verrechnungstechnisch in der Weise, dass den Rückversicherern in laufender Rechnung das alte Depot (bei viertel- oder halbjährlicher Berichtigung vielfach auch nur ein Teil des alten Depots) gutgeschrieben wird (sogenannte Depotfreigabe) und dass ihnen das neue Depot angelastet wird (sogenannter Depoteinbehalt).

Man unterscheidet zwischen **Prämienreservedepots** (Anteil der Rückversicherer an den Prämienüberträgen) und **Schadenreservedepots** (Anteil der Rückversicherer an der Schadenrückstellung).

In der **Schaden- und Unfallversicherung** werden bei **aufrechten Rückversicherungsverträgen** vielfach **Prämienreservedepots** (sie sollten besser als Prämienübertragsdepots bezeichnet werden) einbehalten. Diese Depots sollten theoretisch den Anteilen der Rückversicherer an den Prämienüberträgen entsprechen. Sie stimmen aber betragsmäßig häufig nicht mit dem richtig ermittelten Anteil der Rückversicherer an den Prämienüberträgen überein, sondern werden zur Vereinfachung der Abrechnung mit pauschalen Prozentsätzen der Rückversicherungsprämien der letzten zwölf Monate bemessen.

Die **Schadenreservedepots** sollten theoretisch den Anteilen der Rückversicherer an der Rückstellung für noch nicht erledigte Schäden (an der Schadenrückstellung) entsprechen. **Während des aufrechten Bestands** von Rückversicherungsverträgen wird auf den Einbehalt von Schadenreservedepots häufig verzichtet; dies bedeutet, dass der Zedent jene Beträge, die den Anteilen der Rückversicherer an der Schadenrückstellung entsprechen, an die Rückversicherer überweist und dass die Rückversicherer diese Beträge nach eigenem Ermessen veranlagen können. Für einen Zedenten, der keine Schadenreservedepots einbehält, ergibt sich die **Gefahr**, dass seine Forderungen an die Rückversicherer im Zeitpunkt der Zahlung der Versicherungsleistungen **nicht einbringlich** sind. Bei **Auflösung von Rückversicherungsverträgen** kommt es häufig vor, dass der Zedent zugleich mit der Rücknahme des Prämienportefeuilles von den Rückversicherern ein Schadenreservedepot einbehält oder (wenn in laufender Rechnung kein ausreichendes Guthaben vorhanden ist) einfordert. Dieses Schadenreservedepot dient bei Auflösung von Rückversicherungsverträgen in erster Linie der **Sicherstellung des Zedenten**, da mit den Rückversicherern nach Beendigung der Verträge in der Regel keine Prämienverrechnung mehr stattfindet, die Rückversicherer also nur noch einseitig Leistungen an den Zedenten zu erbringen haben. Die Sicherstellung des Zedenten kann auch durch eine Bankgarantie oder durch Verpfändung eines Wertpapierdepots des Rückversicherers zugunsten des Zedenten erfolgen.

In der **Lebensversicherung** stimmen die von den Rückversicherern einbehaltenen Prämienreservedepots in der Regel mit dem Anteil der Rückversicherer an der Deckungsrückstellung und an den Prämienüberträgen überein. Ein Einbehalt von Schadenreservedepots kommt in der Lebensversicherung nur dann in Betracht, wenn den Rückversicherern ihre Anteile an den Versicherungsleistungen nicht schon im Zeitpunkt der Fälligkeit, sondern erst im Zeitpunkt der Zahlung (Gutschrift) angelastet werden.

Eine andere Möglichkeit, den Anteil der Rückversicherer an den technischen Rückstellungen beim Zedenten einzubehalten, besteht in der sogenannten **Portefeuilleverrechnung**, die

ursprünglich nur bei Beginn und bei Beendigung von Rückversicherungsverträgen vorgenommen wurde.

Im Gegensatz zur Depotverrechnung kann die **Portfeuilleverrechnung Erfolgsauswirkungen beim Zedenten** und beim **Rückversicherer** haben, da davon die Höhe der in der Bilanz des Zedenten und des Rückversicherers auszuweisenden technischen Rückstellungen und die Höhe der in der technischen Erfolgsrechnung des Zedenten auszuweisenden abgegrenzten Rückversicherungsprämien und Anteile der Rückversicherer an den Aufwendungen für Versicherungsfälle bzw der in der Erfolgsrechnung des Rückversicherers auszuweisenden abgegrenzten Prämien und Aufwendungen für Versicherungsfälle für das indirekte Geschäft beeinflusst wird.

Seit einer Reihe von Jahren kommt es häufig vor, dass **auch bei aufrechten Rückversicherungsverträgen** jeweils am 31. Dezember sowohl das Prämien- als auch das Schadenportefeuille vom Zedenten **formell zurückgenommen** wird (die Rückversicherer mit Portfeuilleprämien und Portfeuille Schäden in laufender Rechnung belastet werden), und dass den Rückversicherern dasselbe Portfeuille am 1. Jänner **wieder übergeben** wird (den Rückversicherern in laufender Rechnung Portfeuilleprämien und Portfeuille Schäden gutgeschrieben werden) (sogenanntes **Clean-cut-System**); die übergebenen Beträge können anschließend vom Zedenten ganz oder teilweise ins Depot genommen werden. Auf den **Betrag des auszugleichenden Verrechnungssaldos** zwischen dem Zedenten und den Rückversicherern wirkt sich diese Verrechnungsmethode in gleicher Weise aus, wie wenn der Zedent am Bilanzstichtag Prämien- und Schadenreservedepots in Höhe der Anteile der Rückversicherer an den Prämienüberträgen und an den Schadenrückstellungen einbehielte. Für die **Bilanzierung** ergibt sich jedoch insofern ein Unterschied, als der **Zedent** bei rechnungsmäßiger Rücknahme des Prämien- und Schadenportefeuilles in seiner Bilanz keine Depotverbindlichkeiten, sondern höhere Prämienüberträge und höhere Schadenrückstellungen ausweist. In den Bilanzen der **Rückversicherer** stellt sich die Frage, ob auf der Aktivseite die Depotforderungen an den Zedenten und auf der Passivseite die Prämienüberträge und die Schadenrückstellungen für das übernommene (indirekte) Geschäft entfallen können; es wird vielfach verlangt, dass die Rückversicherer bei weiterhin aufrechten Verträgen trotz dieser rechnungsmäßigen Portfeuille-Rückzüge die technischen Rückstellungen für das übernommene Geschäft – und demnach auch gleich hohe Forderungen an die Zedenten – in ihre Bilanzen aufnehmen.

Gewinn- und Verlustrechnungen

Der Saldo, der sich aus der laufenden Verrechnung mit den Rückversicherern ergibt, spiegelt nur dann den **Erfolg aus der Rückversicherungsabgabe** (beim Zedenten) bzw den Erfolg des Rückversicherers wider, wenn der Zedent am Bilanzstichtag Portfeuilleprämien und Portfeuille Schäden verrechnet oder Prämienreservedepots und Schadenreservedepots einbehält, die betragsmäßig genau dem Anteil der Rückversicherer an den technischen Rückstellungen entsprechen. Dies ist in der Schaden- und Unfallversicherung selten der Fall; vielfach gibt daher in der Schaden- und Unfallversicherung der **Saldo, der sich aus der Rückversicherungsabrechnung ergibt** (der sogenannte technische Saldo), **keinen Aufschluss** über

den Gewinn oder Verlust aus der Rückversicherungsabgabe bzw. -übernahme. Neben der Abrechnung mit den Rückversicherern muss in diesen Fällen eine **gesonderte Gewinn- und Verlustrechnung** erstellt werden, in der die Depoteinbehalte und die Depotfreigaben bzw. die Portefeuilleprämien und Portefeuilleschäden durch die Anteile der Rückversicherer an den technischen Rückstellungen (Deckungsrückstellung, Prämienüberträge, Schadenrückstellung) am Anfang und am Ende des Rechnungsjahres ersetzt werden. Diese Gewinn- und Verlustrechnungen, die statistisch erstellt werden, bilden meist die **Grundlage für die Berechnung eines allfälligen Gewinnanteils** des Zedenten und einer allfälligen **Staffelprovision**. Das echte Ergebnis aus den Rückversicherungsabgaben geht aus den Gewinn- und Verlustrechnungen nur dann hervor, wenn der Zedent für die gesamten Anteile der Rückversicherer an den versicherungstechnischen Rückstellungen Depots einbehält und die Rückversicherer daher neben den Depotzinsen, die ihnen der Zedent vergütet, keine Erträge aus Kapitalanlagen erzielen.

f) Die Bilanzierung des übernommenen (indirekten) Geschäfts

Die Abrechnungen für übernommene Rückversicherungen langen beim Rückversicherer häufig erst in einem Zeitpunkt ein, in dem dessen Bilanz bereits fertiggestellt ist. Um die Bilanzierungsarbeiten nicht zu verzögern, kommt es in der Versicherungswirtschaft vielfach vor, dass die **Abrechnungen über das indirekte (übernommene) Geschäft** jeweils um **ein Jahr zeitversetzt** in die Erfolgsrechnung aufgenommen werden. Diese Vorgangsweise ist nach den Rechnungslegungsvorschriften grundsätzlich zulässig, doch wird gefordert, dass **jede einlangende Abrechnung** eines Zedenten vom Rückversicherer **sofort gebucht** wird; die **erfolgswirksamen Posten** dieser Abrechnungen (Prämien, Zahlungen für Versicherungsfälle und Provisionen) werden, wenn die Ergebnisse des indirekten Geschäfts um ein Jahr zeitversetzt bilanziert werden, zunächst nicht in die Erfolgsrechnung übernommen, sondern auf einem **Abgrenzungskonto gesammelt**, das in der Bilanz als Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesen wird.

Die zeitversetzte Bilanzierung des indirekten Geschäfts ist vor allem deswegen üblich, weil eine **Rückversicherungsabrechnung** über ein Halbjahr oder ein Vierteljahr, ja selbst die Abrechnung über ein ganzes Jahr **noch keine Aussage über das Ergebnis** erlaubt, solange die auf den Stichtag der letzten Abrechnung entfallenden **versicherungstechnischen Rückstellungen** nicht bekannt sind. Diese versicherungstechnischen Rückstellungen werden vom Zedenten in der Regel lediglich zum Schluss des Kalenderjahres ermittelt und den Rückversicherern daher auch lediglich zum Schluss des Kalenderjahres bekanntgegeben. Erst bis dem Rückversicherer die Höhe des auf ihn entfallenden **Anteils an der Schadenrückstellung** und eventuell auch **an den Prämienüberträgen** bekannt ist, kann er das **Ergebnis eines Übernahmevertrags** beurteilen. Die Bekanntgabe der technischen Rückstellungen am Ende eines Abrechnungszeitraumes langt bei den Rückversicherern mitunter noch später ein als die Abrechnung, aus der sich der technische Saldo für den letzten Abrechnungszeitraum des Kalenderjahres ergibt.

Falls aufgrund von Meldungen des Zedenten über größere Schäden (in den Rückversicherungsverträgen ist vielfach vorgesehen, dass den Rückversicherern größere Schäden

schon vor deren Bezahlung gemeldet werden müssen) aus einem Rückversicherungsvertrag ein **größerer Verlust zu erwarten** ist, dann muss der Rückversicherer selbstverständlich, wenn er die Abrechnungen des Zedenten über das betreffende Kalenderjahr bei sich erst ein Jahr später erfolgswirksam erfasst, in seine Bilanz eine entsprechende **Rückstellung für diesen Verlust** aufnehmen. Die Bildung einer Rückstellung ist auch dann erforderlich, wenn der Verlauf des indirekten Geschäfts in der letzten Zeit erwarten lässt, dass die Übernahmen für das Bilanzjahr einen technischen Verlust ergeben werden. Die Bestimmung der **Höhe einer solchen Rückstellung** ist allerdings schwierig.

Bei **Abgaben aus dem indirekten Geschäft** (Retrozessionen) ist darauf zu achten, dass die Verrechnung der Retrozessionen **im gleichen Zeitpunkt** vorgenommen wird wie die Verrechnung der Übernahmen, aus denen die Retrozessionen abgegeben werden.

Auch bei **Poolabrechnungen** werden die Pool-Übernahmen oft mit einjähriger Verzögerung bilanziert; die Abrechnungen über die **Einbringung in den Pool** müssen jedoch unbedingt – ebenso wie die Abrechnungen über die Abgaben aus dem direkten Geschäft – mit der Verrechnung mit den Versicherungsnehmern zeitlich synchronisiert werden.

Rückversicherungsabrechnungen zwischen **Mutter- und Tochterunternehmen**, deren Jahresabschlüsse in einen **Konzernabschluss** einbezogen werden, dürfen beim Rückversicherer **nicht zeitversetzt** erfasst werden.

Abrechnungen über **übernommene Rückversicherungen** (indirektes Geschäft) sind häufig (vor allem, wenn sie von ausländischen Versicherungsunternehmen stammen) **in ausländischen Währungen** erstellt und werden von den Rückversicherern in der Regel in Originalwährung gebucht. Die versicherungstechnischen Rückstellungen am Ende des Vorjahres werden im Jahresabschluss für das nächste Jahr mit dem Kurs am Ende des (nächsten) Bilanzjahres neu in Euro umgerechnet; der Unterschied zu dem in der Vorjahresbilanz ausgewiesenen Eurobetrag wird als valutarischer Kursgewinn oder Kursverlust in der nicht versicherungstechnischen Rechnung (als sonstige nicht versicherungstechnische Erträge und Aufwendungen) ausgewiesen. Durch diese Vorgangsweise soll erreicht werden, dass das technische Ergebnis des indirekten Geschäfts nicht durch Devisenkursänderungen verzerrt wird. Wenn die Deckungswerte für die versicherungstechnischen Rückstellungen in ausländischen Währungen auf dieselbe Währung lauten wie die Rückstellung, stehen den Kursdifferenzen aus der Umrechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen Kursdifferenzen mit umgekehrtem Vorzeichen aus der Kapitalveranlagung gegenüber.

Die Abrechnungen mit ein und demselben Versicherungsunternehmen über **übernommene und abgegebene Rückversicherungen** und die Abrechnungen in verschiedenen Währungen werden im Allgemeinen **auf gesonderten Konten** gebucht. Für die Bilanzierung können die fälligen Salden aller dieser Konten zusammengefasst werden; in der Regel erfolgt jedoch keine Aufrechnung der laufenden Forderungen und Verbindlichkeiten an dasselbe Versicherungsunternehmen, sondern diese werden in den Bilanzen **getrennt** (also sowohl als Forderungen als auch als Verbindlichkeiten) **ausgewiesen**. Eine Aufrechnung oder eine Zusammenfassung von auszugleichenden Abrechnungsforderungen und -verbindlichkeiten mit **Depotforderungen und Depotverbindlichkeiten** ist **nicht zulässig**.

Forderungen und Verbindlichkeiten aus der Mitversicherungsverrechnung und aus der **Rückversicherungsverrechnung** mit demselben Versicherungsunternehmen dürfen nach den Rechnungslegungsvorschriften in der Bilanz nicht zusammengefasst oder gegeneinander aufgerechnet werden.

XI. Das Rechnungswesen der Versicherungsunternehmen

1. Vorbemerkung

Das Rechnungswesen der Versicherungsunternehmen besteht ebenso wie bei anderen Unternehmen aus der Buchführung, der Kostenrechnung, der Statistik und der Planungsrechnung (Budgetierung).

2. Die Buchführung

Die Führung ordnungsmäßiger Bücher ist für Versicherungsunternehmen sowohl nach **Unternehmensrecht** (UGB) als auch nach **Steuerrecht** (Bundesabgabenordnung) **gesetzlich vorgeschrieben**. Für die übrigen Bereiche des Rechnungswesens bestehen keine gesetzlichen Vorschriften.

Die Buchführung hat folgende **Aufgaben**

- Zeitnahe und vollständige Erfassung aller buchungspflichtigen Geschäftsfälle (**Dokumentationsfunktion**)
- Lieferung von Unterlagen für die **Erstellung der Jahresabschlüsse**
- Lieferung von Unterlagen für die **anderen Bereiche des Rechnungswesens**
- Lieferung von Unterlagen für **unternehmerische Entscheidungen**

Die Buchführung ist ein wichtiger Bestandteil des **internen Kontrollsystems** eines Unternehmens.

Die Buchführung der Versicherungsunternehmen unterscheidet sich nicht grundlegend von der Buchführung der Unternehmen in anderen Wirtschaftszweigen. Es gibt allerdings eine Reihe von Bereichen, in denen in der **Hauptbuchhaltung** wegen der großen Anzahl der gleichartigen Geschäftsfälle nur **Sammelbuchungen** vorgenommen werden (zB Prämien und Schäden, aber auch Kapitalanlagen, Betriebsaufwendungen, Verrechnung mit Rückversicherern und Mitversicherern) und die Einzelerfassung der Geschäftsfälle in Nebenbuchhaltungen erfolgt.

Wegen der großen Mengen gleichartiger Belege, die verarbeitet werden müssen, ist der **Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen** im Rechnungswesen der Versicherungsunternehmen mittlerweile üblich. Die Datenverarbeitungsanlagen werden nicht nur zur Führung der Bücher (sowohl Hauptbuchhaltung als auch Nebenbuchhaltungen), sondern auch zur Vorschreibung der Prämien (automatische Fakturierung) und im Zusammenhang damit zur Debitorenbuchhaltung (Evidenz der Vorschreibung und Einzahlung der Prämien, größtenteils mit Hilfe von maschinell lesbaren Überweisungsträgern) sowie zur Verrechnung der Provisionen mit den Vertretern verwendet; die mit Hilfe der Datenverarbeitung erstellten Unterlagen dienen dabei als Buchungsbelege (Verzeichnisse der Prämien und Provisionen).

Viele in der Finanzbuchhaltung gebuchte Zahlungen (Zahlungen für Versicherungsfälle und Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb) werden in der Datenverarbeitung nach statistischen Grundsätzen aufgegliedert.

Die **Evidenz der Außenstände** bei den Versicherungsnehmern erfolgte in der Versicherungswirtschaft früher in der Regel nach einem kontolosen Verfahren (sogenannte Offene-Posten-Evidenz). Die Führung der Inkassoverrechnung mit Hilfe der Datenverarbeitungsanlagen bietet wieder die Möglichkeit, die Prämienvorschreibungen und die Zahlungen für die einzelnen Versicherungsverträge kontomäßig darzustellen.

Bei größeren Versicherungsunternehmen besitzen die **Filialen** meist selbständige Buchhaltungen (Filialbuchhaltungen), die durch Verrechnungskonten mit der Zentralbuchhaltung verbunden sind; vielfach werden die Filialbuchhaltungen durch die Mitarbeiter der Zentralbuchhaltung geführt (Daten-Fernverarbeitung). Bei der Erstellung der Rechnungsabschlüsse müssen die Zahlen aller Filialbuchhaltungen in den Gesamtabchluss des Versicherungsunternehmens einbezogen werden; im Jahresabschluss eines Versicherungsunternehmens gibt es keine Forderung der Zentrale an die Filialen, sondern es werden in den Jahresabschluss anstelle des in der Hauptbuchhaltung geführten Verrechnungskontos die Bankguthaben, die Forderungen an Versicherungsnehmer, die Verbindlichkeiten an Vertreter und alle anderen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten, die bei den einzelnen Filialen verwaltet werden, aufgenommen.

Das indirekte Auslandsgeschäft und ein Teil des direkten Transportversicherungsgeschäfts werden in verschiedenen **ausländischen Währungen** abgerechnet. Es ist üblich, dass die Beträge in ausländischen Währungen während des Jahres in Originalwährung auf besonderen Währungskonten gebucht werden und dass die Salden dieser Konten nur am Jahresanfang und am Jahresende über Valuten-Umrechnungskonten in Euro umgerechnet werden; während des Jahres wird lediglich der Ankauf bzw der Verkauf von Devisen über die Valuten-Umrechnungskonten verrechnet. Am Jahresende verbleiben auf den Valuten-Umrechnungskonten valutarische Kursgewinne bzw -verluste als Saldo. Die Umrechnung der Erträge und Aufwendungen in ausländischen Währungen zum Devisenkurs am Bilanzstichtag steht allerdings nicht im Einklang mit den internationalen Rechnungslegungsgrundsätzen; diese sehen eine Umrechnung zum Kurs am jeweiligen Transaktionstag vor.

Manche Versicherungsunternehmen verrechnen auch die auf **ausländische Währungen lautenden Kapitalanlagen** (insbesondere Wertpapiere) auf Währungskonten. Bei der Umrechnung der Fremdwährungsbeträge in Euro kann es zu valutarischen Kursdifferenzen kommen; nach derzeitiger Rechtslage darf es allerdings zu keinem Wertansatz der Wertpapiere in Euro kommen, der über dem im Zeitpunkt der Anschaffung in Euro umgerechneten Anschaffungswert liegt.

Die **Kontenpläne** der Versicherungsunternehmen weichen wegen der besonderen Struktur der Unternehmen und wegen des besonderen Aufbaues der Rechnungsabschlüsse dieser Unternehmen erheblich von den Kontenplänen der Industrie- und Handelsunternehmen ab.

Kurzfristige Erfolgsrechnungen von Versicherungsunternehmen werden dadurch erschwert, dass die genaue Ermittlung der versicherungstechnischen Rückstellungen für vom Bilanzstichtag abweichende Stichtage mit Schwierigkeiten verbunden ist; auch die genaue

Abgrenzung der Erträge, Gewinne und Verluste aus Kapitalanlagen ist während des Jahres nicht ganz einfach. Während des Jahres liegen auch keine genauen Unterlagen über das Ergebnis der übernommenen und abgegebenen Rückversicherung vor. Anstelle geschlossener kurzfristiger Erfolgsrechnungen wird meist die Entwicklung der verrechneten Prämien, der Kapitalerträge, der Betriebsaufwendungen sowie der angemeldeten und bezahlten Schäden im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres und zu den Planwerten beobachtet.

Eine **Sparten-Erfolgsrechnung** wird dadurch erschwert, dass ein erheblicher Teil der Betriebs-, Verwaltungs- und Vertriebsaufwendungen (mit Ausnahme der Provisionen) den einzelnen Sparten nicht verursachungsgemäß zugerechnet werden kann; die den einzelnen Sparten nicht verursachungsgemäß zurechenbaren Betriebsaufwendungen betragen in der Schaden- und Unfallversicherung rd 10 % bis 15 % der gesamten Aufwendungen (einschließlich der Zahlungen für Versicherungsfälle).

Neben Sparten-Ergebnisrechnungen werden von Versicherungsunternehmen **Ergebnisrechnungen**

- nach Kundengruppen und großen Einzelkunden
- nach Produktgruppen und Risikogruppen
- nach Vertriebsbereichen

erstellt; die Ergebnisrechnungen nach Vertriebsbereichen können bis zu den einzelnen Mitarbeitern im Vertriebsbereich untergliedert werden. In die angeführten Ergebnisrechnungen sollten allgemeine Verwaltungs- und Vertriebsaufwendungen nicht einbezogen werden; die Ergebnisrechnungen enden in diesem Fall mit Deckungsbeiträgen.

Großschäden sollten aus den nach Vertriebsbereichen erstellten Ergebnisrechnungen ausgeschaltet werden.

3. Die Kostenrechnung

Man unterscheidet in der Kostenrechnung die **Kostenartenrechnung** (Aufgliederung der zeitlich abgegrenzten ordentlichen betrieblichen Aufwendungen nach Kostenarten wie zB Gehälter, Gehaltsabgaben, Raumkosten, Abschreibungen uä), die **Kostenstellenrechnung** (Aufteilung der Kosten nach Betriebsabteilungen bzw Funktionsbereichen) und die **Kosten-trägerrechnung** (Zurechnung der Kosten auf die einzelnen Betriebsleistungen).

Sowohl die Aufteilung der Kosten nach Kostenstellen als auch die Zurechnung der Kosten auf Kostenträger kann **direkt** oder **mit Hilfe von Schlüsseln** erfolgen. Die Verwendung von Schlüsseln bringt nur dann richtige Ergebnisse, wenn die Schlüssel der Kostenverursachung entsprechen.

Die **Kostenstellenrechnung** dient einerseits der Kostenkontrolle (Erfassung der Kosten am Ort der Kostenentstehung und Vergleich mit Vorgabewerten) und stellt andererseits eine Voraussetzung für die Zurechnung eines Teiles der Kosten (der sogenannten Gemeinkosten) auf die Kostenträger dar. Die Kostenkontrolle durch Vergleich der Istkosten mit den Vorgabe-

werten liefert nur insoweit sichere Ergebnisse als die Istkosten den einzelnen Kostenstellen direkt (und nicht schlüsselmäßig) zugerechnet werden.

In der **Versicherungswirtschaft** ist die Aufteilung der Kosten auf Kostenstellen (Betriebsabteilungen) verhältnismäßig einfach, die Zurechnung der Kosten auf Kostenträger (Versicherungssparten, Kundengruppen und Produktgruppen) jedoch für den Großteil der Kosten mit Ausnahme der Aufwendungen für Versicherungsfälle und der Provisionen ziemlich problematisch; geringere Probleme bereitet die Zurechnung eines größeren Teiles der Kosten auf regionale Geschäftsbereiche und Vertriebsbereiche.

Die Kostenrechnung dient in der Versicherungswirtschaft in erster Linie der **Kostenkontrolle** bei den einzelnen Kostenstellen und der Lieferung von Unterlagen für die **Aufgliederung des Betriebsergebnisses** nach verschiedenen Gesichtspunkten.

4. Die Statistik

Hauptaufgabe der Statistik ist die Ermittlung aussagefähiger **Kennzahlen** zur Information der Unternehmensleitung und als Grundlage für deren Entscheidungen. Die Kennzahlen können mit den gleichen Kennzahlen des eigenen Unternehmens für andere Perioden (**innerbetrieblicher Zeitvergleich**), mit Plan- oder Budgetwerten (**innerbetrieblicher Soll-Ist-Vergleich**) oder mit Kennzahlen anderer vergleichbarer Unternehmen bzw mit Durchschnittswerten mehrerer Unternehmen (**zwischenbetrieblicher Vergleich**) verglichen werden.

Bei Versicherungsunternehmen ist insbesondere die Bildung von Kennzahlen aus betrieblichen Daten folgender Bereiche von Interesse:

- a) Aufgliederung des **Versicherungsbestandes** nach verschiedenen Gesichtspunkten (örtlich, sachlich, Kundenkreis, Verkaufsorganisation, Vertragsdauer, Ablaufjahr) und zwar sowohl mengenmäßig (Vertragsanzahl) als auch wertmäßig (Bestandsprämien)
- b) Kennzahlen über die **Verkaufsleistung** der einzelnen Mitarbeiter und Mitarbeitergruppen
- c) Kennzahlen über die **Leistung verschiedener Betriebsabteilungen** (zB Datenverarbeitung, Inkasso)
- d) Kennzahlen über die **Schadenentwicklung** nach verschiedenen Gesichtspunkten (Versicherungsnehmer, Gebiete, Verkaufsbereiche, Produkt- und Risikogruppen)
- e) Kennzahlen über die **Ergebnisse der Kapitalanlagen**

Zu Kennzahlen können sowohl **Wert-** als auch **Mengengrößen** verarbeitet werden; auch eine Kombination von Wert- und Mengengrößen kann aussagefähige Kennzahlen ergeben.

Es können folgende Arten von Kennzahlen unterschieden werden:

- a) **Gliederungszahlen:** prozentuelle Aufgliederung einer Gesamtgröße (zB der gesamten Prämien) in Teilgrößen (Prämien in den einzelnen Sparten)

- b) **Indexzahlen:** Entwicklung bestimmter Größen im Zeitablauf
- c) **Beziehungszahlen:** Kennzahlen, die durch die Kombination verschiedener Größen zustandekommen. Bei der Ermittlung von Beziehungszahlen können zwei Wertgrößen (zB Schäden und Prämien = Schadensatz), zwei Mengengrößen (zB Anzahl der Schäden und Anzahl der Verträge = Schadenhäufigkeit) oder eine Wertgröße und eine Mengengröße (zB Prämien und Anzahl der Verträge = Durchschnittsprämie pro Vertrag) miteinander kombiniert werden.

Es kann auch zweckmäßig sein, betriebliche Daten mit geeigneten **überbetrieblichen Daten** (Wirtschaftsentwicklung, Kaufkraft uä) zu kombinieren.

Aus Kennzahlen können sowohl beim **innerbetrieblichen Zeitvergleich** als auch beim **zwischenbetrieblichen Vergleich** nur dann brauchbare Aussagen gewonnen werden,

- wenn es sich um sinnvolle Kennzahlen handelt, die aus vergleichbaren Grunddaten ermittelt werden, und
- wenn die Ursachen von Unterschieden bzw Änderungen richtig analysiert werden.

Beim **innerbetrieblichen Zeitvergleich** besteht die Gefahr, dass die Vergleichsdaten aus den Vorjahren der Ausfluss unwirtschaftlichen Arbeitens sind und dass daher Unwirtschaftlichkeit mit Unwirtschaftlichkeit verglichen wird.

Der **zwischenbetriebliche Vergleich** bringt nur dann aussagefähige Ergebnisse, wenn die Struktur der Unternehmen, deren Kennzahlen verglichen werden, vergleichbar ist.

5. Die Planungsrechnung

Eine Planungsrechnung (Budgetierung) ist bei Versicherungsunternehmen insbesondere auf dem Gebiete der **Verkaufsleistungen** und der **Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb** (vor allem der Vertriebsaufwendungen) wichtig; aus der Planung der Verkaufsleistungen leitet sich die Planung der Prämien ab.

Die Planungsrechnung hat den Sinn, dass man sich bei der Erstellung der Pläne mit der **künftigen Entwicklung des Unternehmens** und mit den Auswirkungen dieser Entwicklungen auf das Betriebsergebnis **systematisch auseinandersetzt** und dass man später die tatsächliche Entwicklung an Hand der Pläne **kontrollieren** kann. Im Hinblick auf diese Zielsetzung ist es durchaus zweckmäßig, in die Planungsrechnung auch Prognosewerte für die Schadenbelastung aufzunehmen; die laufend erfassten Abweichungen von diesen Prognosewerten erlauben einen Rückschluss auf die voraussichtlichen Änderungen der prognostizierten Ergebnisse.

Der **Vorstand einer Aktiengesellschaft** ist verpflichtet, dem **Aufsichtsrat** vor Beginn eines Geschäftsjahrs eine **Ergebnisplanung** für das Geschäftsjahr vorzulegen und vierteljährlich über die **Erfüllung der Planwerte** zu berichten.

XII. Die Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen

1. Die rechtlichen Grundlagen der Rechnungsabschlüsse

Die Versicherungsunternehmen müssen sowohl aufgrund unternehmensrechtlicher als auch aufgrund steuerrechtlicher Vorschriften einmal jährlich Rechnungsabschlüsse erstellen. Für die Erstellung dieser Rechnungsabschlüsse sind unternehmensrechtlich die Vorschriften des **UGB** und des **VAG** zu beachten. Das VAG enthält die Gliederungsvorschriften für die Bilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung, die von den Versicherungsunternehmen anzuwenden sind und Vorschriften über zusätzliche Angaben im Anhang sowie einige von den Vorschriften des UGB abweichende Ansatz- und Bewertungsvorschriften. Die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes stehen weitgehend im Einklang mit einer EU-Richtlinie über den Jahresabschluss der Versicherungsunternehmen.

Die Grundlage für die Bilanzierung eines Versicherungsunternehmens bilden die **gesetzlichen Bilanzierungsvorschriften** und ergänzend dazu die **Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung**. Man unterscheidet unternehmens- und steuerrechtliche Bilanzierungsvorschriften. Die unternehmensrechtlichen Bilanzierungsvorschriften für alle Unternehmen sind im Unternehmensgesetzbuch¹ enthalten, die steuerrechtlichen im Einkommensteuergesetz (allgemeine Gewinnermittlungsvorschriften) und im Körperschaftsteuergesetz (Sondervorschriften bezüglich der Behandlung der versicherungstechnischen Rückstellungen und der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattungen). Die Bewertungsvorschriften des Unternehmens- und Steuerrechts weisen zunehmend große Unterschiede auf, es besteht die Tendenz eines Auseinanderdriftens dieser Vorschriften (Aufweichung des **Grundsatzes der Maßgeblichkeit** der Unternehmensbilanz für die Steuerbilanz). Unterschiede zwischen Wertansätzen in der Unternehmensbilanz und in der Steuerbilanz ergeben sich insoweit, als die Steuergesetze von den unternehmensrechtlichen Vorschriften abweichende Bewertungen zwingend vorschreiben (dies gilt beispielsweise für die Vorschriften über die Berechnung der Rückstellungen für Pensions-, Abfertigungs- und Jubiläumsgeldverpflichtungen, über die Zulässigkeit von pauschalen Wertberichtigungen und Rückstellungen, über die Verteilung von außerplanmäßigen Abschreibungen von Beteiligungen auf mehrere Jahre in der Steuerbilanz und insbesondere für die eingeschränkte Abzugsfähigkeit verschiedener versicherungstechnischer Rückstellungen) oder unternehmensrechtliche Bilanzierungswahlrechte im Steuerrecht keine Entsprechung haben.

In den **Konzernabschlüssen** dürfen Versicherungsunternehmen statt der österreichischen unternehmensrechtlichen Bilanzierungsvorschriften auch **international anerkannte Rechnungslegungsgrundsätze** anwenden (IAS bzw IFRS); für börsennotierte Unternehmen zwingend seit 2005.

¹ Für Versicherungsunternehmen werden die Vorschriften des UGB durch die Vorschriften des VAG ergänzt und teilweise ersetzt.

2. Die Grundsätze ordnungsmäßiger Bilanzierung

Die wichtigsten Grundsätze ordnungsmäßiger Bilanzierung sind seit dem Jahr 1990 im UGB verankert.

Der Jahresabschluss muss ein **möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage** des Unternehmens liefern. International bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, ob der Grundsatz des sogenannten "**True and fair view**" den konkreten gesetzlichen Vorschriften vorgeht oder ob für den Fall, dass ein den gesetzlichen Vorschriften entsprechender Jahresabschluss dieses möglichst getreue Bild nicht vermittelt, im Anhang entsprechende Erläuterungen zu machen sind (österreichische Regelung).

In Österreich wird derzeit unter **Bilanzwahrheit** verstanden, dass der Jahresabschluss mit den gesetzlichen Vorschriften materiell im Einklang steht; Verstöße dagegen wären **Bilanzfälschungen**. Wenn der Jahresabschluss kein möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermittelt, sind im Anhang, der einen Bestandteil des Jahresabschlusses bildet, die erforderlichen Erläuterungen zu geben. Dies gilt allerdings nicht für Verzerrungen der Vermögenslage, die auf zwingende unternehmensrechtliche Bewertungsvorschriften (imparitätisches Realisationsprinzip) zurückzuführen sind.

Der Grundsatz der **Bilanzklarheit** besagt, dass ein Rechnungsabschluss so aufzustellen ist, dass die Bezeichnung der einzelnen Positionen der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung den zugrunde liegenden Sachverhalt richtig zum Ausdruck bringt. Verstöße gegen den Grundsatz der Bilanzklarheit sind **Bilanzverschleierungen**.

Der Grundsatz der **Vorsicht** besagt, dass nur die am Abschluss-Stichtag verwirklichten Gewinne auszuweisen sind und dass erkennbare Risiken und drohende Verluste, die in dem Geschäftsjahr oder einem früheren Geschäftsjahr entstanden sind, zu berücksichtigen sind, auch wenn diese Umstände erst zwischen dem Abschluss-Stichtag und dem Tag der Erstellung des Jahresabschlusses bekannt geworden sind. Der Grundsatz der Vorsicht findet im sogenannten **imparitätischen Realisationsprinzip** seinen Niederschlag. Nach diesem Prinzip sind nicht realisierte Verluste auszuweisen; nicht realisierte Gewinne dürfen dagegen nicht ausgewiesen werden. Dem imparitätischen Realisationsprinzip entspricht der für die Bewertung vieler Vermögensgegenstände maßgebende Niederstwertgrundsatz. Danach sind die Vermögensgegenstände entweder zu den Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder zum niedrigeren Tageswert, keinesfalls aber zu einem über die Anschaffungs- oder Herstellungskosten hinausgehenden höheren Tageswert zu bewerten; Wertsteigerungen am ruhenden Vermögen dürfen nicht als Vermögenszuwachs (Gewinn) ausgewiesen werden. Auf der Passivseite der Bilanz (für Rückstellungen und Schulden) tritt an die Stelle des Niederstwertgrundsatzes der sogenannte Höchstwertgrundsatz: Schulden sind entweder mit dem Zuzahlungsbetrag (das ist der Wert im Zeitpunkt ihrer Entstehung) oder mit dem höheren Rückzahlungsbetrag am Abschluss-Stichtag zu bewerten. Bei den nicht verbrieften Forderungen und Verbindlichkeiten in ausländischen Währungen ist der Niederst- (Höchst)wertgrundsatz von Versicherungsunternehmen und von Kreditinstituten nicht zu beachten. Die rechtliche Grundlage für diese Vorgangsweise bieten das Versicherungsaufsichtsgesetz und das Bankwesengesetz; diese Gesetze enthalten die Bestimmung, dass der

Grundsatz der Vorsicht unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Versicherungs- bzw Bankgeschäftes anzuwenden ist.

Der Grundsatz der **Stetigkeit** besagt, dass Bilanzierungsgrundsätze, Bewertungswahlrechte und Spielräume, die nach den Bewertungsvorschriften zulässig sind, gleichförmig angewendet werden müssen, damit die Jahresabschlüsse und insbesondere die Jahresergebnisse vergleichbar sind. Im UGB wird die Anwendung des Grundsatzes der **Bewertungsstetigkeit** verbindlich vorgeschrieben; von diesem Grundsatz darf nur abgewichen werden, wenn besondere Umstände vorliegen. Die Auswirkungen auf die Vermögens- und Ertragslage sind in einem solchen Fall im Anhang offenzulegen.

Der Grundsatz der **Fortführung des Unternehmens** besagt, dass bei der Bewertung von der Fortführung des Unternehmens auszugehen ist, solange nicht tatsächliche oder rechtliche Gründe dieser Annahme entgegenstehen.

Die Anwendung des Grundsatzes der **Einzelbewertung** ist bei Versicherungsunternehmen nicht unproblematisch, da das Wesen des Versicherungsgeschäfts im Ausgleich positiver und negativer Entwicklungen und Ereignisse nach dem Gesetz der großen Zahl besteht. Eine Einzelbewertung ist dann nicht vorzunehmen, wenn sogenannte **Bewertungseinheiten** (wirtschaftlich und/oder rechtlich miteinander verknüpfte Geschäfte) vorliegen.

Der Grundsatz der Einzelbewertung wird gemildert durch Vorschriften, die **Bewertungsvereinfachungen** zulassen; darunter wird die **Durchschnittsbewertung** und die Bewertung aufgrund bestimmter Annahmen über **Verbrauchsfolgen** verstanden. Bewertungsvereinfachungen können insbesondere auf die Bewertung von Wertpapieren angewendet werden. In verschiedenen Staaten wird bei der Bewertung von Kapitalanlagen das Verfahren der sogenannten **Portefeuillebewertung**, das zur Einzelbewertung im Gegensatz steht, als zulässig angesehen.

Das **Aufrechnungsverbot** wurde bei der Bilanzierung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der Vergangenheit durchbrochen (Aufrechnung des Anteils der Rückversicherer gegen den Bruttobetrag der Rückstellungen); seit 1992 sind die Bruttobeträge und die Anteile der Rückversicherer in einer Vorspalte zur Bilanz gesondert auszuweisen. Im Versicherungsaufsichtsgesetz sind jedoch auch derzeit bestimmte Aufrechnungen in der Bilanz und insbesondere in der Gewinn- und Verlustrechnung zwingend vorgeschrieben.

Nach den Grundsätzen des Rechnungslegungsgesetzes ist die **Bildung stiller Rücklagen** durch **willkürliche Unterbewertung** von Vermögensgegenständen oder **Überbewertung** von Verbindlichkeiten und Rückstellungen nicht zulässig. Gegen die Zulässigkeit der Bildung stiller Rücklagen wird insbesondere das Argument vorgebracht, dass stille Rücklagen ebenso still wie sie gebildet wurden, wieder aufgelöst werden können und dass dadurch eine ungünstige wirtschaftliche Entwicklung eines Unternehmens verschleiert werden kann. Überdies wird vorgebracht, dass durch die Bildung von stillen Rücklagen den Aktionären von Aktiengesellschaften Informationen über die wahre wirtschaftliche Lage des Unternehmens vorenthalten werden. Die Anwendung des Niederstwertgrundsatzes führt allerdings bei Wertsteigerungen des ruhenden Vermögens zwingend zur Entstehung stiller Rücklagen. Seit 1997 (für Kapitalanlagen mit Ausnahme der Liegenschaften) bzw 1999 (für Liegenschaften)

müssen die **Tageswerte der Kapitalanlagen** im Anhang angegeben und die stillen Rücklagen in den Kapitalanlagen damit offengelegt werden müssen.

3. Der Inhalt der Bilanzen

Auf der **Aktivseite** der Bilanz scheinen die dem Unternehmen gehörenden konkreten Vermögensgegenstände auf. Bei den Industrie- und Handelsunternehmen unterscheidet man zwei Hauptgruppen von Vermögensgegenständen: Anlagevermögen und Umlaufvermögen. Zum **Anlagevermögen** gehören alle Vermögensgegenstände, welche dazu bestimmt sind, dem Unternehmen dauernd zu dienen; Vermögensgegenstände hingegen, die dazu bestimmt sind, veräußert zu werden, gehören ebenso wie die aus dem Umsatzprozess resultierenden Forderungen und die flüssigen Mittel zum **Umlaufvermögen** (Umsatzträger und Umsatzvermittler). Daneben enthält die Aktivseite der Bilanzen noch die **aktiven Rechnungsabgrenzungsposten**.

Bei Versicherungsunternehmen ist in den veröffentlichten Bilanzen eine Gliederung des Vermögens in die beiden großen Gruppen Anlage- und Umlaufvermögen nicht vorgesehen. Dasselbe gilt auch für Kreditinstitute; bei diesen ist aber die Bewertung (insbesondere der Wertpapiere) von der Zuordnung zu einer der beiden Gruppen des Vermögens abhängig.

Die **Passivseite** der Bilanz zeigt, aus welchen Quellen das Kapital, das in den Vermögensgegenständen investiert ist, stammt. Man unterscheidet zwei große Gruppen von Kapital:

- a) das **Eigenkapital**, das vom Unternehmer, von den Gesellschaftern bzw von den Mitgliedern einer Genossenschaft stammt, das am Gewinn und Verlust beteiligt ist und das das volle Unternehmerrisiko zu tragen hat und
- b) das **Fremdkapital**, das sich aus den Verbindlichkeiten (Schulden), den Rückstellungen und im weiteren Sinn aus den passiven Rechnungsabgrenzungsposten zusammensetzt.

Rechnerisch ergibt sich das Eigenkapital als Differenz zwischen dem gesamten Vermögen und dem Fremdkapital (den Verbindlichkeiten, Rückstellungen und passiven Rechnungsabgrenzungsposten); man bezeichnet diese Differenzgröße auch als das sogenannte **Reinvermögen**. Wenn das Fremdkapital höher ist als das Vermögen eines Unternehmens liegt eine **Überschuldung** vor.

Zu unterscheiden ist das **bilanzmäßige Reinvermögen** (offen ausgewiesenes Eigenkapital = Unterschied zwischen den Buchwerten der Vermögensgegenstände und des Fremdkapitals) und das **tatsächliche (echte) Reinvermögen**, das auch die stillen Rücklagen umfasst; die Ermittlung der stillen Rücklagen ist oft schwierig (Hinweis auf die Bewertungsprobleme).

Auch bei einer Überschuldung ist zwischen der **buchmäßigen** und der **echten Überschuldung** zu unterscheiden; insolvenzrechtlich ist lediglich die echte Überschuldung von Bedeutung.

Den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit wird das Eigenkapital nicht von außen zugeführt; es wird bei diesen Unternehmen aus den Betriebsüberschüssen, die im Unternehmen verbleiben, gebildet. Seit 1986 können allerdings Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sogenanntes **Zusatz-Eigenkapital** (Partizipationskapital und Ergänzungskapital = Surrogatkapital) auf dem Kapitalmarkt aufnehmen.

4. Die Aussagefähigkeit der Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen

In der Versicherungswirtschaft bestehen sowohl technische als auch grundsätzliche Schwierigkeiten, **kurzfristige Ergebnisse** zu ermitteln, da jede Ergebnisermittlung die Berechnung der technischen Rückstellungen (insbesondere der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle und der Prämienüberträge = noch nicht verdienter Teil der vorgeschriebenen Prämien) und die Abgrenzung der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb und der Erträge, Gewinne und Verluste der Kapitalanlagen zur Voraussetzung hat. Die meisten Versicherungsunternehmen sind wohl dazu übergegangen, die Schadenrückstellungen laufend in Evidenz zu halten; das heißt, dass jeder angemeldete Schaden sofort bei der Anmeldung bewertet wird und diese Bewertung, die zunächst oft noch sehr ungenau ist, immer dann berichtigt wird, wenn neue Informationen einlangen, welche zu einer anderen Beurteilung des Schadens führen. Von den geschätzten Schadenbeträgen werden die für die Schäden geleisteten Zahlungen jeweils abgebucht; erledigte Schäden werden aus dem Rückstellungsbestand ausgeschieden. Der Unterschiedsbetrag zwischen den geschätzten Schadenbeträgen und den geleisteten Schadenzahlungen für die noch nicht erledigten Schäden ist die Schadenrückstellung (Rückstellung für die noch nicht erledigten Schadenfälle), die jederzeit aus den Speichern der Datenverarbeitungsanlage abgerufen werden kann. In einer Reihe von Sparten sind diese laufend geführten Schadenrückstellungen jedoch – ua wegen der zeitlichen Verzögerung, mit der viele Schadenmeldungen bei den Versicherungsunternehmen einlangen – insbesondere in den ersten Monaten eines Geschäftsjahrs wenig aussagefähig.

Die kurzfristige Ergebnisrechnung eines Versicherungsunternehmens bleibt auch deswegen problematisch, weil aus der Tatsache, dass zB in einem Monat kein größerer Schaden angefallen ist, noch nicht geschlossen werden kann, dass das Kalender- oder Versicherungsjahr einen besonders günstigen Verlauf nehmen wird. Dies gilt insbesondere für jene Sparten, in denen das Ergebnis durch wenige Großschäden stark beeinflusst werden kann; in geringerem Maße gilt dies für Versicherungssparten mit einer sehr hohen Anzahl von im Durchschnitt eher kleinen Schäden, wie dies zB in den Sparten Kfz-Haftpflicht- oder Kfz-Fahrzeugversicherung der Fall ist. Saisonale Schwankungen im Schadenverlauf müssen bei kurzfristigen Erfolgsschätzungen allerdings auch in solchen Sparten berücksichtigt werden (Hinweis auf die Leitungswasserschaden-Versicherung).

Auch die Börsenkurse von Wertpapieren unterliegen kurzfristigen und vielfach rational nicht erklärbaren Schwankungen.

Der Erfolgsrechnung eines Versicherungsunternehmens **für ein Kalenderjahr** kann trotz der großen formellen Transparenz der Gewinn- und Verlustrechnung das echte wirtschaftliche Ergebnis des Unternehmens aus mehreren Gründen nur bedingt entnommen werden:

- a) Die **Ermittlung der Schadenrückstellungen** am Bilanzstichtag beruht in manchen Sparten auf **Schätzungen**, die sich nachträglich bei tatsächlicher Erledigung der Schäden als mehr oder weniger unzutreffend erweisen. Der echte Schadenverlauf eines Kalenderjahres kann in manchen Sparten (insbesondere Kfz-Haftpflicht) erst nach Ablauf einiger Jahre mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden: das heißt, erst am Ende des Jahres 2010 oder 2011 kann man den Schadenverlauf des Jahres 2008 richtig erkennen. Umgekehrt ergibt sich aber daraus auch, dass die in einem Kalenderjahr (Geschäftsjahr; zB 2008) angefallenen Schadenfälle nicht nur das Ergebnis dieses Jahres, sondern auch noch die Ergebnisse weiterer Jahre (zB der Jahre 2009, 2010 und 2011), in denen größere Gewinne und Verluste aus der Abwicklung der im Jahre 2008 durch Schätzung gebildeten Schadenrückstellung entstehen können, beeinflussen. Die genaue Ermittlung des Ergebnisses eines Jahres ist demnach wegen der Unsicherheiten bei der Schätzung der unerledigten Schadenfälle erst längere Zeit nach Ablauf dieses Jahres zu erkennen; diese Schwierigkeit besteht nicht nur für außenstehende Bilanzleser, sondern zu einem erheblichen Grad auch für die Leitungen der Versicherungsunternehmen.
- b) Versicherungsverträge sind im Allgemeinen Verträge, in denen sich ein Versicherungsunternehmen für einen **längeren Zeitraum** als für ein Kalenderjahr zur **Tragung eines Risikos** verpflichtet. In Sparten, in denen ein Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl im Laufe eines Kalenderjahres nicht erwartet werden kann (Hinweis auf besonders schwere Einzelrisiken, wie zB in den Luftfahrtversicherungen, in der Industrie-Feuerversicherung oder in der Betriebs-Haftpflichtversicherung) sagt daher der Schadenverlauf eines Kalenderjahres wenig über das echte Ergebnis dieser Sparte aus. Im Gegensatz zu Industrieunternehmen, bei denen im Jahresabschluss nur echt realisierte Gewinne aus voll abgewickelten Geschäften ausgewiesen werden können, handelt es sich bei den Ergebnissen der Versicherungsunternehmen um Teilrealisationen, bei denen ein Geschäft, das sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren (in der Schaden- und Unfallversicherung vielfach über zehn Jahre, in der Lebens- und Krankenversicherung zum Teil noch über wesentlich längere Zeiträume) erstreckt, willkürlich in Abschnitte von je einem Kalenderjahr zerlegt wird. Der für den einzelnen Versicherungsvertrag fehlende Ausgleich in der kurzen Periode eines Jahres soll bei den Versicherungsunternehmen für eine **Vielzahl von gleichartigen Risiken** nach dem **Gesetz der großen Zahl** gefunden werden. Damit dieses Gesetz wirksam wird, muss der Versicherungsbestand eines Versicherungsunternehmens entsprechend groß und genügend homogen sein.

Je kleiner und je weniger homogen der Versicherungsbestand eines Versicherungsunternehmens ist, desto mehr muss das Versicherungsunternehmen bestrebt sein, diese Homogenität durch entsprechende Mit- und Rückversicherungsvereinbarungen (Abgabe von Risikospitzen) künstlich herbeizuführen. Von kleineren Versicherungsunternehmen wird häufig auch ein Teil der Grundrisiken in Rückversicherung gegeben, um einen Teil der zeitlichen Schwankungen im Schadenverlauf auch auf andere Versicherungsunternehmen zu verlagern, da selbst für die nach Abgabe der Risikospitzen verbleibenden Grundrisiken bei kleineren Versicherungsunternehmen das Gesetz der großen Zahl noch nicht ausreichend wirksam wird. Je größer ein Versicherungsunternehmen ist, umso größer ist im Allgemeinen seine **Zeichnungskapazität**; dh umso größere Risiken kann das Unternehmen im Eigenbehalt (für eigene Rechnung) tragen.

Schwankungen des technischen Ergebnisses in den einzelnen Kalenderjahren ergeben sich auch in Sparten, in denen sich durch das Gesetz der großen Zahl ein ausreichender Ausgleich ergeben würde, in denen aber wegen der **Veränderung des Geldwertes** (des allgemeinen Preisniveaus) eine Tendenz zur laufenden Erhöhung der Schäden besteht, eine laufende Anpassung der Prämien jedoch nicht möglich ist. Diese Erscheinung findet sich vor allem in Versicherungssparten, welche als **Erst-
risikoversicherungen** ausgebildet sind, da in diesen Sparten bei Geldwertminderung eine Unterversicherung auch dann, wenn die Versicherungssummen und Prämien nicht an die Geldwertminderung angepasst werden, nur bei wenigen Schäden wirksam wird. Wenn die Prämien in solchen Sparten nur in größeren zeitlichen Abständen an den steigenden Schadenaufwand angepasst werden, dann bewirkt dies eine ungleichmäßige Entwicklung der Unternehmensergebnisse. Als Beispiele seien langfristige (10-jährige) Rechtsschutzversicherungen ohne automatische Anpassungsklauseln oder die Kfz-Haftpflichtversicherungen erwähnt; auch wenn die Vertragsbedingungen die Möglichkeit einer Prämienanpassung (zB jeweils am Ende eines Versicherungsjahrs) vorsehen, wird den Versicherungsnehmern in solchen Fällen meist ein Kündigungsrecht eingeräumt (zumindest wenn die Prämienhöhe die Erhöhung des Verbraucherpreisindex übersteigt).

Auch bei Vollwertversicherungen kann die Geldentwertung zu einer Erhöhung der Schadensätze führen, da bei Kleinschäden die Feststellung und Geltendmachung einer Unterversicherung oft zu kostspielig ist.

Aus den vorstehenden Hinweisen ergibt sich, dass die von den Versicherungsunternehmen ausgewiesenen Jahresergebnisse jedenfalls nicht im gleichen Maße realisiert sind wie die Ergebnisse von Industrie- oder Handelsunternehmen und dass daher die Bildung ausreichender **Schwankungsrückstellungen** wirtschaftlich geboten ist.

Die Tatsache, dass ein günstiger Schadenverlauf während eines kurzen oder mittleren Zeitraumes zu ungerechtfertigten Prämienermäßigungen verleiten kann, macht einen ungehemmten **Prämienwettbewerb** in der Versicherungswirtschaft nicht nur für die Versicherungsunternehmen, sondern auch für die Versicherungsnehmer (Sicherstellung ihrer Ansprüche im Schadenfall) problematisch.

- c) Auch eine starke **Ausweitung oder die Einschränkung der Verkaufsaktivitäten** eines Versicherungsunternehmens führt zu Verzerrungen der Ergebnisse. Hohe Aufwendungen im Verkaufsbereich beeinflussen auch dann das Ergebnis eines Jahres negativ, wenn diese Aufwendungen zu den gewünschten Produktionserfolgen führen, da die Aufwendungen zur Gänze das Jahr belasten, in welchem sie angefallen sind, der größte Teil der Prämien aus den neu abgeschlossenen Verträgen aber erst in den Folgejahren beim Versicherungsunternehmen eingehen wird. In der Lebensversicherung wird diese Verzerrung durch die sogenannte Zillmerung der Deckungsrückstellung, durch die praktisch eine Verteilung der rechnungsmäßigen Abschlussaufwendungen auf die gesamte Prämienzahlungsdauer der Versicherungsverträge bewirkt wird, gemildert.
- d) Schließlich fallen auch im Bereich der **Kapitalanlagen unregelmäßige** Gewinne und Verluste an; die echten Erfolge aus der Kapitalveranlagung eines Versicherungsunternehmens können vielfach nur über längere Zeitabschnitte beurteilt werden.

5. Der formelle Aufbau der Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen

Die **Gliederungsvorschriften** des UGB für die Bilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung sind für Versicherungsunternehmen **nicht brauchbar**. Da der Geschäftszweig demnach eine abweichende Gliederung bedingt, ist die Anordnung gleichwertiger Gliederungsvorschriften durch das Versicherungsaufsichtsgesetz durch die Vorschriften des UGB gedeckt. Die im Versicherungsaufsichtsgesetz enthaltenen Gliederungsvorschriften stehen mit den Gliederungsvorschriften in der EU-Richtlinie für die Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen im Einklang.

Das **Geschäftsjahr** von Versicherungsunternehmen hat laut § 137 Abs. 4 VAG dem **Kalenderjahr** zu entsprechen.

Gegenstand der geltenden Rechnungslegungsvorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes sind:

- a) **Vorschriften über den Jahresabschluss** (§§ 136ff VAG): Der Jahresabschluss besteht aus der Bilanz, der Gewinn- und Verlustrechnung und dem Anhang, in den verschiedene ergänzende Angaben zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung aufzunehmen sind. Das Versicherungsaufsichtsgesetz enthält ein Formblatt für die Gliederung der Bilanz (§ 144 VAG) und Formblätter für die Gliederung der versicherungstechnischen Erfolgsrechnungen und der nicht-versicherungstechnischen Erfolgsrechnung (§ 146 VAG). Versicherungsunternehmen, deren Geschäftstätigkeit sich auf mehr als einen Bereich (Lebensversicherung, Krankenversicherung und Schaden- und Unfallversicherung) erstreckt, haben die Posten der Bilanz in getrennten Spalten in diese Bereiche aufzugliedern und getrennte versicherungstechnische Gewinn- und Verlustrechnungen für die drei Bereiche zu erstellen.

Eine Gliederung der Aktiva in die Gruppen Anlagevermögen und Umlaufvermögen ist im Bilanzschema für Versicherungsunternehmen nicht vorgesehen.

Die Vorschriften über den Jahresabschluss enthalten auch Bewertungsvorschriften (§§ 148-149 VAG), Vorschriften über die Ermittlung der versicherungstechnischen Rückstellungen (§§ 150-154) und Vorschriften über ergänzende Angaben im Anhang (§ 155 VAG).

b) **Vorschriften über den Lagebericht** (§ 156 VAG), der die Verhältnisse und die Entwicklung des Unternehmens darzustellen und zu erläutern hat und in dem auch über wesentliche Ereignisse nach dem Abschluss-Stichtag zu berichten ist. Versicherungsunternehmen haben im Lagebericht über den Geschäftsverlauf in den einzelnen Versicherungszweigen des direkten Geschäfts und über den Einfluss des Ergebnisses des indirekten Geschäfts auf das Ergebnis des Geschäftsjahrs zu berichten.

c) **Vorschriften über die Offenlegung** des Jahresabschlusses und des Lageberichtes (§ 246 VAG)

d) **Vorschriften über Konzernabschlüsse**

Durch das **Konzernabschlussgesetz** wurde die Möglichkeit geschaffen, dass österreichische Mutterunternehmen von Konzernen die Konzernabschlüsse nicht nach den österreichischen Bilanzierungsvorschriften, sondern unter Anwendung international anerkannter Rechnungslegungsgrundsätze erstellen (befreiende Konzernabschlüsse nach international anerkannten Rechnungslegungsgrundsätzen). Seit 2005 müssen börsennotierte österreichische Versicherungsunternehmen ihren Konzernabschluss zwingend unter Anwendung international anerkannter Rechnungslegungsgrundsätze (IFRS) erstellen.

6. Die Besonderheiten der Bilanzstruktur der Versicherungsunternehmen

a) Vergleich der Bilanzstruktur mit anderen Unternehmen

Das im Versicherungsaufsichtsgesetz geregelte Schema der Bilanz eines Versicherungsunternehmens ist der Beilage I zu entnehmen.

In der Beilage II wird die Bilanzstruktur eines Versicherungsunternehmens und eines Industrieunternehmens (in typischer Form) gegenübergestellt.

Auf der **Aktivseite** der Bilanz der Versicherungsunternehmen fehlen zwei Posten, die bei den Industrie- und Handelsunternehmen im Allgemeinen die größte Bedeutung haben: die Fertigungsanlagen und die Vorräte. Dagegen scheint eine Gruppe von Vermögensgegenständen auf, die mit dem Sammelbegriff "**Kapitalanlagen**" bezeichnet werden und die in den Bilanzen der Industrie- und Handelsunternehmen in der Regel nicht zu finden sind oder nur untergeordnete Bedeutung haben.

Auf der **Passivseite** der Bilanzen der Versicherungsunternehmen fehlen Finanzschulden in der Regel vollkommen oder doch weitgehend. Der Anteil des Eigenkapitals an der Bilanzsumme ist bei Versicherungsunternehmen in der Regel niedriger als bei Industrie- oder Handelsunternehmen mit gesunder Kapitalstruktur. Gewissermaßen als Gegenstück zu den Kapitalanlagen auf der Aktivseite findet man auf der Passivseite der Bilanzen von Versicherungsunternehmen eine Reihe von Bilanzposten, die mit dem Sammelbegriff "**Versicherungstechnische Rückstellungen**" bezeichnet werden. Bemerkenswert an den versicherungstechnischen Rückstellungen ist jedenfalls die getrennte Darstellung von Beträgen in der **Gesamtrechnung** sowie der **Anteile der Rückversicherer** (Rückversicherungsabgabe); aus der Saldierung von Gesamtrechnung und Anteilen der Rückversicherer ergibt sich der sogenannte Eigenbehalt. Ausgenommen hiervon ist lediglich die Schwankungsrückstellung, welche bereits auf Basis von Eigenbehaltbasen ermittelt wird und daher im Bilanzausweis keine Aufgliederung von Gesamtrechnung und Anteilen der Rückversicherer erfolgen kann.

Die **Bilanzsumme** eines Versicherungsunternehmens wird im Gegensatz zum Regelfall bei einem Industrie- und Handelsunternehmen nicht von der Aktivseite, sondern von der **Passivseite** her bestimmt.

Die **Industrie- und Handelsunternehmen** benötigen zur Erstellung der betrieblichen Leistungen Vermögensgegenstände, deren Wert den Endbetrag der Aktivseite der Bilanz bestimmt. Es gehört zu den Aufgaben der Unternehmensleitungen für die **Finanzierung** dieser Vermögensgegenstände durch Eigen- und Fremdmittel zu sorgen. Die Fremdmittel, die den Unternehmen aufgrund ihrer betrieblichen Tätigkeit zur Verfügung stehen (betriebsbedingte Fremdmittel) reichen im Allgemeinen zur Deckung des nicht durch Eigenmittel finanzierten Kapitalbedarfs nicht aus. Die Industrie- und Handelsunternehmen müssen daher zur Finanzierung ihres Kapitalbedarfs häufig Finanzschulden (Bankschulden, Anleihschulden) bei Gläubigern, mit denen keine sonstigen betrieblichen Leistungsbeziehungen bestehen, aufnehmen.

Im Gegensatz dazu sind bei **Versicherungsunternehmen** die aus dem Geschäftsbetrieb resultierenden **Verpflichtungen aus den aufrechten Versicherungsverträgen** (diese finden in den versicherungstechnischen Rückstellungen ihren Niederschlag) wesentlich höher als der Wert der Vermögensgegenstände, die für den Betrieb unmittelbar benötigt werden. Wie bereits erwähnt, sind Vorräte bei Versicherungsunternehmen – wenn man von geringfügigen Vorräten an Drucksorten, Büromaterial und Werbematerial absieht – nicht vorzufinden und im Sachanlagevermögen fehlen die Fertigungsanlagen im engeren Sinn. Das Sachanlagevermögen besteht lediglich aus Büro- und Geschäftsgebäuden und aus beweglichen Anlagen für den Verwaltungsbetrieb im weiteren Sinn, deren Wert insbesondere durch den Umfang der Datenverarbeitungsanlagen und der für ihren Betrieb benötigten Programme bestimmt wird. Es verbleibt daher ein **Überschuss** der aus dem laufenden Betrieb zur Verfügung stehenden **Fremdmittel** über den Wert der betriebsbedingten Vermögensgegenstände und dieser Überschuss kann von den Versicherungsunternehmen in **betriebsfremden, ertragbringenden Vermögensgegenständen**, den sogenannten **Kapitalanlagen**, veranlagt werden.

Die Versicherungsunternehmen sind daher, wie schon mehrfach erwähnt, aus volkswirtschaftlicher Sicht betrachtet, auch wichtige **Kapitalsammelstellen**; besonders ausgeprägt ist diese Erscheinung bei Lebensversicherungsunternehmen, bei denen meist mit der Versicherung im engeren Sinn (der Abdeckung des Ablebens- oder Überlebensrisikos) ein **kontinuierlicher Sparvorgang** verbunden ist.

Als betriebswirtschaftliche Konsequenz ergibt sich, dass es bei den Versicherungsunternehmen Finanzierungsprobleme im gleichen Sinn wie bei den Industrie- und Handelsunternehmen nicht gibt. An die Stelle der Finanzierung tritt die Problematik einer richtigen **Kapitalveranlagung**, bei der allerdings darauf geachtet werden muss, dass jederzeit eine ausreichende Zahlungsbereitschaft aufrechterhalten wird.

b) Schema einer Bilanzanalyse

Das anschließende Schema zeigt eine betriebswirtschaftlichen Grundsätzen entsprechende Gliederung der Aktivseite und der Passivseite der Bilanz eines Versicherungsunternehmens.

I. Aktiva

1. Kapitalanlagen, flüssige Mittel und Depotforderungen	
Grundstücke und Bauten	B I
Darlehensforderungen	B III 4,5,6 ²
Wertpapiere	B III 1,2,3 ²
Zeitlich gebundene Guthaben bei Kreditinstituten	B III 7
Beteiligungen	B II 1,3
Flüssige Mittel	F II
Depotforderungen an Versicherungsunternehmen	B IV
2. Kapitalanlagen für fondsgebundene und indexgebundene Lebensversicherungen	C
3. Anteilige Zinsen und Mieten	E
4. Laufende Forderungen aus dem Versicherungsgeschäft	
Prämienforderungen an Versicherungsnehmer	D I 1
Ausgleichende Forderungen an Versicherungsunternehmen	D I 3, D II
Forderungen an Vertreter	D I 2
5. Sonstige Vermögensgegenstände und Rechnungsabgrenzungsposten	
Sachanlagen mit Ausnahme der Grundstücke und Bauten	F I
Immaterielle Vermögensgegenstände	A I, II, III
Eingeforderte ausstehende Einlagen	D III
Sonstige Forderungen	D IV
Andere Vermögensgegenstände	F III
Aktive Rechnungsabgrenzungsposten	H, I
6. Verrechnungsposten mit der Zentrale	G
7. Verrechnungsposten zwischen den Abteilungen	J

² einschließlich in den Posten B II 2 und 4 ausgewiesene Darlehensforderungen bzw Wertpapiere

II. Passiva

1. Eigenmittel

Versteuerte und steuerfreie Eigenmittel

- Eingezahltes Grundkapital/Dotationskapital
- Gebundene Kapitalrücklage und gesetzliche Rücklage
- Nicht gebundene Kapitalrücklagen
- Freie Rücklagen
- Risikorücklage
- Bilanzgewinn/Bilanzverlust

A I, II
 A III1, A IV2
 A III 2
 A IV 3, 4
 A V
 A VI

2. Ergänzungskapital (nachrangige Verbindlichkeiten)

B

3. Schwankungsrückstellung

C VI

4. Andere Fremdmittel

Versicherungstechnische Rückstellungen mit Ausnahme der Schwankungsrückstellung und Depotverbindlichkeiten

- Deckungsrückstellung
- Prämienüberträge
- Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle
- Rückstellung für erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung
- Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen

C II
 C I
 C III
 C IV
 C VII

Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer

C V

Depotverbindlichkeiten gegen Versicherungsunternehmen

F

Versicherungstechnische Rückstellungen für fondsgebundene und indexgebundene Lebensversicherungen

D

Übertrag:

Übertrag:

Laufende Verbindlichkeiten aus dem Versicherungsgeschäft

Prämienvorauszahlungen von Versicherungsnehmern
 Auszugleichende Verbindlichkeiten gegen
 Versicherungsunternehmen
 Verbindlichkeiten gegen Vertreter

G I 1

G I 3
G I 2***Rückstellungen für Personalansprüche***

Rückstellungen für Abfertigungen
 Rückstellungen für Pensionsverpflichtungen
 Sonstige Rückstellungen für Personalansprüche

E I
E II
aus E V***Sonstige Fremdmittel***

Steuerrückstellungen
 Sonstige Rückstellungen
 Anleiheverbindlichkeiten
 Verbindlichkeiten gegen Kreditinstitute
 Andere Verbindlichkeiten
 Passive Rechnungsabgrenzungsposten

E III, E IV
aus E V
G III
G IV
G V
I**5. Verrechnungsposten mit der Zentrale**

H

c) Das Eigenkapital

Das Eigenkapital von Versicherungsunternehmen im Jahresabschluss nach UGB/VAG ist prinzipiell jenem „normaler“ Industrie- oder Handelsunternehmen ähnlich. **Versicherungsspezifische Besonderheiten** betreffen die Bereiche Dotationskapital, Gründungsfonds, Risikorücklage und Sicherheitsrücklage wie folgt:

Unter **Dotationskapital** ist jenes Kapital zu verstehen, das die (ausländische) Hauptniederlassung einer (inländischen) **Zweigniederlassung** dauerhaft zur Verfügung stellt. Es bedarf also eines ausdrücklichen Widmungsakts. Zum Unterschied umfasst der Verrechnungssaldo (aktiver oder passiver Verrechnungssaldo mit der Zentrale) den Saldo aus laufenden Verrechnungen der Zweigniederlassung mit der Hauptniederlassung.

Der **Gründungsfonds** betrifft ausschließlich Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Hier gilt, dass zur Bestreitung der Kosten der Errichtung und ersten Einrichtung des Vereins, der Organisationskosten und der übrigen durch die Aufnahme des Geschäftsbetriebes entstehenden Kosten ein Gründungsfonds zu bilden ist. Er kann, wenn die Satzung nichts anderes bestimmt, auch zur Deckung von Verlusten herangezogen werden. Die Satzung des Versicherungsvereins hat Bestimmungen über die Rückzahlung des Gründungsfonds und, wenn er nicht zurückgezahlt wird, über seine Verwendung zu enthalten. Der Gründungsfonds

darf nur aus dem Jahresüberschuss zurückgezahlt werden. Die in einem Jahr vorgenommene Rückzahlung darf den Betrag nicht übersteigen, der im gleichen Jahr der Sicherheitsrücklage zugeführt wird. Eine Rückzahlung des Gründungsfonds ist ausgeschlossen, insoweit die Verteilung zu einer Unterschreitung der zuletzt gemeldeten Solvenzkapitalanforderung führen würde.

Entsprechend § 143 VAG haben Versicherungsunternehmen – zusätzlich zu den anzuwendenden Bestimmungen etwa des Aktienrechts (vgl. Rücklage nach § 229 Abs. 6 UGB) – eine **Risikorücklage** zu bilden. Der Risikorücklage sind jährlich 0,6 % der um die Rückversicherungsabgabe verminderten abgegrenzten Prämien des inländischen Geschäfts zuzuführen. Die Rücklage darf jedoch 4 % dieser Prämien nicht übersteigen. Sie darf nur zur Deckung von sonst in der Bilanz auszuweisenden Verlusten und erst nach Auflösung aller sonstigen satzungsmäßigen und freien Rücklagen verwendet werden. Nach ihrer Auflösung ist die Rücklage neu zu bilden.

Die **Zuführung zur Risikorücklage** erfolgte bis zum Jahr 1995 steuerfrei, im Jahr 1996 war die Zuführung nur noch zu 50 % steuerfrei und seit dem Jahr 1997 sind Zuführungen steuerlich nicht mehr abzugsfähig. Auf Basis der Bestimmungen des VAG ergab sich, dass die Risikorücklage in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Zuführung **in der Bilanz getrennt auszuweisen** war: Teilweise in der Postengruppe „Eigenkapital“ (versteuerte Teile der Risikorücklage) und teilweise in der Postengruppe „Unversteuerte Rücklagen“ (unversteuerte Teile der Risikorücklage). Diese Problematik ist allerdings mit dem Inkrafttreten des Rechnungslegungsänderungsgesetzes 2014 (in Kraft ab 2016) obsolet.

Die Satzung von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit hat gemäß § 45 VAG eine Rücklage zur Deckung von Verlusten aus dem Geschäftsbetrieb (**Sicherheitsrücklage**) vorzusehen und zu bestimmen, welche Beträge ihr jährlich zuzuführen sind und welchen Mindestbetrag sie erreichen muss.

d) Die versicherungstechnischen Rückstellungen

Bei den **versicherungstechnischen Rückstellungen** handelt es sich durchwegs um Vorsorgen für Verpflichtungen aus den bestehenden Versicherungsverträgen. Die versicherungstechnischen Rückstellungen mit Ausnahme der Schwankungsrückstellung stellen betriebswirtschaftlich betrachtet eindeutig Fremdkapital dar; sie können allerdings in Einzelfällen infolge vorsichtiger Bewertung stille Rücklagen enthalten. Eine genaue Feststellung, ob und in welchem Umfang versicherungstechnische Rückstellungen stille Rücklagen enthalten, lässt sich zum Teil (dies gilt insbesondere für die Schadenrückstellungen) erst im Nachhinein treffen; keinesfalls kann aus der Tatsache, dass in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens hohe versicherungstechnische Rückstellungen ausgewiesen werden, ohne weiteres der Schluss gezogen werden, dass dieses Versicherungsunternehmen besonders gut fundiert wäre. Einzelheiten über die versicherungstechnischen Rückstellungen werden in einem gesonderten Abschnitt dargestellt.

7. Der formelle Aufbau der Erfolgsrechnung der Versicherungsunternehmen

Seit dem Jahr 1992 werden die Gewinn- und Verlustrechnungen, die in Staffelform zu erstellen sind, in die **versicherungstechnischen Rechnungen**, die für die Lebensversicherung, für die Krankenversicherung und für die Schaden- und Unfallversicherung getrennt zu erstellen sind und in nichtversicherungstechnische Rechnungen unterteilt. Die **nichtversicherungstechnische Rechnung** ist bis zum Posten „Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit“ ebenfalls getrennt nach den drei Bilanzabteilungen zu erstellen, erst ab diesem Posten erfolgt die zusammengefasste Abbildung in einer gemeinsamen nichtversicherungstechnischen Rechnung.

Das im Versicherungsaufsichtsgesetz geregelte Schema der Gewinn- und Verlustrechnung eines Versicherungsunternehmens ist der Beilage III zu entnehmen.

Bemerkenswert an der Darstellung verschiedener Posten der versicherungstechnischen Rechnung ist, dass ähnlich der Darstellung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der Bilanz eine Aufgliederung in Beträge der **Gesamtrechnung** und **Anteile der Rückversicherer** (Rückversicherungsabgabe) erfolgt (zB Prämien, Aufwendungen für Versicherungsfälle etc). Darüber hinaus erfolgt bei bestimmten Posten ein getrennter Ausweis von **cash flows** (Ein- bzw Auszahlungen oder Vorschreibungen/Belastungen) und **Veränderungen von Abgrenzungsposten** (zumeist Veränderungen zugehöriger versicherungstechnischer Rückstellungen); zB Aufgliederung der abgegrenzten Prämien in verrechnete Prämien und Veränderung durch Prämienabgrenzung oder Aufgliederung der Aufwendungen für Versicherungsfälle in Zahlungen für Versicherungsfälle und Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle.

Die Gewinn- und Verlustrechnung ist bei Versicherungsunternehmen nach dem **Umsatzkostenverfahren** aufzustellen. Dies impliziert, dass die Kosten des Versicherungsunternehmens verursachungsgemäß den jeweils relevanten Aufwandspositionen zuzuordnen sind (im Wege der sogenannten **Regieteilung**). Inhaltlich bedeutet dies, dass eine Aufteilung von Aufwendungen für Arbeitsleistungen der Arbeitnehmer, Dienstleistungen der Vermittler, anderer bezogener Dienstleistungen, Steuern und Abgaben (mit Ausnahme der Steuern vom Einkommen und Ertrag) auf die verschiedenen **Funktionsbereiche** zu erfolgen hat. Es wird damit eine Regieteilung zwischen Schadenregulierungsaufwand, Aufwendungen für den Versicherungsabschluss, sonstigen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb und Aufwendungen für die Vermögensverwaltung vorgenommen (vgl. § 25 VU-RLV). Die Ermittlung der Regieteilung erfolgt in den meisten Unternehmen über die Kostenrechnung (**Kostenstellenrechnung**); nicht direkt zuordenbare Kosten werden über verschiedene Schlüssel den Funktionsbereichen zugeordnet.

Die **versicherungstechnischen Rechnungen** enthalten folgende **Erfolgsposten**:

- Abgegrenzte Prämien
- Kapitalerträge des technischen Geschäfts
- Sonstige versicherungstechnische Erträge

- Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- und Schadenverhütungsaufwendungen)
- Veränderungen der Deckungsrückstellung und sonstiger versicherungstechnischer Rückstellungen
- Aufwendungen für die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung
- Aufwendungen für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung
- Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb
- Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen
- Veränderung der Schwankungsrückstellung (nur für Schaden- und Unfallversicherungen)

Lebensversicherungsunternehmen, welche die **fondsgebundene und/oder indexgebundene Lebensversicherung** betreiben, haben in der versicherungstechnischen Rechnung auch die nicht realisierten Gewinne und Verluste aus den Kapitalanlagen für die fondsgebundene Lebensversicherung gesondert auszuweisen.

In der Vorkolonnen sind die meisten Erträge und Aufwendungen in die **Bruttobeträge** und die Beträge für die **Rückversicherungsabgaben** aufzugliedern.

Die **Kapitalerträge des technischen Geschäfts** sind von der nichtversicherungstechnischen Rechnung in die versicherungstechnische Rechnung zu übertragen (vgl. § 30 VU-RLV). Dies bedeutet, dass in der Lebensversicherung und der Krankenversicherung der Saldo aus Erträgen aus Kapitalanlagen und Aufwendungen für Kapitalanlagen und Zinsaufwendungen von der nichtversicherungstechnischen Rechnung in die versicherungstechnische Rechnung zu übertragen ist. In der Schaden- und Unfallversicherung sind von der Übertragung ausschließlich die Depotzinsenerträge des indirekten Geschäfts bzw. gegebenenfalls die rechnungsmäßige Verzinsung der Deckungsrückstellung (nur im Versicherungszweig Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr) betroffen. Die Übertragung erfolgt offen in der Gewinn- und Verlustrechnung über die Posten „In die versicherungstechnische Rechnung übertragene Kapitalerträge“ (nichtversicherungstechnische Rechnung) bzw. „Kapitalerträge des technischen Geschäfts“ (versicherungstechnische Rechnung).

In der **nichtversicherungstechnischen Rechnung**, in die die Ergebnisse der versicherungstechnischen Rechnungen zu übernehmen sind, sind die nachstehenden Erträge und Aufwendungen enthalten:

- Erträge aus Kapitalanlagen und Zinsenerträge
- Aufwendungen für Kapitalanlagen und Zinsaufwendungen
- In die versicherungstechnische Rechnung übertragene Kapitalerträge (als Abzugsposten)
- Sonstige nicht versicherungstechnische Erträge und Aufwendungen
- Außerordentliche Erträge und Aufwendungen
- Steuern vom Einkommen und Ertrag
- Zuweisungen an und Auflösungen von Rücklagen

Die Gewinn- und Verlustrechnung schließt mit dem Bilanzgewinn oder Bilanzverlust, der sich aus dem Jahresgewinn oder Jahresverlust und einem allfälligen Gewinn- oder Verlustvortrag zusammensetzt.

Im **Anhang** sind die **Prämien** nach dem **direkten und indirekten Geschäft** aufzugliedern.

Die verrechneten Prämien im **direkten Geschäft** sind wie folgt weiter zu untergliedern:

- a) in der Lebensversicherung**
 - in laufende Prämien und Einmalprämien
 - in Prämien für Verträge mit und ohne Gewinnbeteiligung
 - in Prämien für Einzelversicherungen und für Gruppenversicherungen
- b) in der Krankenversicherung**
 - in Prämien für Einzelversicherungen und für Gruppenversicherungen
- c) in der Schaden- und Unfallversicherung**
 - nach Versicherungszweigen
- d) in allen Bereichen**
 - nach Risikoländern (Inland, EU-Ausland, übriges Ausland)

In der **Schaden- und Unfallversicherung** sind neben den verrechneten Prämien auch

- die abgegrenzten Prämien
- die Aufwendungen für Versicherungsfälle
- die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb und
- der Rückversicherungssaldo

nach Versicherungszweigen aufzugliedern.

In der **Lebensversicherung** und in der **Krankenversicherung** ist der Rückversicherungssaldo im Anhang anzugeben.

8. Die Analyse der Ergebnisse von Versicherungsunternehmen

a) Der Aufbau einer Erfolgsanalyse

Bei einer Analyse des Ergebnisses eines Versicherungsunternehmens wird das **unversteuerte Jahresergebnis** in das sogenannte **ordentliche technische Ergebnis** (abgegrenzte Prämien abzüglich versicherungstechnische Aufwendungen abzüglich Betriebsaufwendungen), in das **Finanzergebnis** (ordentliches Finanzergebnis = Nettoerträge der Kapitalanlagen, außerordentliches Finanzergebnis = Gewinne und Verluste aus Kapitalanlagen) und in das **sonstige ordentliche und außerordentliche Ergebnis** aufgegliedert.

Unterschiedliche Auffassungen bestehen in der Theorie und in der Praxis bezüglich der **Einbeziehung von Kapitalerträgen** in das technische Ergebnis.

Das **technische Ergebnis** eines Versicherungsunternehmens kann nach folgenden Gesichtspunkten weiter aufgegliedert werden:

- a) in das technische Ergebnis des **direkten** Geschäfts und des **indirekten** Geschäfts
- b) in das **Bruttoergebnis**, das **Rückversicherungsergebnis** (Abgabergebnis) und das Ergebnis im **Eigenbehalt**

In der **Lebensversicherung** kann das technische Ergebnis (Bruttoergebnis des direkten Geschäfts) weiter nach **Gewinnquellen** analysiert werden.

In der **Schaden- und Unfallversicherung** wird das technische Ergebnis meist nach **Versicherungszweigen (Sparten)** gegliedert. Die Zuordnung der abgegrenzten Prämien, der wirksamen Schäden und der Provisionen auf die einzelnen Sparten bereitet dabei keine Schwierigkeiten; problematisch ist dagegen die Aufteilung eines großen Teils der sonstigen Betriebsaufwendungen (der allgemeinen Betriebs- und Verwaltungsaufwendungen und insbesondere der allgemeinen Vertriebsaufwendungen) auf die einzelnen Sparten. Einigermaßen verursachungsgemäß lassen sich den einzelnen Sparten nur die spartenbezogenen Aufwendungen der Fachabteilungen und der gleichfalls in der Regel nach Spartengruppen gegliederten Schadenabteilungen zuordnen; eine einigermaßen verursachungsgemäße Kostenaufteilung ist auch bei den Inkassoaufwendungen (zB die Anzahl der Inkassofälle) und bei einem Teil der Aufwendungen der Datenverarbeitung möglich.

b) Schema einer Erfolgsanalyse

1. Technisches Ergebnis des direkten Geschäfts

Bruttoergebnis

Abgegrenzte Prämien	3	+
Technische Kapitalerträge	4	+
Wirksame Schäden	5,6	-
Aufwand für die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung		-
Schadenverhütungsaufwendungen		-
Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb	7	-
Sonstige technische Erträge und Aufwendungen		+/-
		<hr/>
		+/-
Jahreserfordernis für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung		-
		<hr/>
		+/-

Abgabeergebnis (Rückversicherung)

		+/-
<i>Ergebnis im Eigenbehalt (vor Veränderung der Schwankungsrückstellung)</i>		+/-
<i>Veränderung der Schwankungsrückstellung</i>		+/-
		<hr/>
<i>Ergebnis im Eigenbehalt (nach Veränderung der Schwankungsrückstellung)</i>		+/-

2. Technisches Ergebnis des indirekten Geschäfts

Bruttoergebnis		+/-
Abgabeergebnis (Retrozession)		+/-
		<hr/>
Ergebnis im Eigenbehalt (vor Veränderung der Schwankungsrückstellung)		+/-
Veränderung der Schwankungsrückstellung		+/-
		<hr/>
Ergebnis im Eigenbehalt (nach Veränderung der Schwankungsrückstellung)		+/-

3. Ordentliches Finanzergebnis

+/-

4. Ordentliches sonstiges Ergebnis

+/-

5. Ordentliches Betriebsergebnis (1. bis 4.) (= Übertrag:)

+/-

-
- 3 einschließlich Nebenleistungen der Versicherungsnehmer
- 4 in der Lebensversicherung werden meist die gesamten ordentlichen Kapitalerträge in das technische Ergebnis einbezogen, das dann richtiger als Betriebsergebnis (des direkten Geschäfts) bezeichnet wird. Bei Einbeziehung der betriebswirtschaftlich richtig berechneten technischen Kapitalerträge in das technische Ergebnis umfasst das Finanzergebnis im wesentlichen nur die Erträge aus der Veranlagung des Eigenkapitals
- 5 ohne Aufwendungen für die Schadenregulierung (Schadenabwehr und Schadenbearbeitung) und die Schadenverhütung
- 6 in der Lebens- und Krankenversicherung Versicherungstechnische Aufwendungen (einschließlich Veränderung der Deckungsrückstellung, gekürzt um die rechnungsmäßigen Zinsen)
- 7 einschließlich Aufwendungen für die Schadenregulierung (Schadenabwehr und Schadenbearbeitung)

5. Ordentliches Betriebsergebnis (1. bis 4.) (= Übertrag:)	+/-
6. Außerordentliches Ergebnis	
Außerordentliches Finanzergebnis	+/-
Außerordentliches sonstiges Ergebnis	+/-
	+/-
7. Unterschied zwischen der Zuweisung an die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und dem im technischen Ergebnis verrechneten Jahreserfordernis	+/-
8. Unversteuertes Jahresergebnis	+/-
9. Steuern vom Einkommen	-
10. Veränderung von versteuerten und steuerfreien Rücklagen	+/-
11. Jahresgewinn/-verlust	+/-

c) Erläuterungen zur Erfolgsanalyse

Die technischen Kapitalerträge

Die technischen Kapitalerträge werden unterschiedlich definiert bzw abgegrenzt.

In der **Lebensversicherung** werden meist die gesamten Erträge der Kapitalanlagen (allenfalls mit Ausnahme der Erträge aus der Veranlagung des Eigenkapitals) in das technische Ergebnis einbezogen. In der Lebensversicherung sind die Kapitalerträge überwiegend technischer Natur; die Erträge aus der Veranlagung der Eigenmittel haben demgegenüber geringere Bedeutung.

In der **Schaden- und Unfallversicherung** können entweder

- nur die Depotzinsen für das indirekte Geschäft und die (betragsmäßig in der Regel unbedeutenden) rechnungsmäßigen Zinsen für die Deckungsrückstellung für Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr oder
- die gesamten aus der Veranlagung der versicherungstechnischen Rückstellungen und des Sozialkapitals resultierenden Kapitalerträge

in das technische Ergebnis einbezogen werden.

Die österreichischen Versicherungsunternehmen übertragen meist nur die Depotzinsen für das indirekte Geschäft in das technische Ergebnis.

Für die **Krankenversicherung** gilt dasselbe wie für die Lebensversicherung.

Die **technischen Kapitalerträge** für den **Eigenbehalt**, die um die Depotzinsaufwendungen gekürzt sind, sollten kalkulatorisch in die technischen Kapitalerträge des **Bruttogeschäfts** und die **Kürzung** der Bruttoerträge **durch Rückversicherungsabgaben**, die insoweit über die Depotzinsaufwendungen hinausgehen, als nicht für alle Anteile der Rückversicherer an den versicherungstechnischen Rückstellungen Depots einbehalten werden, aufgegliedert werden (vgl auch die Ausführungen auf Seite 172 f).

Die versicherungstechnischen Aufwendungen in der Lebens- und Krankenversicherung

Die versicherungstechnischen Aufwendungen umfassen in der Lebensversicherung und in der Krankenversicherung neben den Aufwendungen für Versicherungsfälle (den wirksamen Schäden) auch die Veränderungen der Deckungsrückstellung nach Abzug der rechnermäßigen Zinsen.

Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb

Diese Aufwendungen enthalten in der Erfolgsanalyse auch die in der versicherungstechnischen Rechnung im Aufwand für Versicherungsfälle ausgewiesenen **Schadenregulierungsaufwendungen** und die in den sonstigen versicherungstechnischen Aufwendungen ausgewiesenen **Pensionsaufwendungen für Pensionisten**.

Der **Eigenanteil an Feuerschutzsteuer**, der gleichfalls im Posten Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen ausgewiesen wird, wird in der Erfolgsanalyse in die Schadenverhütungsaufwendungen einbezogen.

Die Analyse des technischen Ergebnisses in der Schaden- und Unfallversicherung

In der Schaden- und Unfallversicherung bilden die **Schadensätze** (Verhältnis zwischen wirksamen Schäden und abgegrenzten Prämien) in den einzelnen Versicherungszweigen eine wichtige Kennzahl. Die Schadensätze werden dabei aufgegliedert in die Schadenquoten für Schäden des Bilanzjahrs und die Ergebnisse aus der Abwicklung der Schadenrückstellung des Vorjahres.

Eine weitere wichtige Kennzahl ist der **Kostensatz** (die Kostenquote), das ist das Verhältnis zwischen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb und den abgegrenzten Prämien. Die Berechnung "richtiger" Kostensätze für die einzelnen Versicherungszweige ist schwierig, da ein erheblicher Teil der Betriebsaufwendungen den einzelnen Versicherungszweigen nicht eindeutig zugeordnet werden kann.

Neben einer Berechnung des **Ergebnisses der einzelnen Versicherungszweige** ist in der Schaden- und Unfallversicherung auch eine getrennte Berechnung des Ergebnisses einzelner **geographischer und personeller Geschäftsbereiche** (Bundesländer-Landesdirektionen, Verkaufsbereiche) und einzelner **Großkunden bzw Kundengruppen** von erheblicher Bedeutung. Auch dabei ergibt sich das Problem der richtigen Zuordnung der Betriebsaufwendungen; die Zuordnung der Aufwendungen im Vertriebsbereich ist allerdings bei der Berechnung der Ergebnisse einzelner Verkaufsbereiche leichter und genauer möglich als bei der Berechnung der Ergebnisse von Versicherungszweigen und von Kundengruppen. Wichtig ist es, bei derartigen Untersuchungen die Auswirkungen einzelner Großschäden, die keinen Rückschluss auf die Qualität des Versicherungsgeschäfts zulassen, zu eliminieren bzw richtig zu würdigen.

Die Analyse des technischen Ergebnisses in der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung ist eine Aufgliederung des Ergebnisses nach Tarifgruppen (Zusatz- und Vollversicherungen, Schaden- und Taggeldversicherungen, Einzel- und Gruppenversicherungen) und nach Bundesländern sinnvoll. Die Ungenauigkeiten, die sich aufgrund der Schwierigkeiten bei der Zuordnung der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb ergeben, sind im Hinblick auf die niedrigere Belastung mit diesen Aufwendungen geringer als in der Schaden- und Unfallversicherung. Die Veränderung der Deckungsrückstellung kann in einzelnen Jahren durch Sonderfaktoren und Zufallsfaktoren (Umwandlungen von Gruppen- in Einzelversicherungen, Änderung der statistischen Grunddaten und Rechnungsgrundlagen, Stornoverlauf) erheblich beeinflusst werden.

Die Analyse des technischen Ergebnisses in der Lebensversicherung

In der Lebensversicherung kann das technische Ergebnis in die folgenden Komponenten aufgegliedert werden:

- Verzinsungsergebnis (in der Regel positiv)
- Sterblichkeitsergebnis (in der Regel positiv)
- Kostenergebnis (vielfach negativ)
- Sonstiges Ergebnis (insbesondere Stornoergebnis)

Eine Verzerrung des technischen Ergebnisses kann sich in den einzelnen Jahren durch die Auffüllung negativer Deckungsrückstellungen auf Null ergeben, da die negativen Rückstellungen in den einzelnen Jahren – abhängig vom Umfang des Neugeschäfts – erhebliche Unterschiede aufweisen können.

Das **Verzinsungsergebnis** ergibt sich als Unterschied zwischen den tatsächlichen Kapitalerträgen und den rechnungsmäßigen Zinsen. Die Erträge aus der Veranlagung des Eigenkapitals und des Sozialkapitals sollten in das Verzinsungsergebnis nicht einbezogen werden. Der größte Teil des Gewinns eines Lebensversicherungsunternehmens stammt aus dem Zinsengewinn.

Das **Sterblichkeitsergebnis** errechnet sich als Unterschied zwischen den in einem Kalenderjahr verdienten Risikoprämien und den im gleichen Zeitraum durch die Deckungsrückstellungen nicht gedeckten Aufwendungen für Versicherungsfälle.

Das **Kostenergebnis** kann weiter in das Abschlusskostenergebnis, das Verwaltungskostenergebnis und das Inkassokostenergebnis untergliedert werden. Es errechnet sich als Unterschied zwischen den tatsächlichen Aufwendungen und den in den Prämien enthaltenen Kostenzuschlägen. Das Kostenergebnis, insbesondere das Abschlusskostenergebnis, ist bei den meisten Versicherungsunternehmen negativ; dh die tatsächlichen Betriebsaufwendungen übersteigen die in den Prämien enthaltenen Kostenzuschläge.

Das **Stornoergebnis** errechnet sich als Unterschied zwischen den Rückkaufswerten und den Deckungsrückstellungen der rückgekauften Versicherungen; es ist stets positiv, da die Rückkaufswerte niedriger sind als die Deckungsrückstellung. Storni von Verträgen in den ersten Jahren nach Vertragsabschluss haben aber – auch wenn sich dabei bilanzmäßig ein Stornogewinn ergibt – eine negative Auswirkung auf die wirtschaftliche Lage des Versicherungsunternehmens, da in dem kurzen Zeitraum zwischen Vertragsabschluss und Storno die überrechnungsmäßigen Abschlusskosten aus den anderen Erfolgsquellen noch nicht abgedeckt werden konnten.

In der Lebensversicherung ist die Trennung der **Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb**

- in die einmaligen Aufwendungen für den Versicherungsabschluss und
- in die laufenden Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb

besonders wichtig.

Die Aufwendungen für den Versicherungsabschluss werden zum Neugeschäft (Versicherungssumme der neu abgeschlossenen Versicherungsverträge mit Ausnahme der Risikoversicherungen abzüglich Storni ohne Leistung) in Beziehung gesetzt (Abschlusskostensatz, ausgedrückt in Promille der Versicherungssumme des Neugeschäfts). Die laufenden Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb werden zu den Prämien in Beziehung gesetzt; Einmalprämien sind dabei außer Ansatz zu lassen oder mit einem niedrigen Faktor zu bewerten.

Eine Analyse des Sterblichkeitsergebnisses nach sinnvoll abgegrenzten Personengruppen und nach Kapital- und Rentenversicherungen kann zusätzliche Aufschlüsse bringen. Wichtig ist auch für verschiedene Tariftypen ein Vergleich der aus den Verträgen resultierenden Überschüsse mit dem Gewinnzuteilungserfordernis, das sich aufgrund der vom Versicherungsunternehmen festgelegten Gewinnanteilsätze ergibt.

Der Aufwand für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer

Die Zuweisung an die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer hat eine Mittelstellung zwischen Aufwand und Ergebnisverwendung.

In den Versicherungsbedingungen und Satzungen der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ist festgehalten, dass ein bestimmter Teil des Betriebsüberschusses für Prämienrückerstattungen zu verwenden ist. In der Lebensversicherung ist in den Versicherungsbedingungen auch von Aktiengesellschaften vorgeschrieben, dass der größte Teil des Betriebsüberschusses (in der Regel 85 % bis 90 %) für Prämienrückerstattungen zu verwenden ist. Viele Versicherungsunternehmen verwenden höhere als die in den Geschäftsplänen vorgeschriebenen Teile der Überschüsse für Prämienrückerstattungen.

Voraussetzung dafür, dass dieser Aufwand anfällt ist, dass das Versicherungsunternehmen einen Überschuss erzielt.

In das ordentliche technische Ergebnis sollte nicht die tatsächliche Zuweisung an die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung, sondern der Betrag, der für die vom Vorstand im Anschluss auf die Aufstellung des Jahresabschlusses festgesetzten bzw vorgeschlagenen Prämienrückerstattungen benötigt wird, einbezogen werden; die Mehr- oder Minderzuweisung bildet einen gesonderten Posten in der Erfolgsanalyse.

Die Aussagefähigkeit des Bruttoergebnisses und des Ergebnisses im Eigenbehalt

Zur Frage, ob das Bruttoergebnis oder das nach Rückversicherungsabgaben verbleibende Ergebnis im Eigenbehalt eine richtigere und bessere Aussage über den Erfolg des Versicherungsunternehmens liefert, gibt es unterschiedliche Auffassungen.

Wenn die **Bruttorechnung** durch **einzelne außergewöhnlich hohe Schäden** (zB große Schadenfeuer, Flugzeugabstürze, große Haftpflichtfälle), die weitgehend durch die Rückversicherung gedeckt sind, belastet ist, ist das Ergebnis im Eigenbehalt und dessen Veränderung aussagefähiger.

Wenn dagegen ein schlechtes Bruttoergebnis die **Folge einer schlechten Qualität des Versicherungsbestands** ist, ist für die Beurteilung des Erfolgs das Bruttoergebnis wichtiger, auch wenn die hohe Schadenbelastung im Bilanzjahr noch von den Rückversicherern getragen wurde; die Rückversicherer sind auf die Dauer nicht bereit, Verluste aus einem qualitativ schlechten Versicherungsbestand des Erstversicherers, der zu einer hohen Schadenhäufigkeit führt, abzudecken.

Für **Vergleiche** – auch für zwischenbetriebliche Vergleiche – der **Schadensätze** sind in der Regel die **Bruttozahlen** brauchbarer. Eine Ausnahme bilden lediglich die Einflüsse einzelner

außerordentlicher Großschäden auf die Brutto-Schadensätze; diese sollten bei Vergleichen der Schadensätze ausgeschrieben werden.

Hinzuweisen ist, dass das **Ergebnis der Rückversicherungsabgabe unvollständig** ist, wenn der Zedent **nicht** für die gesamten Anteile der Rückversicherer an den versicherungstechnischen Rückstellungen **Depots einbehält**. Die Depotzinsaufwendungen werden in das Ergebnis der Rückversicherungsabgaben einbezogen; der **Entgang von Kapitalerträgen**, der darauf zurückzuführen ist, dass die Anteile der Rückversicherer von diesen selbst veranlagt werden können, wird dagegen bei der Berechnung des Ergebnisses der Rückversicherungsabgaben in der Regel nicht berücksichtigt (vgl auch Seite 168).

Die Zusammensetzung des Finanzergebnisses und die Rendite der Kapitalanlagen

Zum Finanzergebnis werden die folgenden Posten gezählt:

Ordentliches Finanzergebnis

Zinsen- und Dividendenerträge von Wertpapieren,

Darlehen und Guthaben bei Kreditinstituten

Grundstückserträge

Beteiligungserträge

Bruttoerträge der Kapitalanlagen

ab: planmäßige Gebäudeabschreibungen

ab: Aufwendungen für die Vermögensverwaltung

Nettoerträge der Kapitalanlagen

zu: Sonstige Zinserträge

ab: Zinsaufwendungen

+	8
+	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8
-	8
-	8
+	8
+	8

gungen); sie sind hinsichtlich des Ergebnisses der einzelnen Perioden insoweit außerordentlich, als sie nicht regelmäßig anfallen.

Valutarische Kursgewinne und Kursverluste aus Kapitalanlagen in ausländischen Währungen zählen insoweit zum (außerordentlichen) Finanzergebnis als diese Kapitalanlagen nicht Bedeckungswerte für Verbindlichkeiten in diesen ausländischen Währungen darstellen. Valutarische Kursgewinne und Kursverluste aus den Bedeckungswerten sind in der Erfolgsanalyse gegen die meist gegenläufigen valutarischen Kursdifferenzen aus Verbindlichkeiten und Rückstellungen (insbesondere versicherungstechnischen Rückstellungen) in ausländischen Währungen aufzurechnen.

Die durchschnittliche **Rendite der Kapitalanlagen** (das ist das Verhältnis zwischen den ordentlichen Erträgen der Kapitalanlagen im Bilanzjahr und deren mittlerem Stand) ist eine wichtige Kennzahl.

Die **Höhe der Rendite** wird von der **Struktur der Kapitalanlagen** beeinflusst. Der Grundbesitz, die Aktien und die Beteiligungen weisen in der Regel niedrige laufende Renditen auf, wenn die Buchwerte, die die Berechnungsgrundlage bilden, nicht größere stille Rücklagen enthalten; eine getrennte Berechnung der Renditen des Grundbesitzes, der Aktien, der Beteiligungen und aller übrigen Kapitalanlagen ist daher angezeigt. Den niedrigeren laufenden Renditen steht beim Grundbesitz, bei den Aktien und bei den Beteiligungen im Laufe der Zeit (dh längerfristig) meist eine Steigerung des Wertes dieser Vermögensgegenstände gegenüber; im Einzelfall bzw kurzfristig können sich allerdings auch Wertminderungen ergeben.

9. Die Vorschriften für die Prüfung der Jahresabschlüsse der Versicherungsunternehmen

Die Vorschriften für die Prüfung der Jahresabschlüsse der Versicherungsunternehmen (gleichgültig, ob in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft, einer Europäischen Gesellschaft [SE] oder eines großen Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit) unterscheiden sich in einigen Belangen von den Vorschriften für die Prüfung der Rechnungsabschlüsse von anderen Aktiengesellschaften. Die Bestimmungen über die **Prüfung der Jahresabschlüsse** der Versicherungsunternehmen sind in den §§ 260-266 VAG enthalten.

In der Abschlussprüfung kommt die Doppelfunktion der Rechnungslegungsvorschriften klar zum Ausdruck. Die **Abschlussprüfung** bleibt zwar in erster Linie auch bei Versicherungsunternehmen ein **gesellschaftsrechtliches Instrument**, ist aber – wie auch bei anderen Finanzdienstleistern – zugleich ein wichtiges **Hilfsmittel für die aufsichtsbehördliche Kontrolle der Finanzgebarung**. Der Abschlussprüfer ist jedoch keineswegs verlängerter Arm, sondern eigenständiger Partner der Aufsichtsbehörde. Die Bedeutung der Berichte des Abschlussprüfers für die Feststellung von Mängeln in der Geschäftsgebarung von Versicherungsunternehmen und die Ergreifung von Maßnahmen zu ihrer Behebung durch die FMA wird ausdrücklich von Gesetz wegen anerkannt (vgl. § 3 Abs. 5 Finanzmarktaufsichtsbahrdengesetz).

Die **Wahl des Abschlussprüfers** hat vor Beginn des zu prüfenden Geschäftsjahres zu erfolgen (und nicht wie allgemein im UGB vorgesehen vor Ablauf des Geschäftsjahres). Der gewählte Abschlussprüfer und die beim gewählten Abschlussprüfer für die Abschlussprüfung verantwortlichen natürlichen Personen sind der FMA unverzüglich bekanntzugeben. Die FMA kann, wenn sie gegen die Bestellung bedenken hat, bei Gericht die Bestellung eines anderen Abschlussprüfers verlangen. Im Übrigen gelten für die Bestellung des Abschlussprüfers die allgemeinen Vorschriften des UGB. Die wichtigste Bestellungs Voraussetzung ist, dass der Abschlussprüfer ein **Wirtschaftsprüfer** oder eine **Wirtschaftsprüfungsgesellschaft** nach dem Wirtschaftstreuhänderberufsgesetz sein muss.

Ein Wirtschaftsprüfer darf ein bestimmtes Unternehmen nicht prüfen, wenn ein Ausschlussgrund im Sinne des UGB vorliegt. Dabei handelt es sich um Tatbestände, die auf eine Abhängigkeit von dem zu prüfenden Unternehmen schließen lassen. Die **Ausschlussgründe** des § 271a UGB sind auf die Abschlussprüfer von Versicherungsunternehmen ohne Berücksichtigung von Größenmerkmalen anwendbar. Dazu gehört das sogenannte Rotationsprinzip, wonach Versicherungsunternehmen nicht mehr als zehn Geschäftsjahre hintereinander vom selben Prüfer geprüft werden dürfen (**externe Rotation**).

Neben den allgemeinen Vorschriften über die Aufgaben des Abschlussprüfers (vgl. § 269 UGB) hat der Abschlussprüfer bei Versicherungsunternehmen zusätzliche Prüfungen vorzunehmen; dadurch werden für die FMA wesentliche Sachverhalte einer externen Prüfung unterzogen. Dies betrifft:

- die Prüfung des **Berichts über die Solvabilität und Finanzlage**; hierbei sind insbesondere die Solvenzbilanz, die Rahmenbedingungen zur Berechnung der Solvenzkapitalanforderung, die Berechnung der Mindestkapitalanforderung und die Bestimmung, Einstufung und Anrechnung der Eigenmittelbestandteile zu prüfen
- die Prüfung der **Funktionsfähigkeit des internen Kontrollsystems**, des **Risiko-management-Systems** und der **Internen Revision** unter Zugrundelegung der Vorschriften, die als Voraussetzung für ein wirksames Governance-System definiert sind
- die Prüfung der Funktionsfähigkeit der zur Einhaltung von § 4 bis § 17, § 19 Abs. 2, § 20 bis § 24, § 29 und § 40 Abs. 1 FM-GwG eingerichteten Strategien, Verfahren und Kontrollen (**Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung**)
- die Auswirkung **gruppeninterner Transaktionen** gemäß § 221 VAG auf die Solvabilität
- die Prüfung der Beachtung des FKG hinsichtlich der Auswirkung gruppeninterner Transaktionen auf die Solvabilität und der Funktionsfähigkeit der internen Kontrollmechanismen für die Vorlage von Informationen und Auskünften, die für die zusätzliche Beaufsichtigung von Belang sind
- das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für die Bewertung und insbesondere die Höhe der im Unternehmen vorhandenen stillen Nettoreserven im Fall der Anwendung des § 149 Abs. 2 letzter Satz VAG
- die Prüfung der **Beachtung der von der FMA an des Versicherungsunternehmen übermittelten Bescheide und Schreiben**
- bei kleinen Versicherungsunternehmen die Beachtung der Vorschriften über die Eigenmittelausstattung und Kapitalanlage

Diese zusätzlichen Prüfungen sind nicht Bestandteil der Prüfung des Jahresabschlusses. Deshalb ist das Ergebnis nicht vom Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers mitumfasst sondern gemäß § 264 VAG im sogenannten **aufsichtlichen Prüfbericht** darzustellen (Anlage zum Prüfbericht über den Jahresabschluss). Teile der Berichterstattung über das Ergebnis der erwähnten Prüfungen sind mit einer sogenannten positiven Zusicherung, alle anderen mit einer negativen Zusicherung zu verbinden. Der Abschlussprüfer hat auch über wesentliche Wahrnehmungen im Rahmen seiner Tätigkeit zu berichten, die darauf hindeuten, dass die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen beeinträchtigt werden könnte.

Nach den Bestimmungen des § 265 Abs.1 VAG hat der Abschlussprüfer **der FMA unverzüglich schriftlich alle Tatsachen anzuzeigen und zu erläutern**, von denen er bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben Kenntnis erlangt hat und die

- eine Verletzung von Rechts- oder Verwaltungsvorschriften, die die Zulassungsbedingungen regeln oder auf die Ausübung der Geschäftstätigkeit des Versicherungsunternehmens Anwendung finden
- die Beeinträchtigung der Fortsetzung der Geschäftstätigkeit des Versicherungsunternehmens nach sich ziehen können
- die Ablehnung der Bestätigung ordnungsmäßiger Rechnungslegung oder diesbezügliche Vorbehalte nach sich ziehen können
- die Nichtbedeckung der Solvenzkapitalanforderung bzw. der Mindestkapitalanforderung nach sich ziehen können.

10. Vorschriften über die Offenlegung der Jahresabschlüsse

Der **komplette Jahresabschluss** (Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnungen und Anhang) und der **komplette Lagebericht** müssen

- beim Firmenbuch hinterlegt werden
- ab sechs Monate nach dem Ende des Geschäftsjahres am Sitz des Unternehmens und bei jeder Geschäftsstelle bis zum Ende des dritten dem Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahrs für jedermann zur Einsichtnahme aufliegen
- jedermann auf Verlangen gegen Ersatz der Kosten ausgefolgt werden

Die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung und Teile des Anhangs müssen im Amtsblatt zur **Wiener Zeitung** veröffentlicht werden.

Neben dem Einzelabschluss muss auch der **Konzernabschluss** offengelegt werden.

11. Kennzahlen

Kennzahlen sollen der Unternehmensleitung Informationen über bestimmte strukturelle Gegebenheiten des eigenen Unternehmens und anderer Unternehmen und deren Veränderung geben. Kennzahlen werden sowohl für zwischenbetriebliche Vergleiche als auch für Zeitvergleiche verwendet.

Kennzahlen führen nur dann zu richtigen Schlussfolgerungen bei ihren Benutzern, wenn sie sinnvoll aufgebaut sind – dh Kausalzusammenhänge richtig berücksichtigen – und richtig interpretiert werden.

a) Arten von Kennzahlen

Ausgangsgrundlage der Kennzahlen bilden die Grundzahlen (absolute Wert- oder Mengengrößen).

Man unterscheidet folgende Kennzahlen:

1. Gliederungszahlen:

Verhältnis eines Teiles zur Gesamtgröße.

2. Indexzahlen:

Entwicklung einer Größe im Zeitvergleich (Ausgangsgröße = 100); Indexzahlen können von Grundzahlen und von Kennzahlen errechnet werden.

3. Beziehungszahlen:

Verhältnis zwischen zwei selbständigen Größen, die in einem Kausalzusammenhang stehen.

Beziehungszahlen können errechnet werden:

1. aus zwei Wertgrößen

Beispiel: Schadensatz = $\frac{\text{wirksame Schäden}}{\text{abgegrenzte Prämien}}$

2. aus einer Wertgröße und einer Mengengröße

Beispiel: Durchschnittsaufwand pro Schadenfall = $\frac{\text{wirksame Schäden}}{\text{Schadenanzahl}}$

3. aus zwei Mengengrößen

Beispiel: Schadenhäufigkeit = $\frac{\text{Schadenanzahl}}{\text{Vertragsanzahl}}$

b) Beispiele für Kennzahlen⁹

Als Beispiele für sinnvolle (aussagefähige) Kennzahlen von Versicherungsunternehmen seien angeführt:

1. Bilanz

Kapitalanlagen	:	Bilanzsumme	G
Eigenmittel	:	Bilanzsumme	G
Versicherungstechnische Rückstellungen	:	Bilanzsumme	G
Kapitalanlagen	:	Versicherungstechnische Rückstellungen	BWW
Prämienforderungen an Versicherungsnehmer	:	Vorschreibungen an Versicherungsnehmer im direkten Geschäft	BWW
Eigenmittel	:	Eigenbehaltsprämien	BWW
Prämienüberträge im direkten Geschäft	:	Verrechnete Prämien im direkten Geschäft	BWW 10
Schadenrückstellung	:	Abgegrenzte Prämien	BWW 10
Schadenrückstellung für das Rechnungsjahr	:	Schadenzahlungen im Rechnungsjahr	BWW 10
Schadenrückstellung für das Rechnungsjahr	:	Abgegrenzte Prämien	BWW 10
Schadenrückstellung für das Rechnungsjahr	:	Schadenanzahl	BWM 10
Rückstellung für Spätschäden	:	Wirksame Schäden für das Rechnungsjahr	BWW 10

⁹ G = Gliederungszahlen
 BWW = Beziehungszahlen von zwei Wertgrößen
 BWM = Beziehungszahlen von einer Wert- und einer Mengengröße
 BMM = Beziehungszahlen von zwei Mengengrößen

¹⁰ diese Kennzahlen sind nur sinnvoll, wenn sie für einen bestimmten Versicherungszweig oder eine Tarifgruppe errechnet werden

2. Erfolgsrechnung

Prämien im direkten Geschäft	:	Prämien insgesamt	G	
Prämien im indirekten Geschäft	:	Prämien insgesamt	G	
Prämien pro Sparte im direkten Geschäft	:	Prämien im direkten Geschäft insgesamt	G	
Verrechnete Prämien	:	Vertragsanzahl (Durchschnittsprämie pro Vertrag)	BWM	10
Schadenanzahl	:	Vertragsanzahl (Schadenhäufigkeit)	BMM	10
Wirksame Schäden für das Rechnungsjahr	:	Schadenanzahl (Durchschnittsaufwand pro Schadenfall)	BWM	
Wirksame Schäden	:	Abgegrenzte Prämien (Schadensatz)	BWW	
Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb	:	Abgegrenzte Prämien (Kostensatz)	BWW	
Zusätzliche Kapitalerträge	:	Abgegrenzte Prämien (nur für Lebensversicherungen)	BWW	
Ordentliche technische Kapitalerträge	:	Abgegrenzte Prämien	BWW	
Ordentliche Erträge der Kapitalanlagen (brutto oder netto)	:	Bilanzwert der Kapitalanlagen (Rendite)	BWW	
Rückversicherungsprämien	:	Bruttoprämien (Abgabequote)	BWW	
Technisches Ergebnis	:	Abgegrenzte Prämien	BWW	
Ergebnis aus Rückversicherungsabgaben	:	Bruttoergebnis	BWW	

12. Konzernabschlüsse

Zur **Verbesserung des Einblicks** in die Vermögens-, Finanz und Ertragslage müssen **verbundene Unternehmen** (das sind Unternehmen, die unter einheitlicher Leitung stehen oder an denen das übergeordnete Unternehmen eine Beherrschungsmöglichkeit hat) einen Konzernabschluss aufstellen.

Der Konzernabschluss hat weder **zivilrechtliche** noch **steuerrechtliche** Konsequenzen (kein gemeinsamer Dividendenanspruch, keine gemeinsame Haftung, keine gemeinsame Besteuerungsgrundlage); es dient lediglich der Verbesserung des Einblicks in die wirtschaftliche Lage des Konzerns.

Der Konzernabschluss entsteht durch **Zusammenfassung** der Posten der Bilanzen und der Gewinn- und Verlustrechnungen aller einzubeziehender Unternehmen mit anschließender

- **Kapitalkonsolidierung** (Aufrechnung der Beteiligung an dem Tochterunternehmen gegen das Eigenkapital des Tochterunternehmens)
- **Schuldenkonsolidierung** (Aufrechnung der konzerninternen Forderungen und Verbindlichkeiten) und
- **Ertrags- und Aufwandskonsolidierung** (Eliminierung der konzerninternen Umsätze)

In den Konzernabschluss eines Versicherungsunternehmens oder einer Versicherungsholding-Gesellschaft sind **nur einzubeziehen**

- Versicherungs-Holdinggesellschaften
- Versicherungsunternehmen
- Unternehmen, die eine Verlängerung der Versicherungstätigkeit oder eine Hilfstätigkeit für die Versicherungstätigkeit ausüben

Beteiligungen an anderen Unternehmen (auch wenn es sich um verbundene Unternehmen handelt) sind in der Konzernbilanz nach der sogenannten **Equity-Methode** zu bewerten.

Bei der Erstellung des Konzernabschlusses sind konzerninterne **Zwischenerfolge** auszuscheiden.

In der Konzernbilanz sind alle Vermögens- und Schuldposten **einheitlich anzusetzen** und zu bewerten.

Von der einheitlichen **Bewertung** sind ausgenommen

- die versicherungstechnischen Rückstellungen und
- Vermögensgegenstände, deren Wertänderungen auch Rechte der Versicherungsnehmer beeinflussen oder begründen.

Die Ausscheidung von **Zwischenerfolgen** kann unterbleiben

- wenn das Geschäft zu gewöhnlichen Marktbedingungen abgeschlossen wurde und
- dadurch Rechtsansprüche der Versicherungsnehmer begründet wurden.

13. Die Beurteilung von Rechnungsabschlüssen von Versicherungsunternehmen

Abschließend sei noch kurz dargestellt, welche Zahlen der Rechnungsabschlüsse der Versicherungsunternehmen für den Bilanzleser von Interesse sind und welche Schlüsse daraus abgeleitet werden können:

a) Bilanzsumme

Sie wird in erster Linie bestimmt durch die versicherungstechnischen Rückstellungen (Verpflichtungen aus den aufrechten Versicherungsverträgen). Sie erlaubt Rückschlüsse auf die finanzielle Potenz des Unternehmens (Möglichkeiten der Kapitalveranlagung).

b) Höhe und Struktur (Zusammensetzung) der Kapitalanlagen

Von den Kapitalanlagen hängt die Höhe des finanziellen Ergebnisses ab. Aufschlussreich ist der Anteil der Sachwerte an den gesamten Kapitalanlagen (Grundbesitz, Aktien und Investmentfondszertifikate mit hohem Anteil von Aktien).

c) Eigenkapital

Es hat nur die Funktion des Risikoträgers, keine Finanzierungsfunktion. Interessanter als die Relation zur Bilanzsumme ist die Relation der Eigenmittel zum Geschäftsumfang. Je größer ein Versicherungsunternehmen ist, umso niedriger könnte objektiv betrachtet das Eigenkapital im Verhältnis zum Geschäftsumfang sein (besserer Ausgleich der Risiken nach dem Gesetz der großen Zahl).

d) Prämien

Die Höhe der Prämien bringt den Geschäftsumfang zum Ausdruck; neben der Höhe ist auch die Zusammensetzung der Prämien nach der Art des Geschäfts (direktes oder indirektes Geschäft) und nach Sparten von Interesse. In der Lebensversicherung ist auch der Anteil der Einmalprämien an den gesamten Prämien von Bedeutung für die Beurteilung des Geschäftsvolumens.

e) Rückversicherungsprämien

Aufschlussreich ist das Verhältnis zwischen den Bruttoprämien und den Rückversicherungsprämien. Je größer ein Versicherungsunternehmen ist, umso niedriger kann im Allgemeinen der Anteil der Rückversicherungsabgaben sein. Die Aufgliederung der (abgegrenzten) Rückversicherungsprämien nach Sparten ist aus den veröffentlichten Gewinn- und Verlustrechnungen nicht ersichtlich; sie kann allerdings der von der FMA veröffentlichten Bilanzstatistik entnommen werden. Das Verhältnis zwischen Bruttoprämien und Rückversicherungsprämien wird auch durch die Struktur der Rückversicherungsverträge (proportionale und nicht proportionale Verträge) entscheidend beeinflusst; bei nicht proportionalen Verträgen kann eine wirtschaftlich ausreichende Abdeckung von Risikospitzen durch wesentlich niedrigere Prämien erreicht werden. Das Ausmaß der Rückversicherung wird bei manchen Versicherungsunternehmen nicht nur durch versicherungstechnische Erfordernisse, sondern auch durch konzernpolitische Erwägungen beeinflusst.

f) Schadenbelastung

Die Schadensätze (Verhältnis zwischen abgegrenzten Prämien und Aufwendungen für Versicherungsfälle) können sowohl für das Bruttogeschäft als auch für den Eigenbehalt ermittelt werden. Aus den Angaben im Anhang können für die Schaden- und Unfallversicherung die Schadensätze in der Bruttorechnung im direkten Geschäft pro Versicherungssparte errechnet werden; die Aufwendungen für Versicherungsfälle enthalten allerdings neben den wirksamen Schäden im engeren Sinn auch die Schadenverhütungs-, Schadenabwehr- und Schadenbearbeitungskosten. In der Lebensversicherung und in der Krankenversicherung müssen die ausgewiesenen Aufwendungen für Versicherungsfälle und die Veränderungen der Deckungsrückstellung (abzüglich rechnungsmäßige Zinsen) gemeinsam betrachtet werden.

XIII. Die versicherungstechnischen Rückstellungen

1. Übersicht

Zu den versicherungstechnischen Rückstellungen werden die folgenden Bilanzposten auf der Passivseite der Bilanzen der Versicherungsunternehmen gezählt:

- a) Prämienüberträge,
- b) Deckungsrückstellung,
- c) Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle,
- d) Rückstellung für erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung,
- e) Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer,
- f) Schwankungsrückstellung
- g) Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen.

Als gesonderter Hauptposten sind die versicherungstechnischen Rückstellungen der fondsgebundenen Lebensversicherung auf der Passivseite der Bilanz auszuweisen.

Die versicherungstechnischen Rückstellungen mit Ausnahme der Schwankungsrückstellung sind **Fremdmittel** (Verbindlichkeiten, Rückstellungen für ungewisse Schulden, passive Rechnungsabgrenzungsposten). Sie werden für die Verpflichtungen aus den bestehenden Versicherungsverträgen gebildet, enthalten allerdings mitunter (bei vorsichtiger Bilanzierung) stille Rücklagen. Die Schwankungsrückstellung nimmt eine Sonderstellung ein.

Die absolute Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen gestattet keine Aussage über die **Bonität eines Versicherungsunternehmens**; hohe versicherungstechnische Rückstellungen sind nur dann ein Zeichen für die gute Fundierung eines Versicherungsunternehmens, wenn der hohe Stand dieser Rückstellungen auf eine besonders vorsichtige Ermittlungsweise zurückzuführen ist und die Rückstellungen daher stille Rücklagen enthalten.

In § 150 VAG wird angeordnet, dass versicherungstechnische Rückstellungen insoweit zu bilden sind, wie dies nach **vernünftiger unternehmerischer Beurteilung** notwendig ist um die **dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen** aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten. Im Rahmen der Bewertung ist auf den **Grundsatz der Vorsicht** Bedacht zu nehmen.

Bestehen **versicherungsmathematische Grundlagen** für die Berechnung versicherungstechnischer Rückstellungen, so ist diesen Grundlagen entsprechend vorzugehen.

Für die **steuerliche Behandlung** der versicherungstechnischen Rückstellungen enthält das Körperschaftsteuergesetz besondere Vorschriften. Gemäß § 15 Abs 1 KStG 1988 in der geltenden Fassung sind Zuführungen zu versicherungstechnischen Rückstellungen insoweit

abzugsfähig, als deren **Bildung im Versicherungsaufsichtsgesetz** oder in den dazu ergangenen **Verordnungen vorgeschrieben** ist. Die Rückstellungen dürfen den Betrag nicht übersteigen, der zur Sicherstellung der Verpflichtungen aus den am Bilanzstichtag bestehenden Versicherungsverträgen **erforderlich** ist; für die Lebensversicherung, die Krankenversicherung und die nach Art der Lebensversicherung betriebene Unfallversicherung sind die versicherungstechnischen Rückstellungen unter Verwendung der der FMA gemäß § 92 Abs. 1 bzw § 102 Abs. 1 VAG vorgelegten oder mitgeteilten **versicherungsmathematischen Grundlagen** zu berechnen.

Die Rechnungslegungsvorschriften im VAG sehen vor, dass die versicherungstechnischen Rückstellungen in den Bilanzen der Versicherungsunternehmen **nach Abzug der Anteile der Rückversicherer** (also mit den für den Eigenbehalt der Versicherungsunternehmen erforderlichen Beträgen) auf der Passivseite auszuweisen sind, dass aber in einer Vorkolonne die Bruttobeträge und die Anteile der Rückversicherer gesondert darzustellen sind.

Eine Ergänzung der versicherungstechnischen Rückstellungen für den Eigenbehalt bilden die **Depotverbindlichkeiten** gegenüber den Rückversicherern. In vielen Rückversicherungsverträgen ist vorgesehen, dass der Zedent Depots für die Anteile oder einen Teil der Anteile der Rückversicherer an den versicherungstechnischen Rückstellungen einbehält. In der Schaden- und Unfallversicherung stimmen die einbehaltenen Depots meist mit den Anteilen der Rückversicherer an den versicherungstechnischen Rückstellungen betragsmäßig nicht überein; in der Lebensversicherung ist dagegen in der Regel diese Übereinstimmung gegeben, da der Erstversicherer die Bruttobeträge der versicherungstechnischen Rückstellungen durch Deckungsstockwerte bedecken muss.

In der **Gewinn- und Verlustrechnung** werden die **Veränderungen der Prämienüberträge** und der **Stornorückstellung** (Unterschied zwischen dem Stand am Jahresanfang und dem Stand am Jahresende) in die Berechnung der abgegrenzten Prämien einbezogen. Die **Veränderungen der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle** gehen in die Berechnung der (abgegrenzten) Aufwendungen für Versicherungsfälle ein; die **Veränderungen der Rückstellung für erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung** beeinflussen den Aufwand für erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung. Die **Veränderungen der Deckungsrückstellung** in der Lebens- und Krankenversicherung und in der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr sowie die **Veränderungen der Schwankungsrückstellung und der sonstigen versicherungstechnischen Rückstellungen** (mit Ausnahme der Stornorückstellung) werden in der Gewinn- und Verlustrechnung gesondert ausgewiesen. Die **Zuweisung an die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung** (Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer) wird in der Gewinn- und Verlustrechnung gleichfalls als gesonderter Aufwandsposten ausgewiesen.

Die **Portfeuilleveränderungen** (Übernahmen und Abgaben) werden in der Gewinn- und Verlustrechnung in die Veränderungen der betreffenden versicherungstechnischen Rückstellungen einbezogen; dasselbe gilt für die **valutarischen Kursdifferenzen** (Unterschiede zwischen dem mit den Devisenkursen am Anfang und am Ende des Geschäftsjahrs in Euro umgerechneten Stand der versicherungstechnischen Rückstellungen in ausländischen Währungen am Anfang des Geschäftsjahrs).

Die **abgegrenzten Prämien** (verrechnete Bruttoprämien bzw Rückversicherungsprämien, zuzüglich oder abzüglich der Portefeuilleprämien und der Veränderungen der Prämienüberträge, der Prämienabgrenzungen und der Stornorückstellung) werden als **abgegrenzte Prämien** bezeichnet. Die **abgegrenzten Aufwendungen für Versicherungsfälle** (Schadenzahlungen und Schadenerhebungsaufwendungen abzüglich Regresseinnahmen bzw Anteile der Rückversicherer an diesen Zahlungen, zuzüglich oder abzüglich der Portefeuilleschäden und der Veränderungen der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle; ohne die in den Aufwendungen für Versicherungsfälle enthaltenen Schadenregulierungsaufwendungen) werden als **wirksame Schäden** bezeichnet; die abgegrenzten Aufwendungen für Versicherungsfälle zuzüglich bzw abzüglich der um die rechnungsmäßigen Zinsen berichtigten Veränderung der Deckungsrückstellung bilden in der Lebensversicherung, in der Krankenversicherung und in der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr die **versicherungstechnischen Aufwendungen**.

2. Die Prämienüberträge

a) Das Wesen und die Bedeutung der Prämienüberträge

Die Prämien werden den Versicherungsnehmern in der Regel **im vorhinein** für die gesamte **Versicherungsperiode** oder (bei unterjähriger Zahlungsweise) für einen Teil der Versicherungsperiode vorgeschrieben; in manchen Sparten erfolgt die Prämienvorschreibung nicht für eine Versicherungsperiode sondern für die **gesamte Vertragsdauer** (Teilzahlungskreditversicherungen; Haushaltversicherungen gegen Einmalprämien, kurzfristige Versicherungen wie Transportversicherungen, Kfz-Zusatzversicherungen für grüne Karten, kurzfristige Kfz-Fahrzeugversicherungen und Unfallversicherungen wie zB Flug-Unfallversicherungen, Auslandsreiseversicherungen). In einigen Versicherungssparten, in denen die Prämien von der im Laufe der Versicherungsperiode wechselnden Höhe des Risikos abhängt, werden **Differenzprämien** aufgrund der Meldungen der Versicherungsnehmer **im Nachhinein** verrechnet.

Aufgrund der Tatsache, dass die Prämien größtenteils **im vorhinein vorgeschrieben** werden und der Zeitraum, für den die Versicherungsunternehmen aufgrund dieser Prämienvorschreibungen das Risiko tragen, in der Regel über den Bilanzstichtag hinausreicht, ist es notwendig, in die Bilanzen der Versicherungsunternehmen für die über den Bilanzstichtag hinausreichenden Verpflichtungen einen Passivposten einzustellen. Dieser Passivposten, der als Prämienübertrag bezeichnet wird, ist seinem Wesen nach ein **Rechnungsabgrenzungsposten**.

Gegen eine **zeitliche Abgrenzung** der Prämien durch Prämienüberträge könnte eingewendet werden, dass nach allgemeinen Bilanzierungsgrundsätzen Gewinne frühestens erst am Ende einer Versicherungsperiode realisiert werden dürften (Realisationsprinzip) und dass die Prämienüberträge zumindest ausreichen müssten, um die aus den aufrechten Versicherungsverträgen nach dem Bilanzstichtag zu erwartenden Schäden und Kosten zu decken (**Grundsatz der verlustfreien Bewertung**).

Dem Erfordernis der verlustfreien Bewertung soll dadurch entsprochen werden, dass neben den Prämienüberträgen, die als reine Rechnungsabgrenzungsposten berechnet werden, in jenen Sparten, in denen die Prämienüberträge bzw die nach dem Bilanzstichtag während der restlichen Vertragslaufzeit anfallenden Prämien nicht zur Deckung der nach dem Bilanzstichtag anfallenden Schäden und Betriebsaufwendungen ausreichen, **Rückstellungen für drohende Verluste** gebildet werden.

Gegen eine **zeitanteilige Abgrenzung** der Prämien kann das Argument vorgebracht werden, dass sich die Schäden in manchen Sparten **nicht gleichmäßig** über das ganze Jahr verteilen, sondern saisonale Schwankungen aufweisen; diesem Umstand wird durch eine rein zeitanteilige Abgrenzung nicht Rechnung getragen.

§ 151 Abs. 1 VAG bestimmt, dass Prämienüberträge jene **Teile der verrechneten Prämien** sind, die sich auf einen **nach dem Ende des Geschäftsjahres liegenden Zeitraum** beziehen. Das VAG sieht weiter vor, dass die Prämienüberträge grundsätzlich für jeden Versicherungsvertrag nach einer **zeitanteiligen Einzelberechnung** zu ermitteln sind. In Versicherungszweigen, in denen die Annahme zeitlicher Proportionalität zwischen Risikoverlauf und Prämie nicht zutrifft, sind Berechnungsverfahren anzuwenden, die der im Zeitablauf unterschiedlichen Entwicklung des Risikos Rechnung tragen.

Die Prämienüberträge können auch alternativ durch **Näherungsverfahren** ermittelt werden, wenn deren Ergebnisse denen einer zeitanteiligen Einzelberechnung für jeden Versicherungsvertrag nahekommen. In der Rechnungslegungsverordnung (§ 10 Abs 1) wird die 1/24-Methode als ein zulässiges Näherungsverfahren bezeichnet.

Bei **unterjähriger Zahlungsweise** sind die bereits verrechneten, aber noch nicht fälligen Prämienraten, die als versicherungstechnisch gestundet gelten, nicht als Prämienforderungen auszuweisen, sondern vom Prämienübertrag abzuziehen.

Die größte Bedeutung haben die Prämienüberträge in der **Schaden- und Unfallversicherung**.

In der **Lebensversicherung** ist in den neueren Geschäftsplänen meist vorgesehen, dass die Prämienüberträge nach ähnlichen Grundsätzen berechnet werden wie in der Schaden- und Unfallversicherung. In jedem Fall wird die Berechnung der Prämienüberträge in den versicherungsmathematischen Grundlagen für die Lebensversicherung geregelt. Die Prämienüberträge bilden zusammen mit der Deckungsrückstellung die sogenannte **"mathematische Reserve"**; diese wurde früher gemeinsam berechnet und anschließend schlüsselmäßig auf die beiden Bilanzposten aufgeteilt.

In der **Krankenversicherung** werden hauptsächlich Monatsprämien vorgeschrieben, Prämienüberträge sind daher nur in geringem Umfang zu bilden; dasselbe gilt teilweise auch für die Kleinlebensversicherung und die Volksunfallversicherung.

b) Die Verfahren zur Berechnung der Prämienüberträge

Eine **genaue Berechnung** der Prämienüberträge setzt voraus, dass für jeden einzelnen Vertrag ermittelt wird, welche Prämienteile über den Bilanzstichtag hinausreichen.

Nach dem derzeitigen Stand der Verwendung von Datenverarbeitungsanlagen für die Bestandsführung bereitet eine **genaue Berechnung** der Prämienüberträge im Allgemeinen keine Schwierigkeiten.

In der Vergangenheit wurden überwiegend Pauschal- oder Näherungsverfahren angewendet.

Bis zum Ende des zweiten Weltkriegs wurden die Prämienüberträge im Allgemeinen nach einem **Pauschalverfahren** berechnet. Der pauschale Übertragungssatz betrug 40 % der Prämien des Bilanzjahres; diesem Pauschalsatz lag die Ausnahme zugrunde, dass sich die Prämienfälligkeiten gleichmäßig über das ganze Jahr verteilen, dass es sich ausschließlich um Jahresprämien handelt und dass von den Prämien 20 % zur Deckung der mit der Prämienvorschreibung verbundenen Aufwendungen (Provisionen, Inkassokosten) benötigt werden (40 % = 50 % von 80 % der Prämien).

Der Berechnung der Prämienüberträge nach der **1/24-Methode** liegt die Annahme zugrunde, dass die Prämien im Durchschnitt jeweils in der Monatsmitte fällig werden. Es werden daher von den im Jänner fällig gewordenen Jahresprämien 1/24 (angenommene Versicherungsperiode vom 15. Jänner des Bilanzjahres bis zum 14. Jänner des Folgejahres) und von den im Dezember vorgeschriebenen Jahresprämien 23/24 (angenommene Versicherungsperiode vom 15. Dezember des Bilanzjahres bis zum 14. Dezember des Folgejahres) als Prämienüberträge in die Bilanz eingestellt; bei Halbjahresprämien sind von den in den Monaten Juli bis Dezember fällig gewordenen Prämien 1/12 bis 11/12, bei Vierteljahresprämien sind von den in den Monaten Oktober bis Dezember fällig gewordenen Prämien 1/6 bis 5/6 zu übertragen.

Um die Prämienüberträge nach der 1/24-Methode berechnen zu können, müssen die Prämien nach Fälligkeitsmonaten und nach der Zahlungsart (dh nach der Länge des Zeitraumes, für den sie vorgeschrieben werden) aufgliedert werden.

Die Prämienüberträge nach der 1/24-Methode können von den in den einzelnen Monaten **gebuchten Prämien** oder von den nach Fälligkeitsmonaten (und Zahlungsart) gegliederten **Folgeprämien des aufrechten Versicherungsbestandes** am Bilanzstichtag (den sogenannten Bestandsprämien) berechnet werden. Zu einem genauen Ergebnis führt lediglich die Berechnung von den Bestandsprämien; die Berechnung von den in den einzelnen Monaten gebuchten Prämien ist aus den folgenden Gründen ungenau:

- a) Der Vorschreibungszeitraum für die Erstprämien und für die Stornoprämien stimmt oft nicht mit dem Vorschreibungszeitraum für die Folgeprämien (Zahlungsart der Folgeprämien) überein; die Abgrenzung der Erstprämien und der Stornoprämien ist daher, wenn der Berechnung der Prämienüberträge von den gebuchten Erst- und Stornoprämien die Zahlungsart für die Folgeprämien zugrundegelegt wird, vielfach nicht richtig.

- b) Die Erstprämien werden vielfach nicht in dem Monat gebucht, in dem die Versicherungsperiode, für die die Erstprämien verrechnet werden, beginnt; insbesondere werden aber die Prämienstorni in der Regel in einem späteren Monat gebucht als die Vorschreibung der später stornierten Prämien. Dadurch werden die Prämienüberträge, die von den in den einzelnen Monaten gebuchten Prämien und Prämienstorni berechnet werden, zu niedrig ausgewiesen (zB Vorschreibung einer Jahresprämie im April, Storno im Oktober; von der vorgeschriebenen Prämie wird ein Prämienübertrag von $\frac{7}{24}$ berechnet, durch den Storno derselben Prämie wird der Übertrag um $\frac{19}{24}$ gekürzt; es ergibt sich am Bilanzstichtag 31. Dezember eine unrichtige Kürzung der Prämienüberträge um $\frac{12}{24}$ der stornierten Prämie).

Die Berechnung nach der 1/24-Methode führt auch bei Zugrundelegung der Bestandsprämien zu keinem richtigen Ergebnis, wenn sich die **Fälligkeiten der Folgeprämien** nicht gleichmäßig auf die einzelnen Monatstage verteilen, sondern auf einen bestimmten Tag (zB den Monatsersten) konzentrieren; in diesem Fall wäre die 1/24-Methode durch die 1/12-Methode zu ersetzen.

Für **kurzfristige Versicherungen**, die nicht über den Bilanzstichtag hinausreichen (zB kurzfristige Unfallversicherungen, kurzfristige Kfz-Fahrzeugversicherungen) und für die im Nachhinein vorgeschriebenen Prämien (aufgrund von Stichtagsabrechnungen) werden keine Prämienüberträge gebildet; auch von Monatsprämien werden in der Regel keine Prämienüberträge berechnet.

Einer besonderen Berechnung bedürfen die Prämienüberträge für Versicherungen, für die die Prämien für einen Zeitraum von **mehr als einem Jahr** vorgeschrieben werden; in diesen Fällen müssen auch von den in Vorjahren vorgeschriebenen Prämien noch Prämienüberträge in die Bilanz eingestellt werden.

Die von den vollen Prämien berechneten Prämienüberträge werden in der Schaden- und Unfallversicherung um einen **Kostenabzug** gekürzt. Dieser Kürzung der Prämienüberträge liegt die Überlegung zugrunde, dass aus den Prämien zunächst die mit der Prämienvorschreibung verbundenen Betriebsaufwendungen (insbesondere die Provisionen) zu decken sind, und dass nur der restliche Teil der Prämien auf den Zeitraum, für den die Prämien vorgeschrieben werden, zu verteilen ist. Im § 10 Abs 4 der Rechnungslegungsverordnung wird angeordnet, dass der **Kostenabschlag** in der **Kfz-Haftpflichtversicherung höchstens 10%** und **in den übrigen Versicherungszweigen höchstens 15%** betragen darf. Eine darüber hinausgehende **Aktivierung von Aufwendungen für den Versicherungsabschluss** ist **nicht zulässig**.

c) **Prämienüberträge für übernommene und abgegebene Rückversicherungen**

Für das **indirekte Geschäft** müssen die Prämienüberträge zumindest mit jenen Beträgen gebildet werden, die bei Auflösung der Verträge als Portefeuilleprämien an die Zedenten zurückgegeben werden müssen. Falls sich jedoch bei zeitlicher Abgrenzung der Prämien für

das übernommene Geschäft höhere Prämienüberträge ergeben, müssen diese in die Bilanz eingestellt werden, wenn der Übernahmevertrag über den Bilanzstichtag hinausreicht; dh, der niedrigere Portefeuille-Stornosatz ist nur dann anzusetzen, wenn die Auflösung des Rückversicherungsvertrags im Zeitpunkt der Bilanzerstellung bereits feststeht. Sehr oft liegen allerdings für eine genaue zeitliche Abgrenzung der Prämien für das indirekte Geschäft keine ausreichenden Informationen vor; in diesem Fall sind die Prämienüberträge durch ein geeignetes Näherungsverfahren zu ermitteln.

Die **Rückversichereranteile** an den Prämienüberträgen sind grundsätzlich unabhängig von den Prämienüberträgen in der Bruttorechnung zu ermitteln, da sich für die Rückversicherungsprämien unter Umständen eine wesentlich andere zeitlich Abgrenzung ergeben kann als für die Bruttoprämien. Dies gilt für die Schadenexzedentenverträge und für Stop-Loss-Verträge, für die die Prämien in der Regel jeweils für ein Kalenderjahr abgerechnet werden (für diese sind daher keine Prämienüberträge zu bilden), vielfach aber auch für Summenexzedentenverträge.

In Summenexzedentenverträgen kann vorgesehen sein, dass mit den Rückversicherern auch bei unterjähriger Prämienverrechnung mit den Versicherungsnehmern stets volle Jahresprämien verrechnet werden oder dass die Prämien mit den Rückversicherern jeweils nur bis zum Ende des Kalenderjahres abgerechnet werden. In der Regel weicht auch die zeitliche Verteilung der Exzedenten-Rückversicherungsprämien auf die einzelnen Monate von der zeitlichen Verteilung der Bruttoprämien ab (zB stärkerer Anteil von Jännerfälligkeiten, da Industrieversicherungen, bei denen Jännerfälligkeiten häufig vorkommen, meist in stärkerem Maße als andere Versicherungen im Rahmen von Summenexzedentenverträgen rückgedeckt werden).

Für die Brutto-Quotenabgaben stimmen die Prämienübertragssätze in der Regel mit den Sätzen, die für das Bruttogeschäft errechnet werden, überein. Für Netto-Quotenabgaben sind die Prämienüberträge von den Brutto-Prämienüberträgen abzüglich der Prämienüberträge für die sonstigen Rückversicherungsabgaben abzuleiten.

Nicht nur die Prämienübertragssätze für die Rückversicherungsabgaben können von den Übertragssätzen für die Bruttoprämien abweichen; auch der **Kostenabzug** ist in der Regel anders zu bemessen als in der Bruttorechnung. Richtig ist ein Kostenabzug in Höhe der Rückversicherungsprovisionen und zwar bei Staffelp Provisionen in Höhe der Mindestprovisionen.

Schließlich muss bei Berechnung des Anteils der Rückversicherer an den Prämienüberträgen auch noch beachtet werden, welche Vereinbarungen in den Rückversicherungsverträgen für die **Portefeuillerückgabe** bei Auflösung der Rückversicherungsverträge enthalten sind. In Anlehnung an den Niederstwertgrundsatz darf der Anteil der Rückversicherer an den Prämienüberträgen keinesfalls jenen Betrag übersteigen, der im Falle der Auflösung des Rückversicherungsvertrages als Portefeuillerückgabe vorgesehen ist. Falls der Betrag der Portefeuillerückgabe höher ist als der Betrag, der sich bei richtiger zeitlicher Verteilung der Rückversicherungsprämien auf die Zeit vor und nach dem Bilanzstichtag ergibt, dann ist der Anteil der Rückversicherer mit dem niedrigeren rechnerischen Abgrenzungsbetrag anzusetzen; solange ein Rückversicherungsvertrag nicht aufgelöst wird, ist die auf einen zu hohen

Portefeuille-Rückgabesatz zurückzuführende stille Rücklage beim Erstversicherer noch nicht realisiert.

Beispiel:

	Brutto	Abgegebene Rückversicherung
1. Prämien	1.000.000	500.000
2. Provisionen	100.000 = 10 %	125.000 = 25 %
3. Kostenabzug	15 % (pauschal)	25 %
4. Original-Übertragsatz		
a) vor Kostenabzug	40 %	40 %
b) nach Kostenabzug	34 %	30 %
5. Vertraglicher Portefeuille-Satz für Portefeuille-Übergaben und Portefeuille- Rückgaben		
Variante A		35 %
Variante B		25 %
6. Richtiger Satz für den Rückversichereranteil an den Prämienüberträgen		
Variante A		30 % ¹¹
Variante B		25 % ¹²

Die **Rückversichereranteile** an den Prämienüberträgen sind daher **gesondert** von den Brutto-Prämienüberträgen zu berechnen; unter Umständen müssen in einzelnen Sparten sogar für jeden einzelnen Rückversicherungsvertrag getrennte Berechnungen angestellt werden. In der Praxis kommt es allerdings verhältnismäßig häufig vor, dass trotz der damit verbundenen Fehler zur Berechnung der Rückversichereranteile an den Prämienüberträgen dieselben Prozentsätze angewendet werden wie in der Bruttorechnung.

3. Die Deckungsrückstellung

a) Die Deckungsrückstellung in der Lebensversicherung

Die Deckungsrückstellung hat die größte Bedeutung in den Bilanzen der Lebensversicherungsunternehmen. Sie setzt sich aus **drei Komponenten** zusammen:

- der Deckungsrückstellung für die vertraglichen Versicherungsleistungen (Deckungsrückstellung im engeren Sinn),

¹¹ der Original-Übertragsatz (30 %) ist niedriger als der Portefeuille-Rückgabesatz

¹² der Portefeuille-Rückgabesatz (25 %) ist niedriger als der Original-Übertragsatz

- der Verwaltungskostenrückstellung,
- der Rückstellung für zugeteilte und zugesagte Gewinnanteile.

Versicherungstechnisch wird die Deckungsrückstellung **prospektiv** definiert als Summe der Barwerte der künftigen Leistungen abzüglich der Summe der Barwerte der künftig zu erwartenden Prämien; der Berechnung der Barwerte werden die rechnungsmäßigen Zinssätze zugrunde gelegt. **Retrospektiv** entsteht die Deckungsrückstellung durch Ansparung jener Prämienteile, die nicht rechnungsmäßig für die Deckung des Risikos und der Kosten bestimmt sind und durch Ansammlung der rechnungsmäßigen Zinsen. Im VAG ist die prospektive Berechnung der Deckungsrückstellung vorgeschrieben.

Deckungsrückstellung für die vertraglichen (garantierten) Versicherungsleistungen

Bei der Deckungsrückstellung für die vertraglichen (garantierten) Versicherungsleistungen handelt es sich um die aus Teilen der Prämien gebildeten Rückstellungen zur Deckung der künftigen, im Versicherungsvertrag versprochenen Leistungen der Versicherungsunternehmen an die Versicherten.

Deckungsrückstellungen für die vertraglichen (garantierten) Versicherungsleistungen werden für folgende Arten von Versicherungen gebildet:

- für **prämienpflichtige Er- und Ablebensversicherungen** und Erlebens- und Rentenversicherungen in der Anwartschaftsphase (Deckungskapital für die künftigen Ansprüche)
- für **prämienfreie Kapitalversicherungen** und für flüssige **Rentenversicherungen** (Barwerte der künftigen Ansprüche)
- für **mehrjährige reine Ablebensversicherungen** (Alterungsrückstellung für Risikoversicherungen).

Die Deckungsrückstellungen für die gemischten **Er- und Ablebensversicherungen** stimmen näherungsweise mit den **rückkaufsfähigen Sparguthaben** der Versicherungsnehmer überein. Am Ende der Vertragslaufzeit stimmt die Deckungsrückstellung betragsmäßig mit der Versicherungssumme überein.

Die **Prämien für Lebensversicherungen** (mit Ausnahme der Prämien für kurzfristige Risikoversicherungen) setzen sich zusammen aus:

- den Sparprämien,
- den Risikoprämien
- den Abschlusskostenzuschlägen,
- den Verwaltungs- und Inkassokostenzuschlägen (einschließlich Ratenzuschlägen bei unterjähriger Zahlungsweise),
- Zusatzprämien zur Deckung von Zusatzrisiken (zB für Unfalltod- oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen).

Sparprämien sind in den Prämien für Er- und Ablebensversicherungen und in den Prämien für reine Erlebensversicherungen enthalten; man bezeichnet diese Versicherungen auch als kapitalbildende Versicherungen.

Sparprämien und Abschlusskostenzuschläge werden zusammen als Reserveprämien bezeichnet.

Die **Sparprämien** – und im Falle der Zillmerung der Deckungsrückstellung auch die Abschlusskostenzuschläge – werden zur verzinslichen Ansammlung der Deckungsrückstellung verwendet. Aus den **Risikoprämien** werden die durch die Deckungsrückstellung nicht gedeckten Teile der vorzeitig (vor Ablauf der Versicherungsverträge) fällig werdenden Versicherungssummen (das sogenannte Risikokapital), die im Todesfall, im Heiratsfall und bei Auslösung zu bezahlen sind, gedeckt.

Durch die Einhebung von Sparprämien und durch deren Ansammlung in der Deckungsrückstellung wird auch erreicht, dass die von den Versicherungsnehmern zu entrichtenden Prämien während der ganzen Vertragsdauer bzw. (bei abgekürzter Prämienzahlung) während der gesamten Prämienzahlungsdauer trotz des von Jahr zu Jahr zunehmenden Todesfallrisikos gleich hoch bleiben können; der Zunahme des Todesfallrisikos steht die Abnahme des von den Versicherungsunternehmen riskierten Kapitals (des **Risikokapitals**; das ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungssumme und der Deckungsrückstellung = dem Sparguthaben der Versicherungsnehmer) gegenüber.

Die Deckungsrückstellung wird nach Berechnungsformeln, die in den **versicherungsmathematischen Grundlagen** für die Lebensversicherung festgelegt sind, berechnet. Die Berechnung ist nach **anerkannten versicherungsmathematischen Methoden** vorzunehmen.

Gemäß § 152 Abs. 1 VAG ist die Deckungsrückstellung für **jeden einzelnen Versicherungsvertrag** einzeln zu berechnen. Die Anwendung von anerkannten **statistischen oder mathematischen Methoden** ist zulässig, wenn davon auszugehen ist, dass diese zu annähernd den gleichen Ergebnissen führen wie die Einzelberechnungen.

Der Berechnung der Deckungsrückstellung liegen nach den in Österreich geltenden Grundsätzen ordnungsmäßiger Bilanzierung im Wesentlichen die gleichen Rechnungsgrundlagen zugrunde wie der Kalkulation der Prämien. Die **Rechnungsgrundlagen** enthalten in der Lebensversicherung Annahmen

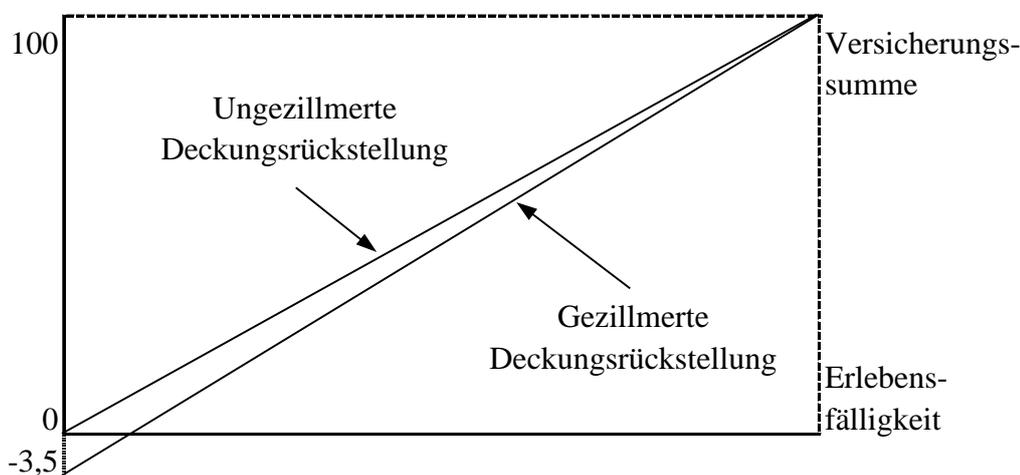
- über den **Sterblichkeitsverlauf** (Sterbetafeln, aus denen die Ablebenswahrscheinlichkeit hervorgeht; auch als sogenannte Ausscheideordnung bezeichnet)
- über den **Rechnungzinssatz** und
- über die **Betriebsaufwendungen** (Zuschläge für einmalige Abschlussaufwendungen, für laufende Inkassoaufwendungen und für laufende sonstige Betriebsaufwendungen).

Den derzeit angewendeten versicherungsmathematischen Grundlagen liegen sehr **vorsichtige Annahmen** über den Sterblichkeitsverlauf und über den Rechnungzinssatz zugrunde. Der Zinssatz für die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen in der

Lebensversicherung muss nach dem Grundsatz der Vorsicht festgelegt werden (vgl. **Höchstzinssatzverordnung** der FMA).

Vorsichtige Annahmen sind erforderlich, da die Versicherungsunternehmen feste **Verpflichtungen auf lange Sicht** übernehmen, die Entwicklung des Sterblichkeitsverlaufes und des Zinssatzes über einen längeren Zeitraum aber weder sicher vorhersagen noch wesentlich beeinflussen können. Zum Ausgleich dafür, dass infolge vorsichtiger Rechnungsgrundlagen verhältnismäßig hohe Prämien eingehoben werden, wird den Versicherungsnehmern von den Versicherungsunternehmen in den Versicherungsbedingungen ein Anspruch auf **Beteiligung an den Überschüssen** = Gewinnbeteiligung (meist in Höhe von wenigstens 85 % bis 90 % der Überschüsse) eingeräumt (vgl die Ausführungen in Punkt 6 dieses Abschnitts über die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer).

Verrechnungstechnisch wird die Tatsache, dass die ersten Prämien der Versicherungsnehmer zur Deckung der rechnungsmäßigen Abschlusskosten verwendet werden, durch die sogenannte **Zillmerung** der Deckungsrückstellung berücksichtigt (benannt nach dessen „Erfinder“, dem deutschen Versicherungsmathematiker August Zillmer [* 1831 in Treptow, † 1893 in Berlin]). Die Ansammlung der Deckungsrückstellung beginnt bei Zillmerung nicht mit Null, sondern mit einem negativen Betrag in Höhe des Zillmersatzes (in der Regel 35 %), was de facto eine Verteilung der Abschlusskosten über die Laufzeit der kapitalbildenden Lebensversicherungsverträge bedeutet. Die **gezillmerte Deckungsrückstellung** ist daher immer **niedriger** als die ungezillmerte Deckungsrückstellung.



Infolge der Zillmerung kommt es häufig vor, dass die Deckungsrückstellung für die im Bilanzjahr abgeschlossenen Versicherungen am Bilanzstichtag noch einen **negativen Wert** hat; bei sehr langfristigen Versicherungen kann die gezillmerte Deckungsrückstellung auch am Ende des zweiten Jahres, in Ausnahmefällen sogar noch am Ende des dritten Jahres negativ sein. Die Einstellung von negativen Deckungsrückstellung in die Bilanz hätte die gleiche Wirkung wie die Aktivierung jenes Teiles der rechnungsmäßigen Abschlusskosten, der noch nicht durch Prämienzahlungen der Versicherungsnehmer gedeckt wurde. Da die Versicherungsnehmer in der Regel die Versicherungsverträge am Ende jeder Versicherungsperiode auflösen können und die Versicherungsunternehmen nach Bezahlung der

Erstprämie daher keinen klagbaren Anspruch an die Versicherungsnehmer auf Zahlung weiterer Prämien (aus denen die verbliebene negative Deckungsrückstellung gedeckt werden könnte) besitzen und da nach der Zahlung der Erstprämie meist auch kein Anspruch an die Vertreter auf Rückerstattung eines Teiles der Abschlussprovisionen besteht, wird in Österreich in § 152 Abs. 3 VAG aus Gründen der Vorsicht vorgeschrieben, dass die negativen Deckungsrückstellungen in den Bilanzen der Lebensversicherer **auf Null aufgefüllt** werden. Diese sogenannte **Nullsetzung negativer Deckungsrückstellungen**, die im Allgemeinen lediglich eine Erfolgsverschiebung zwischen dem ersten und dem zweiten Versicherungsjahr bewirkt (am Ende des zweiten Versicherungsjahres ist die gezillmerte Deckungsrückstellung meist schon positiv; sie wird dann in unberichtigter Höhe in der Bilanz ausgewiesen), wird in Österreich auch steuerlich anerkannt. Sie ist jedenfalls insoweit nicht sinnvoll, als für die Verträge mit negativer Deckungsrückstellung Prämienüberträge bestehen und diese Prämienüberträge bei der Nullsetzung unberücksichtigt bleiben (was in Österreich der Fall ist).

In den versicherungsmathematischen Grundlagen für Lebensversicherungen ist oftmals vorgesehen, dass die **Vergütungen für den Abschluss** von Versicherungen nicht nur aus einmaligen Abschlussprovisionen bestehen, sondern dass diese Vergütungen **auf eine Reihe von Jahren** (vier bis sieben Jahre) **verteilt** werden; die Rate im Abschlussjahr ist dabei höher als die Raten in den Folgejahren. Bei Verteilung der Abschlussvergütungen auf mehrere Jahre

- ist der Zillmerabschlag von der Deckungsrückstellung in den ersten Jahren nach Versicherungsbeginn niedriger, was auch zu einer Verminderung der negativen Deckungsrückstellungen führt und
- erhöht sich der von der Deckungsrückstellung abgeleitete Rückkaufswert der Versicherungen in den ersten Vertragsjahren.

Die Deckungsrückstellungen für **prämienfreie Kapitalversicherungen und für flüssige Rentenversicherungen** entsprechen betragsmäßig dem Barwert der künftigen Leistungen des Versicherungsunternehmens; der Berechnung dieser Deckungsrückstellungen liegen gleichfalls Annahmen über die Verzinsung (Rechnungszinssatz) und über die Lebenserwartung (Sterblichkeit) zugrunde.

Für **reine (kurzfristige) Ablebensversicherungen** (Risikoversicherungen), die für **mehrere Jahre** gegen **gleichbleibende Prämien** abgeschlossen werden, werden Deckungsrückstellungen gebildet, obwohl die Prämien für diese Versicherungen keine Sparprämien enthalten. Durch die Bildung von Deckungsrückstellungen, die betragsmäßig allerdings nicht sehr bedeutend sind, wird bei mehrjährigen Risikoversicherungen dem Umstand Rechnung getragen, dass das Sterblichkeitsrisiko von Jahr zu Jahr steigt, die Prämien aber während der gesamten Vertragslaufzeit gleich hoch bleiben. Durch die Bildung der Deckungsrückstellungen wird daher ein Teil der in der ersten Hälfte der Vertragslaufzeit eingehobenen Risikoprämien auf den zweiten Teil der Vertragslaufzeit übertragen (vgl auch die Funktion der Deckungsrückstellung in der Krankenversicherung). Die Deckungsrückstellungen für Risikoversicherungen sind in der Regel nicht rückkaufsfähig. Am **Ende der Vertragslaufzeit** erreicht die Deckungsrückstellung den Wert **Null**.

Zinszusatzrückstellung

Ein gesonderter Bestandteil der Deckungsrückstellung ist die **Zinszusatzrückstellung**, welche im Sinne des § 11 Abs. 3 der Rechnungslegungsverordnung als **Pauschalrückstellung** einen Teil der Deckungsrückstellung bildet. Bestehende Lebensversicherungsverträge mit einem Garantiezins von bis zu 4% stellen die Versicherungsunternehmen vor dem Hintergrund eines **Niedrigzinsumfelds** vor große Herausforderungen. Zur Sicherstellung der Garantieleistung gibt seit 2013 die **Höchstzinssatzverordnung** ein Mindestmaß einer Rückstellung (Zinszusatzrückstellung) für die gegenüber den Versicherten bestehenden Zinsverpflichtungen vor. Als Reaktion auf die Kapitalmarktsituation erhöhte die FMA 2015 das Mindesterfordernis der Zinszusatzrückstellung und verkürzte gleichzeitig den Zeitraum bis zum vollständigen Aufbau der Zinszusatzrückstellung.

Die Berechnung der Zinszusatzrückstellung ist in § 3 der Höchstzinssatzverordnung geregelt und erfolgt unter Berücksichtigung des durchschnittlichen **Garantiezinssatzes** des Lebensversicherungsportfolios des Versicherungsunternehmens. **Referenzzinssatz** ist der Jahreswert der umlaufgewichteten Durchschnittsrendite für Bundesanleihen (UDRB) oder eines an seine Stelle tretenden Indexes. Je höher der durchschnittliche Garantiezins bzw. je niedriger der Referenzzins desto höher ist die Verpflichtung zur Dotierung der Zinszusatzrückstellung.

Die Dotierung der Zinszusatzrückstellung soll überwiegend aus Eigenmitteln erfolgen und bedeutet inhaltlich eine Art **Ausschüttungssperre**. Zur Sicherstellung des ausreichenden Aufbaus kann ab dem Jahr 2016 bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung ein begrenzter Betrag in Abzug gebracht werden, der bei einer Auflösung der Zinszusatzrückstellung in vollem Umfang in Form einer Überschussbeteiligung oder in der Regel Erfüllung der garantierten Leistung den Versicherten zugute kommen soll.

Verwaltungskostenrückstellung

Eine Verwaltungskostenrückstellung wird für **prämienfreie Versicherungen** gebildet und zwar sowohl für Verträge, die nach Ablauf der vertraglichen Prämienzahlungsdauer prämienfrei werden (dazu gehören auch alle Rentenversicherungen), als auch für Verträge, die von den Versicherungsnehmern vorzeitig prämienfrei gestellt werden. Die Bildung einer Verwaltungskostenrückstellung für diese Verträge ist deswegen erforderlich, weil für prämienfreie Versicherungen weiterhin Verwaltungsaufwendungen (Bestandsevidenz, technische Berechnungen, zuletzt Auszahlung der Versicherungsleistung) anfallen, zu deren Deckung aber keine Prämien mehr eingehoben werden.

Die **Verwaltungskostenrückstellung** für Rentenversicherungen und für andere Versicherungen mit vertraglich vereinbarter **abgekürzter Prämienzahlungsdauer** wird während der gesamten Prämienzahlungsperiode **laufend aufgebaut**. Für die **vorzeitig prämienfrei** gestellten Versicherungen wird die Verwaltungskostenrückstellung im Zeitpunkt der Prämienfreistellung **zu Lasten der Deckungsrückstellung** für die vertraglichen Versicherungsleistungen gebildet. Bei der Ermittlung der prämienfreien Versicherungssumme wird die Tatsache berücksichtigt, dass die Versicherungsverträge für eine Anzahl von Jahren ohne Prämienhebung verwaltet werden müssen; es wird daher von der vorhandenen Deckungs-

rückstellung ein Teil abgezweigt und zur Bildung der Verwaltungskostenrückstellung verwendet.

Rückstellung für zugeteilte und zugesagte Gewinnanteile

Die Rückstellung für **zugeteilte Gewinnanteile** wird für jene Gewinnanteile gebildet, die den Versicherungsnehmern bereits fest zugeteilt sind und die von diesen daher auch im Falle eines Rückkaufs des Vertrags rückgekauft werden können.

Die zugeteilten Gewinnanteile sind je nach dem Aufbau des Gewinnsystems entweder **Deckungsrückstellungen** für **prämienfreie Zusatzversicherungen** oder **reine Sparguthaben**, die laufend verzinst werden. Diese Deckungsrückstellungen bzw die Guthaben einschließlich der Zinsen bis zum Bilanzstichtag werden von den Versicherungsunternehmen in der Regel in gleicher Weise wie die Deckungsrückstellungen für die vertraglichen Versicherungsleistungen mit Hilfe von Datenverarbeitungsanlagen für jeden einzelnen Vertrag berechnet.

Die als **Gewinnanteile ausgezahlten Beträge** sind im Zeitpunkt der Auszahlung größtenteils bereits in der Rückstellung für zugeteilte Gewinnanteile enthalten. Dies gilt nicht für die Gewinnanteile, die im Zeitpunkt der Zuteilung ausgezahlt werden (insbesondere die Schlussgewinnanteile im Erlebensfall) und für die Unterschiede zwischen den aus Gewinnanteilen gebildeten zusätzlichen Versicherungssummen und den dafür gebildeten Rückstellungen.

Eine Rückstellung für **zugesagte Gewinnanteile** wird im Rahmen der Deckungsrückstellung gebildet, wenn die in einem Geschäftsjahr erklärten Gewinnanteile erst nach dem Bilanzstichtag den Versicherungsnehmern zugeteilt bzw an diese ausgezahlt werden. Auf die zugesagten Gewinnanteile haben die Versicherungsnehmer am Bilanzstichtag bereits einen **bedingten Anspruch**; die Bedingung besteht darin, dass der Versicherungsvertrag im Zuteilungszeitpunkt noch aufrecht ist.

Die in einem Kalenderjahr **neu zugesagten Gewinnanteile** werden **erfolgsneutral** von der Rückstellung für Gewinnbeteiligung auf die Deckungsrückstellung übertragen; die **Zinsen** (für die Verzinsung der zugeteilten Gewinnanteile) und ein allfälliger **Sterblichkeitserfolg** (bei zusätzlichen prämienfreien Versicherungssummen) werden zu Lasten bzw zu Gunsten des Jahresergebnisses verrechnet.

b) Die Deckungsrückstellung in der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung liegt der Bildung von Deckungsrückstellungen folgender Sachverhalt zugrunde: Es ist in der Krankenversicherung üblich, dass die **Prämien nach dem Eintrittsalter der versicherten Personen** (Alter im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses) bemessen werden und dass die Versicherten während der gesamten Vertragsdauer (dh wenn sie es wünschen, bis zu ihrem Tod) gegen die Prämie, die für das Beitrittsalter gilt, versichert

bleiben. Da aber das **Krankheitsrisiko** mit zunehmendem Alter stark ansteigt, müssen die Prämien in den ersten Vertragsjahren höher sein als die Bedarfsprämien in diesen Jahren; die Krankenversicherer müssen Teile der in den ersten Vertragsjahren eingehobenen Prämien für die späteren Vertragsjahre zurückstellen. Neben dem zunehmenden Krankheitsrisiko kann bei der Berechnung der Rückstellung auch das Ablebensrisiko zu berücksichtigen sein, wenn die Krankenversicherungstarife **im Todesfall** die Zahlung eines **Sterbegeldes** vorsehen. Schließlich kommen in der Krankenversicherung auch **Verträge mit abgekürzter Beitragszahlung** vor; auch in diesen Fällen müssen die für die Deckung des Risikos in den beitragsfreien Jahren benötigten Mittel in der Deckungsrückstellung angesammelt werden.

Für die Berechnung der Deckungsrückstellung in der Krankenversicherung, die auch als **Alterungsrückstellung** bezeichnet wird, werden gleichfalls **versicherungsmathematische Grundlagen** verwendet. Die wichtigsten Faktoren dieser versicherungsmathematischen Grundlagen sind die sogenannten **Krankheitskostentafeln**, Annahmen über die **Stornowahrscheinlichkeit** und der **Rechnungszinssatz**.

Die **Krankheitskostentafeln** enthalten statistische Daten über die Höhe der Krankheitskosten der versicherten Personen in den einzelnen Altersstufen (die sogenannten Kopfschadenbeträge). Diese Tafeln müssen auf das **tarifliche Leistungsgefüge** des Versicherungsunternehmens abgestellt sein, da die Entwicklung der Kosten mit steigendem Alter nicht für alle Leistungen gleich ist (zB Spitalsaufenthalte, Medikamentenverbrauch, Entbindungen); es werden daher abweichend von den Sterbetafeln in der Lebensversicherung, die für die wichtigsten Tarife bei allen Lebensversicherungsunternehmen gleich sind, in der Krankenversicherung meist **unternehmensindividuelle** Krankheitskostentafeln verwendet, bei deren Erstellung auch statistische Daten der Sozialversicherungsträger verwendet werden.

Annahmen über die sogenannte **Stornowahrscheinlichkeit** (voraussichtlicher Zeitpunkt der Vertragsauflösung) sind deswegen erforderlich, weil die Deckungsrückstellung für die steigenden Krankheitskosten mit zunehmendem Alter umso höher sein muss, je länger die Verträge voraussichtlich aufrecht bleiben; je größer die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Vertrag nicht verlängert, sondern storniert wird und dass der Versicherungsnehmer daher in höherem Alter nicht gegen Zahlung zu niedriger Prämien versichert bleibt, umso niedriger kann die Deckungsrückstellung für diesen Vertrag sein. Die Stornowahrscheinlichkeit hat sowohl die **Todeswahrscheinlichkeit** (Berechnungsgrundlage bilden die Sterbetafeln) als auch die **Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Vertragsauflösung** vor dem Tod (für die meist pauschale Annahmen aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit getroffen werden) zu berücksichtigen.

In der Krankenversicherung wird bei vorzeitiger Vertragsauflösung **kein Rückkaufswert** an die Versicherungsnehmer vergütet. Die Auszahlung eines Rückkaufswerts hätte zur Folge, dass viele Krankenversicherungsverträge kurz vor dem Tod aufgelöst (rückgekauft) werden (negative Selektion); auch müssten die Prämien in diesem Fall höher sein, da die Erträge aus dem Heimfall der Deckungsrückstellung bei Vertragsstorno, die bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden, wegfielen.

Mit dem **Rechnungszinssatz** werden die für die künftigen Jahre reservierten Prämienteile verzinst. Der Rechnungszinssatz wird in den versicherungsmathematischen Grundlagen für Krankenversicherungen geregelt.

c) Die Deckungsrückstellung in der Schaden- und Unfallversicherung

In der Schaden- und Unfallversicherung werden seit dem Jahr 1992 Deckungsrückstellungen nur mehr für Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr gebildet; vorher waren auch die Rückstellungen für Rentenverpflichtungen aufgrund von Schadenfällen (hauptsächlich in den Unfall- und Haftpflichtsparten) im Posten Deckungsrückstellung auszuweisen.

Bei **Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr**, die in Österreich nur von wenigen Versicherungsunternehmen angeboten werden, hat die Deckungsrückstellung eine ähnliche Funktion wie bei Lebensversicherungen. Bei diesen Versicherungen werden sowohl die Schäden als auch die Betriebsaufwendungen aus der rechnungsmäßigen Verzinsung der angesparten Prämien – die bei Beendigung des Vertrages in voller Höhe an die Versicherungsnehmer oder ihre Hinterbliebenen rückerstattet werden – gedeckt. Für die Verpflichtung zur Rückerstattung der eingenommenen Prämien wird eine Deckungsrückstellung gebildet.

d) Die Bestätigung der Deckungsrückstellung durch den verantwortlichen Aktuar

Versicherungsunternehmen, welche die Lebensversicherung, die Krankenversicherung oder einen anderen Versicherungszweig nach Art der Lebensversicherung aufgrund von Wahrscheinlichkeitstafeln betreiben, müssen gemäß § 114 VAG mindestens einen **verantwortlichen Aktuar** und einen **Stellvertreter** bestellen.

Die verantwortlichen Aktuare und deren Stellvertreter müssen die erforderlichen **persönlichen Eigenschaften** und die **fachliche Eignung** besitzen; die fachliche Eignung setzt eine ausreichende, mindestens dreijährige Berufserfahrung als Aktuar voraus. Die verantwortlichen Aktuare können Angestellte des Versicherungsunternehmens sein und die Berechnung der Deckungsrückstellung selbst durchführen, sie können aber auch außerhalb des Unternehmens stehende Personen sein, die die Berechnung entweder selbst durchführen oder lediglich die Berechnung des Versicherungsunternehmens auf ihre Richtigkeit prüfen. Die Bestellung des verantwortlichen Aktuars und seines Stellvertreters ist der **FMA anzuzeigen**; diese kann innerhalb von drei Monaten der Bestellung widersprechen und die Bestellung einer anderen Person verlangen.

Der verantwortliche Aktuar hat darauf zu achten, dass die **Erstellung der Tarife** und die **Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen** in der Lebensversicherung und in der Krankenversicherung nach den dafür geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen erfolgt. Er hat – auch unter Bedachtnahme auf die Erträge der Kapitalanlagen – zu beurteilen, ob nach diesen versicherungsmathematischen Grundlagen mit der **dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen** aus den Versicherungsverträgen gerechnet werden kann.

Der verantwortliche Aktuar hat dem Vorstand jährlich schriftlich einen Bericht zu erstatten, der auch mit einem Bestätigungsvermerk zu versehen ist (**Aktuarsbericht**). Das Versicherungsunternehmen hat den Aktuarsbericht unverzüglich und jedenfalls innerhalb von fünf Monaten nach Ende des Geschäftsjahres der FMA vorzulegen. Negative Wahrnehmungen im Rahmen seines Verantwortungsbereiches hat der verantwortliche Aktuar unverzüglich dem Vorstand mitzuteilen. Trägt der Vorstand den Vorstellungen des verantwortlichen Aktuars nicht Rechnung, so hat der verantwortliche Aktuar dies unverzüglich der FMA mitzuteilen.

In einem **uneingeschränkten Bestätigungsvermerk** hat der verantwortliche Aktuar zu erklären, dass die **Deckungsrückstellung** und die **Prämienüberträge** nach den dafür geltenden Vorschriften und versicherungsmathematischen Grundlagen berechnet und die dabei verwendeten **versicherungsmathematischen Grundlagen angemessen** sind und dem Prinzip der Vorsicht genügen und in der Lebensversicherung die Prämien für neu abgeschlossene Versicherungsverträge voraussichtlich ausreichen, um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten, insbesondere die Bildung angemessener Rückstellungen zu ermöglichen und die Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer dem Gewinnplan entspricht.

e) **Die Deckungsrückstellung für Rückversicherungsübernahmen und Rückversicherungsabgaben**

Die in den Bilanzen der Versicherungsunternehmen ausgewiesene Deckungsrückstellung enthält auch die Deckungsrückstellung für das **indirekte Geschäft**; diese muss den Mitteilungen der Zedenten entnommen werden.

Der Deckungsrückstellung für das indirekte Geschäft stehen in der Lebensversicherung in der Regel **Depotforderungen** an die Zedenten in gleicher Höhe gegenüber, da die Zedenten in der Regel die volle Brutto-Deckungsrückstellung (daher auch die Anteile der Rückversicherer an der Deckungsrückstellung) bei sich veranlagern.

In den Bilanzen der österreichischen Lebensversicherungsunternehmen wird nicht die Brutto-Deckungsrückstellung, sondern der **nach Abzug der Anteile der Rückversicherer** verbleibende **Eigenbehalt** im Posten Deckungsrückstellung ausgewiesen. Dieser Anordnung im Versicherungsaufsichtsgesetz wird dadurch Rechnung getragen, dass von den Rückversicherern in aller Regel **Depots einbehalten** werden, die den Anteilen der Rückversicherer an der Deckungsrückstellung und an den Prämienüberträgen entsprechen; die **Depotverbindlichkeiten** gegenüber den Rückversicherern stellen daher in der Lebensversicherung in der Regel eine volle Ergänzung der in den Bilanzen für den Eigenbehalt ausgewiesenen Deckungsrückstellung und Prämienüberträge auf die vollen Bruttobeträge dieser versicherungstechnischen Rückstellungen dar.

In den Rückversicherungsverträgen für Lebensversicherungen werden zwischen den Erstversicherern und den Rückversicherern mitunter **andere** als die für das Bruttogeschäft gültigen **Rechnungsgrundlagen** für die Berechnung der Prämien und der Deckungsrück-

stellung vereinbart; dies kommt vor allem dann vor, wenn sich die Rückversicherer an den Prämienrückerstattungen (Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer) nicht beteiligen. In diesen Fällen werden für die Berechnung der Rückversicherungsprämien (und daher auch für die Berechnung der Anteile der Rückversicherer an der Deckungsrückstellung) weniger vorsichtige Rechnungsgrundlagen (für die Sterblichkeit) verwendet als für die Berechnung der den Versicherungsnehmern vorgeschriebenen Prämien (und daher auch für die Berechnung der Deckungsrückstellung in der Bruttorechnung). Eine Änderung des Rechnungszinssatzes ist für die Berechnung der Rückversicherungsprämien nicht erforderlich, da die Depots der Rückversicherer in der Regel mit dem Rechnungszinssatz verzinst werden und die Rückversicherer daher an der Überverzinsung (am Verzinsungsgewinn) nicht beteiligt sind.

Bilanzierungsprobleme sowohl beim Erstversicherer als auch beim Rückversicherer können sich ergeben, wenn der Rückversicherer dem Erstversicherer **überrechnungsmäßige Abschlussprovisionen** vergütet und der Erstversicherer dem Rückversicherer in den Folgejahren Prämien, die eine Amortisation dieser erhöhten Abschlussprovisionen ermöglichen, zahlen muss. Es wäre in diesem Fall richtig, den Anteil der Rückversicherer an der Deckungsrückstellung mit einem höheren Zillmersatz (und zwar mit jenem Promillesatz, der dem in die Rückversicherungsprämien eingerechneten Abschlusskostenzuschlag entspricht) zu berechnen. Wenn dies geschieht – was allerdings in der Regel nicht der Fall ist –, ergibt sich ein niedrigerer Anteil der Rückversicherer an der Deckungsrückstellung und demnach eine höhere Deckungsrückstellung im Eigenbehalt.

In Fällen, in denen Lebensversicherungen gegen **reine Risikoprämien rückversichert** werden (Versicherung des den gewünschten Eigenbehalt übersteigenden, von Jahr zu Jahr kleiner werdenden Risikokapitals jedes einzelnen Vertrags) sind die Rückversicherer an der Deckungsrückstellung überhaupt nicht beteiligt; die Deckungsrückstellung für den Eigenbehalt ist in diesen Fällen gleich hoch wie die Deckungsrückstellung in der Bruttorechnung.

4. Die Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle (Schadenrückstellungen)

a) Das Wesen der Schadenrückstellungen

Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle müssen für solche Versicherungsfälle (Schadenereignisse; bei Lebensversicherungen auch Eintritt der Fälligkeit) gebildet werden, die noch **vor dem Bilanzstichtag eingetreten** sind, für die aber die **Versicherungsleistungen** (Auszahlungen oder Gutschriften) erst **nach dem Bilanzstichtag** erbracht werden.

Gemäß § 153 Abs. 1 VAG sind Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle für die **dem Grund und der Höhe nach noch nicht feststehenden Leistungsverpflichtungen** aus bis zum Bilanzstichtag eingetretenen Versicherungsfällen sowie für sämtliche nach dem Bilanzstichtag voraussichtlich anfallenden **Schaden-**

regulierungsaufwendungen zu bilden; die Rückstellung hat auch die am Bilanzstichtag feststehenden, jedoch noch nicht abgewickelten Leistungsverpflichtungen zu enthalten.

In § 153 Abs. 2 VAG wird angeordnet, dass die Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle grundsätzlich **für jeden Versicherungsfall einzeln** zu ermitteln sind. Die Ermittlung kann aber auf andere Weise vorgenommen werden, wenn die Eigenart des Versicherungszweigs einer Einzelermittlung entgegensteht; eine **Pauschalbewertung** ist zulässig, wenn aufgrund der Anzahl gleichartiger Risiken davon auszugehen ist, dass diese zu annähernd gleichen Ergebnissen führt wie die Einzelermittlung.

b) Die Gliederung der Schäden und der Schadenrückstellung nach Schadenjahren und Zeichnungsjahren

Die Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle werden (ebenso wie die Zahlungen für Versicherungsfälle) nach **Sparten** und nach **Schadenjahren** unterteilt. Für die Zuordnung der Schäden nach Schadenjahren ist grundsätzlich der **Zeitpunkt des Schadeneintritts** und nicht der Zeitpunkt der Schadenmeldung maßgeblich; dh, dass Schäden, die nicht im Jahr der Schadeneinstellung, sondern erst in einem späteren Jahr gemeldet werden (sogenannte **nachgemeldete Schäden** und **Spätschäden**) rechnerisch als Schäden jenes Jahres zu behandeln sind, in dem sie entstanden sind. Die **richtige Zuordnung** der Schäden auf die einzelnen Jahre ist nicht nur vom Standpunkt der **richtigen Bilanzierung** sondern auch wegen der **Verrechnung mit den Rückversicherern** (in den einzelnen Kalenderjahren können unterschiedliche Rückversicherer Vertragspartner des Erstversicherers sein) wichtig.

In einigen Sparten, in denen die Feststellung des Zeitpunktes des Schadeneintrittes schwierig ist (Kreditversicherung, Transportversicherung) ist es üblich, die Schäden nicht nach Schadenjahren, sondern nach **Zeichnungsjahren** (Zeitpunkt der Risikoanmeldung und Prämienverrechnung) zu gliedern; in gleicher Weise werden die Schäden auch mit den Rückversicherern verrechnet.

Bei Produkt-Haftpflichtschäden und bei Berufs-Haftpflichtschäden bestehen für die **zeitliche Zuordnung** der Schäden zwei Möglichkeiten: maßgeblich kann entweder der **Verursachungszeitpunkt**, dh, der Zeitpunkt sein, in dem das fehlerhafte Produkt hergestellt bzw verkauft wurde oder die fehlerhafte Handlung ausgeführt wurde oder der Zeitpunkt, in welchem der **Fehler entdeckt** wurde. In Österreich ist die Zuordnung nach dem Verursachungszeitpunkt üblich; dies kann dazu führen, dass Schäden erst längere Zeit nach dem Geschäftsjahr, dem sie zuzuordnen sind, bekannt werden.

c) Die Erfassung und Bewertung der noch nicht erledigten Versicherungsfälle

Bei der Ermittlung der Schadenrückstellung in der Brutto-Rechnung ergeben sich vor allem zwei Probleme:

- die **vollständige Erfassung** aller am Bilanzstichtag noch nicht erledigten Versicherungsfälle
- die **richtige Bewertung** der schwebenden Verpflichtungen aus diesen Versicherungsfällen

Bei den Versicherungsunternehmen müssen geeignete Vorkehrungen getroffen werden, dass am Bilanzstichtag **alle noch nicht erledigten oder verjährten** Versicherungsfälle **erfasst** werden. Dies kann am sichersten dadurch erreicht werden, dass alle gemeldeten Schadenfälle in einem Datenbanksystem erfasst und erst im Zeitpunkt der Erledigung gelöscht werden.

Wird die Schadenrückstellung bereits kurz nach dem Bilanzstichtag ermittelt, dann sind dem Versicherungsunternehmen in diesem Zeitpunkt in der Regel noch nicht alle vor dem Bilanzstichtag angefallenen Schäden bekannt. Insbesondere kleinere Schäden werden vielfach erst längere Zeit nach dem Schadentag gemeldet; große Bedeutung haben die **verspätet gemeldeten Schäden** in den Kraftfahrzeug-Versicherungssparten, in der Haushaltsversicherung und in der Krankenversicherung. Verspätete Schadenmeldungen stehen zwar im Widerspruch zu den vertraglichen Pflichten der Versicherungsnehmer; sie kommen aber erfahrungsgemäß dennoch häufig vor. Insbesondere in verschiedenen Haftpflichtversicherungssparten kommt es nicht selten vor, dass ein Versicherungsfall erst längere Zeit nach seiner Verursachung **bekannt** wird (sogenannte **echte Spätschäden**; Beispiel: ein Fehler eines Steuerberaters wird erst nach einigen Jahren bei einer steuerlichen Betriebsprüfung festgestellt). – Im Versicherungsjargon werden Spätschadenfälle als **IBNR (incurred but not reported)** bezeichnet.

Die Versicherungsunternehmen müssen für jene Schäden, die im Zeitpunkt der Ermittlung der Schadenrückstellung noch nicht bekannt sind, pauschale Zusatzrückstellungen (sogenannte Spätschadenrückstellungen) bilden. Die **Spätschadenrückstellungen** (Rückstellungen für verspätet gemeldete Schäden) werden in der Regel aufgrund der Erfahrungen in den früheren Jahren durch Schätzung ermittelt; sie müssen umso höher sein, je früher die Einzelerfassung der Schäden beendet wird. Für **echte Spätschäden** fehlen in der Regel ausreichende statistische Erfahrungswerte.

Schwierigkeiten bereitet die **richtige zeitliche Zuordnung** der Schäden insbesondere in der Transportversicherung und in der Kreditversicherung; es lässt sich im Nachhinein oft nicht mehr genau feststellen, wann beim Verlust oder bei der Beschädigung von Waren während des Transportes der Schaden entstanden ist oder wann eine Forderung notleidend geworden ist. Aus diesem Grund werden die Schäden in diesen Sparten, wie bereits erwähnt, nicht nach Schadenjahren, sondern nach **Zeichnungsjahren** gegliedert. Auch die richtige zeitliche Zuordnung von Haftpflichtschäden kann Probleme mit sich bringen.

In der **Lebensversicherung** werden Verträge, welche durch Zeitablauf fällig geworden sind (**Abläufe bzw Erlebensfälligkeiten**) automatisch aus dem aufrechten Versicherungsbestand ausgeschieden; die Versicherungssummen (zuzüglich der zugeteilten Gewinnanteile) werden nicht mehr in der Deckungsrückstellung sondern in der Schadenrückstellung ausgewiesen.

Für unerledigte Schadenfälle dürfen Rückstellungen nur so lange gebildet werden als die Ansprüche der Versicherungsnehmer **noch nicht verjährt** sind, da die Haftung des Versicherungsunternehmens zur Erbringung der Versicherungsleistung mit der Verjährung erlischt; werden verjährte Ansprüche von einem Versicherungsunternehmen erfüllt (was in der Regel geschieht, wenn der Begünstigte verspätet sachlich begründete Ansprüche geltend macht), so handelt es sich zwar nicht um die Erfüllung einer Nichtschuld (es gibt daher auch keinen Rückforderungsanspruch wegen Bereicherung), aber doch um eine freiwillige Leistung des Versicherungsunternehmens. Ansprüche aus Versicherungsverträgen **verjähren** nach **drei Jahren**. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann; ist der Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, dann ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

In manchen Sparten (insbesondere in den Kraftfahrzeugversicherungssparten) nehmen viele Versicherungsunternehmen angemeldete kleinere Schäden bereits **vor der Verjährung** (mitunter bereits sechs bis neun Monate nach der Anmeldung) außer Evidenz, wenn für die gemeldeten Schadenfälle keine konkreten Ansprüche geltend gemacht werden. Erfahrungsgemäß handelt es sich in diesen Fällen meist um Vorsichtsmeldungen, die auch später zu keinen Aufwendungen für das Versicherungsunternehmen führen (sogenannte **Nullschäden**).

Gewisse Probleme ergeben sich, wenn sich ein Geschädigter bei Regulierung des Schadens weitere Ansprüche für erst später bekannt werdende Schadenfolgen vorbehält. Solche Vorbehalte, die als **Feststellungsbegehren** bezeichnet werden, kommen insbesondere bei Personenschäden in den Haftpflichtsparten (vor allem Kfz-Haftpflicht) und in der Unfallsparte nicht selten vor. In den Haftpflichtsparten werden derartige Vorbehalte nicht nur von Geschädigten, sondern auch von Sozialversicherungsträgern, die Regressansprüche gegen den Schädiger haben, gemacht.

Die richtige **Bewertung** der noch nicht abgewickelten Versicherungsfälle bereitet in der **Lebensversicherung** (Summenversicherung) in der Regel keine Schwierigkeiten. Es muss dort darauf geachtet werden, dass alle jene Versicherungsverträge, für die bis zum Bilanzstichtag beim Versicherungsunternehmen keine Schadenmeldung (Todesmeldung) eingelangt ist und die bis dahin nicht wegen Zeitablaufs aus dem Bestand ausgeschieden wurden, noch im aufrechten Versicherungsbestand enthalten sind und dass für diese Versicherungsverträge die erforderlichen **Deckungsrückstellungen** gebildet werden. Für **Spätschäden** (Todesfälle in der Zeit vor dem Bilanzstichtag, die erst nach dem Bilanzstichtag gemeldet werden) dürfen Schadenrückstellungen nur für den **Unterschiedsbetrag** zwischen der Versicherungssumme und der Deckungsrückstellung (dh für das sogenannte Risikokapital) gebildet werden. Für Risikoversicherungen und für verschiedene Zusatzversicherungen (insbesondere Unfalltod-Zusatzversicherungen) sind in der Bilanz keine oder nur unbedeutende Deckungsrückstellungen enthalten.

In der Lebensversicherung sind die Rückstellungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle zu gliedern in Rückstellungen für Versicherungsleistungen **im Ablebensfall** (einschließlich Auslösung und Heirat = vorzeitig fällig werdende Versicherungsleistungen), in Rückstellungen für Versicherungsleistungen **im Erlebensfall**, in Rückstellungen für **Rentenleistungen** und in Rückstellungen für angemeldete, noch nicht abgewickelte **Rückkäufe**.

In der **Rückkaufsrückstellung** werden die Rückkaufswerte jener Versicherungsverträge ausgewiesen, für die die Versicherungsnehmer den Rückkauf bereits vor dem Bilanzstichtag beantragt haben, für die aber die Auszahlung der Rückkaufswerte erst nach dem Bilanzstichtag vorgenommen wird. Rückkaufsrückstellungen sind nur für rückgekaufte Versicherungen zu bilden, die im Zeitpunkt des Rückkaufsantrages bereits aus dem Versicherungsbestand ausgeschieden sind, sodass für diese Verträge am Bilanzstichtag keine Deckungsrückstellung mehr gebildet wird. Da die Versicherungsnehmer berechtigt sind, rückgekaufte Verträge innerhalb eines begrenzten Zeitraums nach dem Rückkauf wieder in Kraft zu setzen, wird in Deutschland vielfach (in Österreich seltener) aufgrund von Erfahrungswerten eine **Wiederinkraftsetzungsrückstellung** (für den Unterschied zwischen dem Rückkaufswert und der höheren Deckungsrückstellung) gebildet.

Die größten **Schwierigkeiten** ergeben sich bei der Bewertung der noch nicht abgewickelten Versicherungsfälle in manchen Sparten der **Schaden- und Unfallversicherung**; am problematischsten ist die Bewertung in den Haftpflichtsparten und in der Unfallsparte. Die Schwierigkeiten resultieren in diesen Sparten vor allem daraus, dass im Zeitpunkt der Bilanzerstellung oft die Frage des **Verschuldens** noch nicht geklärt ist oder die **Höhe der Personenschäden** (zB bleibende Invalidität) noch nicht erkennbar ist; bis zur Klärung des Verschuldens bzw bis zur endgültigen Feststellung des Ausmaßes von Personenschäden vergehen nicht selten mehrere Jahre.

Werden die noch nicht abgewickelten Versicherungsfälle in den Speichern einer Datenverarbeitungsanlage laufend erfasst (sogenannte **permanente Schadenrückstellung**), dann ist die Bewertung stets zu ändern, wenn neue Informationen über einen Schadenfall erwarten lassen, dass der Aufwand für diesen Schadenfall höher oder niedriger sein wird als die bisher geschätzten und in den Speichern der Datenverarbeitungsanlage registrierten Beträge.

Wegen der Schwierigkeiten bei der Einzelbewertung der nicht abgewickelten Versicherungsfälle ermitteln einige Versicherungsunternehmen die Rückstellung für die **unerledigten Schäden des Geschäftsjahres** in manchen Sparten ganz oder teilweise in pauschaler Form. Bei **vollständiger Pauschalierung** wird die Anzahl **aller gemeldeten Schadenfälle** mit einem Durchschnittssatz, der sich aufgrund der Erfahrungen der Vergangenheit ergibt, multipliziert; von dem so errechneten Produkt werden die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen für Schäden des Geschäftsjahres abgezogen und der verbleibende Rest wird als Schadenrückstellung in die Bilanz eingestellt. Bei **teilweiser Pauschalierung** werden die bis zum Bilanzstichtag noch nicht voll erledigten **Kleinschäden** (zB Schäden mit einer voraussichtlichen Schadenssumme von weniger als EUR 1.000) mit einem einheitlichen Pauschalsatz bewertet. Pauschale Schadenrückstellungen werden in erster Linie in den Kraftfahrzeugsparten und in der Rechtsschutzsparte gebildet.

Die durch **Pauschalbewertung** ermittelten Schadenrückstellungen für Schäden des Geschäftsjahrs sind bei großen Versicherungsunternehmen in Sparten mit einer großen Anzahl von Schäden (Wirksamkeit des Gesetzes der großen Zahl) wenigstens ebenso genau wie die durch Einzelbewertung ermittelten Rückstellungen; aus diesem Grund stellen auch Versicherungsunternehmen, welche die Rückstellungen durch Einzelbewertung ermitteln, **Kontrollrechnungen nach der Pauschalmethode** an. Ein Nachteil des Pauschalverfahrens besteht darin, dass es keine geeignete Grundlage für die Beobachtung des Schadenverlaufs in einzelnen Bestandsgruppen (Risikoklassen, Gebieten), in denen das Ausgleichsgesetz der großen Zahl nicht wirksam ist, bietet; aus diesem Grund führen die meisten Versicherungsunternehmen eine Einzelbewertung aller unerledigten Schäden auch des Geschäftsjahrs durch.

In manchen Sparten (insbesondere Kraftfahrzeug-Haftpflicht und Unfall) werden die durch Einzelbewertung ermittelten Schadenrückstellungen durch pauschale Zuschläge für **nicht erkannte Großschäden** ergänzt – **IBNER (incurred but not enough reserved)**. Eine solche Ergänzung ist notwendig, wenn die Einzelreservierung nicht sehr vorsichtig vorgenommen wird, da erfahrungsgemäß bei einem Teil der Schadenfälle das ganze Ausmaß des Schadens erst nach mehreren Monaten erkennbar wird.

Eine **Diskontierung** der erst in einem späteren Zeitpunkt fällig werdenden Zahlungen ist in Österreich nicht zulässig (Ausnahme: Rentenverpflichtungen, für die der versicherungsmathematisch berechnete Barwert anzusetzen ist).

Die **Regressforderungen** der Versicherungsunternehmen, die ihnen aufgrund von Schadenzahlungen zustehen, werden von der Rückstellung für nicht abgewickelte Versicherungsfälle abgezogen; dasselbe gilt für den Wert aller **Ansprüche auf versicherte Gegenstände**, für die Ersatz geleistet worden ist. Die Einbringlichkeit und Verwertbarkeit dieser Forderungen ist zu beachten, der Grundsatz der Vorsicht ist einzuhalten. Wenn die Regressforderungen, die gegen die Rückstellung für noch nicht erledigte Versicherungsfälle aufgerechnet werden, einen größeren Betrag ergeben, sind sie im Anhang anzugeben.

Regressforderungen spielen insbesondere in der Sparte Kraftfahrzeug-Fahrzeugversicherung aufgrund des sogenannten **Teilungsabkommens** zwischen den Fahrzeug- und Haftpflichtversicherern eine erhebliche Rolle: wenn ein Schaden an einem Fahrzeug durch Berührung mit einem anderen Fahrzeug entsteht, vergütet der Haftpflichtversicherer des anderen Fahrzeugs aufgrund dieses Teilungsabkommens ohne Rücksicht auf das Verschulden dem Fahrzeugversicherer 50 % des Schadens. Das Teilungsabkommen gilt auch in der Gegenrichtung (Regressansprüche der Haftpflichtversicherer an die Fahrzeugversicherer), hat aber in dieser Richtung geringere praktische Bedeutung, da Kraftfahrzeug-Fahrzeugversicherungen nur für einen Teil der Fahrzeuge bestehen und der Bestand dieser Versicherungen dem Haftpflichtversicherer nicht immer bekannt ist.

In der **Krankenversicherung** ist eine Einzelerfassung der am Bilanzstichtag noch nicht erledigten Versicherungsfälle vor allem in großen Versicherungsunternehmen schwierig, da es sich um eine sehr **große Anzahl von verhältnismäßig niedrigen Einzelbeträgen** handelt; dazu kommt noch, dass die Schäden von den Versicherungsnehmern und von den Abrechnungsstellen (Krankenhäusern) vielfach erst **verhältnismäßig spät gemeldet** bzw. abgerechnet werden. In der Krankenversicherung wird daher die Schadenrückstellung häufig

pauschal mit einem bestimmten **Prozentsatz** der im Rechnungsjahr geleisteten **Schadenzahlungen** bemessen. Der Pauschalsatz wird aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit festgesetzt. Die Schadenzahlungen werden in Zahlungen für Schäden des Geschäftsjahres und in Zahlungen für Schäden aus Vorjahren aufgegliedert und getrennt gebucht. Bei Leistungsfällen, die über den Bilanzstichtag hinausreichen (zB Krankenhausaufenthalten) wird die Leistung anteilig auf die beiden Geschäftsjahre aufgeteilt; der auf die Zeit bis zum Bilanzstichtag entfallende Teil der Leistung ist in der Schadenrückstellung zu berücksichtigen. Die Pauschalmethode kann dann zu unbrauchbaren Ergebnissen führen, wenn in einem Jahr gegen Jahresende eine Verzögerung von Zahlungen (zB aufgrund verspäteter Abrechnungen von Krankenhäusern) eintritt, da in diesem Fall die Berechnungsgrundlage für die Rückstellung kleiner, der Rückstellungsbedarf aber größer wird.

d) Die Abwicklung der Schadenrückstellungen

Die Angemessenheit der Schadenrückstellung kann im Nachhinein (dh frühestens nach einem Jahr) durch Berechnung des **Abwicklungserfolges** geprüft werden.

Der Erfolg aus der Abwicklung der Schadenrückstellung errechnet sich wie folgt:

- Schadenrückstellung am Ende des Vorjahres (ohne die in der Schadenrückstellung enthaltene Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen)
- **abzüglich:** im Bilanzjahr geleistete Zahlungen für Schäden aus Vorjahren
- **abzüglich:** Schadenrückstellung für Schäden aus Vorjahren am Ende des Bilanzjahres (ohne die darin enthaltene Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen)

Ist die so ermittelte Saldogröße positiv, so spricht man von einem **Abwicklungsgewinn**, andernfalls von einem **Abwicklungsverlust**.

Anteilige Erträge der Kapitalanlagen (aus der Veranlagung der Schadenrückstellung) werden bei der Berechnung des Abwicklungsergebnisses nicht berücksichtigt.

Die Abwicklungsergebnisse der Vergangenheit bilden auch eine wichtige Grundlage für eine **Plausibilitätsprüfung** der Angemessenheit der Schadenrückstellung in der Bilanz für das Geschäftsjahr; dies setzt allerdings eine Aufgliederung der Abwicklungsergebnisse nicht nur nach Versicherungszweigen, sondern pro Versicherungszweig auch nach **Schadenjahren** voraus.

Von Versicherungsunternehmen, die mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage eine "permanente" Schadenrückstellung führen, könnten Abwicklungserfolge nicht nur einmal jährlich, sondern laufend ermittelt werden. Erfahrungsgemäß sind aber die während des Geschäftsjahres ermittelten Abwicklungserfolge wenig aussagefähig.

Mit Rücksicht auf die erheblichen Unsicherheitsfaktoren bei der Ermittlung der Rückstellungen für die einzelnen noch nicht abgewickelten Versicherungsfälle müssen diese **vorsichtig** bemessen werden; es sollen sich daher aus der Abwicklung der Schaden-

rückstellung **Gewinne** ergeben. In der Frage, bis zu welcher Höhe Gewinne aus der Abwicklung der Schadenrückstellung noch angemessen sind, bestehen oft Meinungsverschiedenheiten zwischen den Versicherungsunternehmen und den Abgabenbehörden; auch zwischen den Versicherungsunternehmen und der FMA bzw den Abschlussprüfern können sich diesbezüglich Meinungsverschiedenheiten ergeben.

In § 12 Abs. 6 VU-RLV (Rechnungslegungsverordnung) ist seit 2016 geregelt, dass eine dem Grundsatz der Vorsicht entsprechende Bewertung der Schadenrückstellung jedenfalls vorliegt, wenn **bei einer mehrjährigen Betrachtung pro Versicherungszweig** die Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle (ohne Rückstellung für voraussichtlich anfallende Regulierungsaufwendungen) einen **durchschnittlichen Abwicklungsgewinn von mindestens 10%** aufweist. Augenscheinlich soll mit dieser Regelung der Standpunkt der Versicherungsunternehmen gegenüber Abgabenbehörden gestärkt werden.

e) Die Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen

Im Rahmen der Rückstellung für die noch nicht abgewickelten Versicherungsfälle muss neben der Rückstellung für die Schadenzahlungen (Versicherungsleistungen) und für die Schadenerhebungskosten auch eine Rückstellung für die für die Erledigung dieser Versicherungsfälle nach dem Abschluss-Stichtag noch anfallenden Regulierungsaufwendungen (Schadenabwehr- und Schadenbearbeitungsaufwendungen) gebildet werden.

Die Rückstellung wird entweder mit einem **Prozentsatz der Rückstellung** für die unerledigten Schadenzahlungen bemessen oder durch **Multiplikation der Anzahl** der unerledigten Schadenfälle mit dem Aufwand pro Schadenfall errechnet. Die Berechnung mit einem Aufwandsbetrag **pro unerledigten Schadenfall** ist insbesondere in der **Lebensversicherung** sachgerecht, da der Regulierungsaufwand pro Schadenfall in diesem Versicherungszweig von der Höhe der Versicherungssumme bzw des Anspruchs des Versicherungsnehmers (bei Rückkäufen) nicht wesentlich beeinflusst wird.

Bei der Ableitung des für die Berechnung der Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen verwendeten **Prozentsatzes** der Rückstellungen für die noch nicht erledigten Schadenzahlungen von dem Verhältnis zwischen den Schadenregulierungsaufwendungen und den Schadenzahlungen in den einzelnen Geschäftsjahren – dieses Verfahren wird in der Regel für **Unfall- und Schadenversicherungen** und für **Krankenversicherungen** angewendet – sind folgende Umstände zu beachten:

- dass ein **Teil der Aufwendungen** für die noch nicht abgewickelten Versicherungsfälle bereits **vor dem Bilanzstichtag** angefallen ist und

- dass sich **der Regulierungsaufwand** pro Schadenfall **mit zunehmender Schadenhöhe** zwar erhöht, die Erhöhung des Regulierungsaufwands sich jedoch in der Regel **unterproportional** entwickelt; dh, dass die Regulierungsaufwendungen für einen Schadenfall, für den die Zahlungen das Zehnfache der Zahlungen für einen anderen Schadenfall betragen, in der Regel nicht zehnfach so hoch sind wie die Regulierungsaufwendungen für den anderen Schadenfall. Diese Feststellung ist deswegen wichtig, weil der Durchschnittsaufwand pro unerledigten Schadenfall meist höher ist als der Durchschnittsaufwand pro erledigten Schadenfall (raschere Erledigung der Kleinschäden).

In § 12 Abs. 7 VU-RLV (Rechnungslegungsverordnung) ist seit 2016 dazu folgendes geregelt: Für die Ermittlung der Rückstellung für voraussichtlich anfallende Regulierungsaufwendungen kann eine **Pauschalmethode** verwendet werden. Die Pauschalmethode hat sich am Verhältnis der im Geschäftsjahr für die behandelten Versicherungsfälle angefallenen Aufwendungen für die Schadenregulierung zu den geleisteten Schadenzahlungen unter Heranziehung eines Kürzungsfaktors für die noch offenen Schadenfälle, für die bereits ein Teil der Schadenregulierungsaufwendungen im Geschäftsjahr angefallen ist, und eines Kürzungsfaktors, der die Tatsache berücksichtigt, dass der Schadenregulierungsaufwand nicht proportional mit der Höhe des Einzelschadens zunimmt sowie der Durchschnittsbetrag der offenen Schadenfälle im Regelfall deutlich über demjenigen der im Geschäftsjahre bereits erledigten liegt, zu orientieren. Bei Anwendung dieser Methodik ist auch die jährliche Veränderung der teilweise erledigten Schadenfälle aufwandsmäßig und stückzahlenmäßig zu berücksichtigen. – Damit wird die in der Vergangenheit lediglich auf Basis einer **Empfehlung des Versicherungsverbandes** etablierte Methodik zur Ermittlung der Rückstellung für Schadenregulierungskosten seitens der FMA **per Verordnung geregelt**.

f) Die Schadenrückstellung für Rückversicherungsübernahmen und Rückversicherungsabgaben

Für das **indirekte Geschäft** muss die erforderliche Schadenrückstellung **vom Zedenten mitgeteilt** werden. Manche Versicherungsunternehmen ermitteln die Schadenrückstellung für jene Übernahmeverträge, für die bis zum Zeitpunkt der Bilanzerstellung noch keine Meldungen der Zedenten über die Schadenrückstellung vorliegen, durch **Schätzung**. Derartige Schätzungen sind allerdings sehr problematisch, da die Rückversicherer dafür kaum wirklich brauchbare Anhaltspunkte und Unterlagen besitzen; im Allgemeinen ist daher, wenn im Zeitpunkt der Bilanzerstellung noch keine Unterlagen von den Zedenten vorliegen, vorzuziehen, das indirekte Geschäft jeweils um **ein Kalenderjahr später** in der Erfolgsrechnung zu verrechnen. Sofern allerdings durch Meldungen der Zedenten oder sonstige Informationen bekannt ist, dass aus einem Übernahmevertrag **im Bilanzjahr ein Verlust zu erwarten** ist, muss in der Bilanz des Rückversicherers dafür eine **Rückstellung** gebildet werden.

In manchen Fällen wird die Schadenrückstellung für einen Übernahmevertrag mindestens in einer solchen Höhe gebildet, dass das **Ergebnis des Bilanzjahres ausgeglichen ist**; dh die

Schadenrückstellung wird mindestens mit dem Differenzbetrag zwischen abgegrenzten Prämien, Provisionen und bis zum Bilanzstichtag verrechneten Aufwendungen für Versicherungsfälle angesetzt. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen der Vergangenheit kann die Rückstellung auch so bemessen werden, dass sich zusammen mit den verrechneten Aufwendungen für Versicherungsfälle ein bestimmter Schadensatz ergibt.

Die **Anteile der Rückversicherer** an der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle können bei **Brutto-Quotenabgaben** pauschal von der Summe der Rückstellungen für sämtliche noch nicht abgewickelten Schäden errechnet werden. Bei **Summenexzedentenabgaben** müssen sie für jeden einzelnen Versicherungsfall gesondert (aufgrund des Exzedenten-Prozentsatzes für den betreffenden Versicherungsvertrag) ermittelt werden. Bei **Schadenexzedentenabgaben** müssen zur Ermittlung des Anteiles der Rückversicherer für jeden einzelnen Schaden, der die Priorität übersteigt, neben der am Bilanzstichtag gebildeten Rückstellung sämtliche bis zum Bilanzstichtag geleisteten Zahlungen berücksichtigt werden, da nur auf diese Weise festgestellt werden kann, um welchen Betrag der Schaden die Priorität des Erstversicherers übersteigt. Wenn im Vertrag eine Indexveränderung der Priorität vorgesehen ist, müssen die in den einzelnen Jahren tatsächlich geleisteten Schadenzahlungen auf die Indexbasis des Schadenjahres umgerechnet werden.

5. Die Rückstellung für erfolgsunabhängige (garantierte) Prämienrückerstattung

Erfolgsunabhängige (garantierte) Prämienrückerstattungen werden ohne Rücksicht auf das Ergebnis des Versicherungsunternehmens solchen Versicherungsnehmern gewährt, die während einer bestimmten Periode (eines Versicherungsjahrs oder auch mehrerer Versicherungsjahre) **schadenfrei** bleiben bzw bei denen die Schadenbelastung innerhalb der Referenzperiode eine **bestimmte Grenze** nicht übersteigt.

Erfolgsunabhängige Prämienrückerstattungen kommen hauptsächlich in der Krankenversicherung, in der Kraftfahrzeug-Fahrzeugversicherung, in der Kreditversicherung und in der Lebensversicherung (vor allem für Gruppen-Risikoversicherungen), vereinzelt auch in der Maschinen- und Transportversicherung vor. Sie sind entweder in den Tarifen allgemein vorgesehen oder werden mit einzelnen Versicherungsnehmern vertraglich besonders vereinbart. Die Vereinbarungen besagen, dass den Versicherungsnehmern ein Teil ihrer Prämien rückerstattet wird, wenn in **einem** oder in **mehreren Versicherungsjahren kein Schaden** angefallen ist oder wenn die Schäden einen **bestimmten Prozentsatz der Prämien** nicht überstiegen haben.

Durch die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung soll in erster Linie das Interesse der Versicherungsnehmer an einer **Vermeidung von Schäden** erhöht werden (Verbesserung des subjektiven Risikos). In der Krankenversicherung und in der Kraftfahrzeug-Fahrzeugversicherung soll für die Versicherungsnehmer auch ein **Anreiz** geschaffen werden, **kleine Schäden (Bagatellschäden) nicht** beim Versicherungsunternehmen **anzumelden**, sondern selbst zu tragen.

Wenn die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung mit den Versicherungsnehmern erst nach einer Reihe von schadenfreien oder schadenarmen Jahren abgerechnet wird, müssen in den vor dem Zeitpunkt der Abrechnung der Prämienrückerstattungen erstellten Jahresabschlüssen der Versicherungsunternehmen ausreichende Rückstellungen für die bis dahin **bereits bedingt entstandenen Ansprüche** auf Prämienrückerstattung gebildet werden; dasselbe gilt, wenn bei einer Erhöhung der Anzahl der schadenfreien Jahre ab dem zweiten oder dritten schadenfreien Jahr eine erhöhte Prämienrückgewähr zugesagt wird.

Grundlage für die Berechnung der Rückstellungen bilden die seit dem letzten Abrechnungstichtag bis zum Bilanzstichtag vereinnahmten oder abgegrenzten Prämien für jene Verträge, für die aufgrund der **bis zum Bilanzstichtag angemeldeten Schäden** eine Prämienrückerstattung zu gewähren ist. Bei Systemen, bei denen die Prämienrückerstattung oder ihr Ausmaß von einer **mehrjährigen Schadenfreiheit** abhängig ist, müssen bei der Berechnung der Rückstellung auch Annahmen über den künftigen Schadenverlauf (Wahrscheinlichkeit der weiteren Schadenfreiheit bis zum Zeitpunkt des endgültigen Entstehens bzw des Entstehens des erhöhten Anspruches der Versicherungsnehmer) getroffen werden. Gemäß § 11 Abs 2 der Rechnungslegungsverordnung sind in dieser Rückstellung nicht nur die Rückgewährbeträge, die im Geschäftsjahr nach dem Abschluss-Stichtag auszuzahlen oder gegen Prämien zu verrechnen sind, sondern **auch Anwartschaften auf Rückgewährbeträge**, die aufgrund des Schadenverlaufs vor dem Bilanzstichtag in späteren Jahren bei Fortdauer des guten Schadenverlaufs zu vergüten sein werden, zu berücksichtigen.

In der **Krankenversicherung** steht wegen des großen Anfalles von Spätschäden im Zeitpunkt der Bilanzerstellung oft nicht genau fest, welche Verträge im Rechnungsjahr schadenfrei geblieben sind; das Erfordernis für die Rückstellung für erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung muss daher in der Krankenversicherung meist durch globale Schätzung unter Berücksichtigung von Erfahrungswerten ermittelt werden.

Beim **Bonus-Malus-System** in der **Kfz-Haftpflichtversicherungssparte** handelt es sich um keine nachträglichen Berichtigungen der bereits vereinnahmten Prämien sondern um eine vom Schadenverlauf in der Vergangenheit abhängige Differenzierung der künftigen Prämien; ein Bonus nach diesem System stellt daher keine Prämienrückerstattung, sondern einen im vorhinein gewährten Prämiennachlass dar.

6. Die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung und Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Das Wesen der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung (Gewinnbeteiligung) wird aus dem Gewinn (Überschuss) des Versicherungsunternehmens gewährt. Sie ist daher davon abhängig, dass ein **Versicherungsunternehmen einen Überschuss** erzielt.

Durch die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung sollen die von den Versicherungsnehmern **eingehobenen Prämien nachträglich berichtet** werden, wenn es sich herausstellt, dass diese Prämien **zu hoch** waren.

Erfolgsabhängige Prämienrückerstattungen (Gewinnbeteiligungen) kommen **satzungsgemäß bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit** vor, bei denen die Versicherungsnehmer in der Regel gleichzeitig Mitglieder des Vereines (der mit einer Genossenschaft verglichen werden kann) sind. In den Satzungen der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ist vorgesehen, dass der Überschuss, soweit er nicht satzungsgemäß der Sicherheitsrücklage zugeführt werden muss oder durch freie Entscheidung der dafür zuständigen Organe freien Rücklagen zugeführt wird, für Prämienrückerstattungen an die Mitglieder zu verwenden ist. Über die Durchführung der Prämienrückerstattung **entscheidet** im Allgemeinen auf Grund eines Vorschlags des Vorstands und/oder des Aufsichtsrats das **oberste Organ** (Versammlung der Mitgliedervertretung oder Mitgliederversammlung, entspricht der Hauptversammlung der Aktiengesellschaften).

Die **größte Bedeutung** hat die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung (die Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer) in der **Lebensversicherung**, in der sie nicht nur von den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, sondern **auch von allen Aktiengesellschaften** gewährt wird. Bei den Aktiengesellschaften **entscheidet** in der Regel der **Vorstand** im Rahmen der in den versicherungsmathematischen Grundlagen (Gewinnplan) und in den Versicherungsbedingungen festgelegten Grenzen über das Ausmaß der Gewinnzuteilung an die Versicherungsnehmer.

Aktiengesellschaften sehen in den Versicherungsbedingungen nicht nur in der Lebensversicherung, sondern meist auch in der Krankenversicherung und in der Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr erfolgsabhängige Prämienrückerstattungen vor. Von manchen Aktiengesellschaften werden solche Prämienrückerstattungen auch in anderen Versicherungssparten gewährt.

b) Die Bedeutung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung

Durch die Bildung einer Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung sollen die Versicherungsunternehmen in die Lage versetzt werden, trotz der von Jahr zu Jahr auftretenden **Schwankungen der Überschüsse** während eines längeren Zeitraums möglichst **gleichbleibende Prämienrückerstattungen** zu gewähren. Die Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung dient gewissermaßen als ein **Ausgleichspuffer** zwischen dem von Jahr zu Jahr schwankenden Anfall der Überschüsse und der kontinuierlichen Zuteilung dieser Überschüsse an die Versicherungsnehmer.

Es ist in Österreich üblich, dass die Versicherungsunternehmen **Beträge**, die für erfolgsabhängige Prämienrückerstattungen (**Gewinnbeteiligungen**) an die Versicherungsnehmer verwendet werden sollen, **zunächst der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämien-**

rückerstattung zuführen und dass die **Ausschüttungen** bzw **Gewinnzuteilungen** an die Versicherungsnehmer **zu Lasten dieser Rückstellung** verrechnet werden.

c) Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung in der Lebensversicherung

In der Lebensversicherung hat die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung (sie wird dort Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer genannt) deswegen besondere Bedeutung, weil die Lebensversicherungsprämien **bewusst vorsichtig kalkuliert** werden. Die vorsichtige Prämienkalkulation ist in der Lebensversicherung geboten, weil es sich vielfach um sehr langfristige Verträge handelt, aus denen die Versicherungsunternehmen zum Teil erst nach Jahrzehnten die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen haben. Insbesondere über die Ablebenswahrscheinlichkeit und über die voraussichtliche Rendite der Kapitalanlagen (Rechnungszinssatz) werden **sehr vorsichtige Annahmen** getroffen; der tatsächliche Sterblichkeitsverlauf und die tatsächliche Rendite der Kapitalanlagen sind zumindest derzeit wesentlich günstiger als die diesbezüglichen Annahmen bei der Prämienkalkulation. Bei den Lebensversicherungsunternehmen ergeben sich daher in der Regel **hohe Überschüsse**. In den Versicherungsbedingungen und Geschäftsplänen (bei den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit auch in den Satzungen) ist vorgesehen, dass diese Überschüsse zum größten Teil (meist zu wenigstens 85 % bis 90 %) im Wege der sogenannten Gewinnbeteiligung an die Versicherungsnehmer zu verteilen sind; dies geschieht bei kapitalbildenden Lebensversicherungen in der Regel nicht durch Ermäßigung der Prämien, sondern durch eine **Erhöhung der Leistungen**, die bei Eintritt des Versicherungsfalles erbracht werden.

Durch die Gewinnbeteiligung in der Lebensversicherung – insbesondere durch die Zinsgewinnanteile – wird auch erreicht, dass der **Wert der Versicherungsleistung real** einigermaßen **erhalten** bleibt, wenn die nominellen Beträge der laufenden Prämienzahlungen an Geldwertänderungen angepasst werden. Der Verwendung eines um Geldwertänderungen bereinigten **Realzinssatzes** als rechnungsmäßigen Zinssatz liegen daher nicht nur Vorsichtserwägungen, sondern auch das Bestreben nach einer Erhaltung des realen Wertes der vereinbarten Versicherungsleistung zugrunde.

Die **Gewinnberechtigung beginnt** in der Lebensversicherung in der Regel nicht gleich bei Vertragsabschluss sondern erst nach Ablauf einer Karenzfrist, die in den meisten Fällen – abhängig von der Laufzeit der Verträge – zwei bis drei Jahre beträgt; bei Versicherungen gegen Einmalprämien ist im Allgemeinen keine Karenzfrist vorgesehen.

In der Lebensversicherung gibt es **unterschiedliche Gewinnzuteilungssysteme** (Gewinnsysteme). Die Lebensversicherungsunternehmen sind in der Regel bestrebt, die Gewinnzuteilung an die Versicherungsnehmer einerseits möglichst **werbewirksam** und andererseits möglichst **gerecht** zu gestalten. **Abrechnungstechnische Probleme** haben in der letzten Zeit weitgehend an Bedeutung verloren, da mit modernen Datenverarbeitungsanlagen auch komplizierte Systeme der Gewinnbeteiligung beherrscht werden können; in der Vergangenheit spielte bei der Entscheidung, welches Gewinnsystem angewendet wird, auch der Gesichtspunkt der möglichst einfachen Berechnung der Gewinnzuteilung an die einzelnen

Versicherungsnehmer und der Gewinn Guthaben der Versicherungsnehmer eine bedeutende Rolle.

Es können die folgenden Hauptgruppen von Gewinnsystemen unterschieden werden:

1. **Natürliche Gewinnsysteme:** Die natürlichen Gewinnsysteme tragen dem Umstand Rechnung, dass die Überschüsse aus kapitalbildenden Lebensversicherungen in erster Linie aus zwei Quellen stammen: der sogenannten Überverzinsung der Kapitalanlagen (Überschuss der tatsächlichen Erträge der Kapitalanlagen über die rechnungsmäßigen Zinsen) und den sonstigen Gewinnquellen (hauptsächlich dem Sterblichkeitsgewinn, das ist der Unterschied zwischen der tatsächlichen Sterblichkeit und der rechnungsmäßigen Sterblichkeit aufgrund der verwendeten Sterbetafeln).

Die **Gewinne aus der Überverzinsung der Kapitalanlagen** (Zinsgewinnanteile) werden den einzelnen Versicherungsnehmern in der Regel nach Maßgabe der für ihre Verträge gebildeten Deckungsrückstellung (mitunter auch nach Maßgabe der Summe der seit Vertragsbeginn insgesamt bezahlten Prämien) zugeteilt. Der **restliche Überschuss**, der aus allen übrigen Gewinnquellen stammt und der hauptsächlich aus dem Sterblichkeitsgewinn oder aus außerordentlichen Ergebnissen besteht (Zusatzgewinnanteil) wird meist im Verhältnis der Versicherungssummen zugeteilt; neben der Versicherungssumme kann auch das Risikokapital als Bemessungsgrundlage für die Zusatzgewinnanteile verwendet werden. Bei Zuteilung der Zusatzgewinnanteile im Verhältnis der Versicherungssumme bleiben diese bei gleichbleibenden Gewinnanteilsätzen während der ganzen Vertragslaufzeit unverändert, obwohl der Sterblichkeitsgewinn meist am Anfang der Vertragslaufzeit höher ist als in den späteren Jahren (Auswirkung der Risikoselektion, insbesondere bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung); der Rückgang des Risikokapitals während der Laufzeit der Versicherungsverträge hat insbesondere bei jüngeren Versicherten zur Folge, dass sich der Anteil der in den Prämien enthaltenen Risikoprämien in den späteren Jahren vermindert. Zusatzgewinnanteile werden in der Regel nur gewährt, so lange Prämien bezahlt werden.

2. **Einfache (mechanische) Gewinnsysteme:** Die Gewinnanteile werden dabei in Prozenten der gewinnberechtigten Prämien ausgedrückt. Für prämienfreie Versicherungen (insbesondere für Versicherungen, die nach Ablauf der vollen vertraglichen Prämienzahlungsdauer vertragsgemäß prämienfrei geworden sind) müssen nach diesen Systemen andere Bemessungsgrundlagen (meist die Deckungsrückstellung) für die Gewinnzuteilung verwendet werden. Die einfachen Gewinnsysteme sind verwaltungstechnisch einfach zu handhaben, haben aber den Nachteil, dass die Gewinnzuteilung bei kapitalbildenden Versicherungen nicht mit der Gewinnverursachung im Einklang steht und dass sie daher bei diesen Versicherungen zu keiner gerechten Gewinnzuteilung führen. Sie sind daher nur bei Risikoversicherungen sinnvoll.
3. **Sonstige Gewinnsysteme:** Von einigen Versicherungsunternehmen werden individuelle Systeme angewendet, die auf die besondere Struktur des Versicherungsbestandes abgestellt sind (zB nach der Laufzeit gestaffelte Erhöhungen der Versicherungssummen).

Viele Gewinnsysteme sehen zum Ausgleich der Karenz in den ersten Vertragsjahren bei Fälligkeit im Erlebensfall einen **Schlussgewinnanteil** (meist in Höhe eines Gewinnanteils) oder im letzten Versicherungsjahr einen **doppelten Gewinnanteil** vor.

Die zugeteilten Gewinne für kapitalbildende Lebensversicherungen werden der Regel **erst zusammen mit den vertraglichen Versicherungsleistungen** ausgezahlt. Die zugeteilten Gewinnanteile werden entweder bis zum Zeitpunkt ihrer Fälligkeit **verzinslich angesammelt** (dh, dass die zugeteilten Gewinnanteile jährlich mit einem bestimmten Zinssatz verzinst werden) oder als **Einmalprämien** zur Begründung von zusätzlichen prämienfreien, gleichfalls gewinnberechtigten Versicherungssummen verwendet (die prämienfreien Versicherungssummen betragen je nach der Restlaufzeit der Versicherungen das Ein- bis Zweifache der Einmalprämien). Die verzinsliche Ansammlung führt im Erlebensfall, die Bildung zusätzlicher Versicherungssummen führt bei vorzeitigem Tod zu höheren Leistungen an die Versicherungsnehmer.

In manchen Gewinnplänen ist vorgesehen, dass die zugeteilten Gewinnanteile **mit laufenden Prämien verrechnet** oder als **Einmalprämien zur Erhöhung der vertraglichen Versicherungssumme** (zB anlässlich von Indexanpassungen der Prämien) verwendet werden können. Die Verwendung der Gewinnanteile zur Begründung einer zusätzlichen prämienfreien Versicherungssumme oder zur Erhöhung der vertraglichen Versicherungssumme hat für die Versicherungsnehmer die gleichen materiellen Auswirkungen.

Wenn bei stärkerer **Geldentwertung** eine **Anpassung** der Versicherungssumme an den verminderten Geldwert (reale Werterhaltung der Versicherungsleistung) durch **Erhöhung der Prämien** erreicht werden soll, müssten die Prämien während der Restlaufzeit von bereits längere Zeit in Kraft befindlichen Versicherungsverträgen um einen wesentlich höheren Prozentsatz steigen als die Versicherungssummen, sofern nicht ein Einmalerlag zur Erhöhung der bereits angesammelten Deckungsrückstellung geleistet wird; durch die Verwendung der Gewinnanteile als Einmalprämien wird ein solcher Einmalerlag wenigstens teilweise aufgebracht.

In der Frage, ob durch die Gewinnzuteilungen die Versicherungsnehmer, deren Verträge bis zum vertraglichen Ablauftermin aufrecht bleiben (Erlebensfälle), begünstigt werden sollen, werden unterschiedliche Meinungen vertreten: Gegen eine **Begünstigung der durch Erleben fällig werdenden Verträge** spricht die Überlegung, dass durch die Gewinnbeteiligung die zu hoch bemessenen Prämien nachträglich berichtigt werden; bei niedrigeren Prämienätzen wären die Versicherungssummen von Haus aus höher gewesen. **Für die Begünstigung** dieser Versicherungen spricht die Überlegung, dass das Sterblichkeitsergebnis dieser Versicherungen eben besonders günstig ist und überdies die Tatsache, dass ein solches Gewinnsystem verkaufspolitisch günstig ist; die Gewinnanteile im Erlebensfall, mit denen meist geworben wird, sind nach einem solchen System höher.

Es ist zu beachten, dass in der **Lebensversicherung** zwischen der **Gewinnentstehung**, der **Gewinndeklaration** (Festsetzung der Gewinnanteilsätze) und der **tatsächlichen Zuteilung** der Gewinnanteile an die Versicherungsnehmer meist eine Zeitspanne von einem Jahr oder von zwei Jahren liegt (sogenannte **Phasenverschiebung**). Die **einzelnen Versicherungsnehmer** erwerben erst **mit der Zuteilung** der Gewinnanteile **endgültig** betragsmäßig be-

stimmte Ansprüche gegenüber dem Versicherungsunternehmen, die ihnen in der Regel auch im Falle einer vorzeitigen Auflösung der Versicherungsverträge (durch Rückkauf) ausbezahlt sind.

Die Phasenverschiebung beträgt ein Jahr, wenn die Gewinnanteile jeweils am Ende eines Kalenderjahres zugeteilt werden (Beispiel: im Mai des Jahres 2 werden aufgrund der im Jahre 1 erzielten Überschüsse die am 31. Dezember des Jahres 2 zuzuteilenden Gewinnanteile festgesetzt); sie beträgt dagegen im Durchschnitt eineinhalb Jahre, wenn die Gewinnanteile jeweils am Anfang oder am Ende eines Versicherungsjahres zugeteilt werden (Beispiel: im Mai des Jahres 2 werden aufgrund der im Jahre 1 erzielten Überschüsse die Gewinnanteile, die am Anfang oder Ende des im Jahre 3 bzw in der Zeit vom 1. Juli des Jahres 2 bis 30. Juni des Jahres 3 beginnenden oder endenden Versicherungsjahres zugeteilt werden, festgesetzt).

Buchtechnisch werden die zugesagten Gewinnanteile am Ende des Jahres, in dem sie erklärt werden, von der Rückstellung für erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung **auf die Deckungsrückstellung** (diese enthält die Unterposten Rückstellung für zugesagte und Rückstellung für zugeteilte Gewinnanteile) übertragen.

Eine Rückstellung für **zugesagte Gewinnanteile** scheint im Rahmen der Deckungsrückstellung auf, wenn die in einem Kalenderjahr erklärten Gewinnanteile erst im darauf folgenden Kalenderjahr zugeteilt oder ausgezahlt (Schlussgewinnanteile) werden.

Die Rückstellung für **zugeteilte Gewinnanteile** wird zu Lasten des Jahresergebnisses verzinst. Die **Veränderung der Rückstellungen für zugesagte und zugeteilte Gewinnanteile** (abzüglich der von der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung übertragenen Beträge) wird **in der versicherungstechnischen Gewinn- und Verlustrechnung** zusammen mit der Veränderung der Deckungsrückstellung für die vertraglichen Versicherungsleistungen im Posten Erhöhung bzw Verminderung der Deckungsrückstellung ausgewiesen.

Auch **Gewinnanteile**, die **nicht in Ansammlung genommen** werden (Schlussgewinnanteile, die in der Regel nur für das jeweils nächste Kalenderjahr beschlossen werden), werden im Allgemeinen buchmäßig auf die Deckungsrückstellung übertragen; dies hat zur Folge, dass sich bei ihrer Auszahlung eine Verminderung der Deckungsrückstellung ergibt. Die **Auszahlung der Gewinnanteile** findet demnach in der Lebensversicherung in zwei Erfolgsposten ihren Niederschlag: in den Auszahlungen für Versicherungsfälle (als Aufwand) und zum Ausgleich in einer Verminderung der Veränderung der Deckungsrückstellung (als Aufwandsminderung), da ja die Auszahlung von Gewinnanteilen, die bereits in einer versicherungstechnischen Rückstellung passiviert waren, erfolgsneutral ist.

Die **Schlussgewinnanteile**, die in der Regel nur gewährt werden, wenn für einen Versicherungsvertrag eine Leistung bei Ablauf erbracht wird, werden meist mit jenem Betrag bemessen, der sich durch Multiplikation der **vertraglichen Versicherungssumme** oder der gesamten **Ablaufleistung** (einschließlich Gewinnanteile) mit dem **Zinsgewinnanteilsatz** ergibt; sie sollen – je nach dem Zeitpunkt der letzten Zuteilung von laufenden Gewinnanteilen – ganz oder teilweise in den Kapitalerträgen zwischen der letzten Gewinnzuteilung und der Fälligkeit der Ablaufleistung Deckung finden. Soweit die Schlussgewinnanteile über diese Kapitalerträge hinausgehen sollte dafür **während der Laufzeit** der Verträge eine **Rückstellung angesammelt** werden; bei der Bemessung dieser Rückstellung ergibt sich das Problem,

dass im Vorhinein nicht vorhersehbar ist, wie hoch der Zinsgewinnanteilsatz im Ablaufjahr und damit der Schlussgewinnanteil sein wird.

Noch keine einheitliche Vorgangsweise hat sich bezüglich des Ausweises der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattungen **für Risikoversicherungen**, die in der Regel mit den laufenden Prämien verrechnet werden, herausgebildet; vielfach werden diese Prämienrückerstattungen gegen die (ungekürzten) Prämien aufgerechnet.

Da die Gewinnanteile erst in der auf die Erklärung folgenden Bilanz von der Rückstellung für erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung auf die Deckungsrückstellung übertragen werden, wird die in der Bilanz ausgewiesene Rückstellung für Gewinnbeteiligung in die **Rückstellung für die zu erklärenden Gewinnanteile** (vom Aktuar berechnetes Erfordernis für die Gewinnerklärung nach dem Bilanzstichtag) und in die **Rückstellung für künftige Gewinnverwendung** unterteilt. Die Rückstellung für künftige Gewinnverwendung besteht aus jenen Beträgen, über die von den für die Gewinndeklaration zuständigen Organen (bei Aktiengesellschaften: der Vorstand und Aufsichtsrat; bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit: das oberste Organ = Versammlung der Mitgliedervertretung bzw Mitgliederversammlung) bei oder nach Erstellung des Jahresabschlusses noch keine Verfügung getroffen wurde bzw wird.

In der seit 2006 existierenden **Lebensversicherungs-Gewinnbeteiligungs-Verordnung (LV-GBV)** wird für **gewinnberechtigte Lebensversicherungsverträge** normiert, dass die Aufwendungen für die Dotierung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw. Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer zuzüglich allfälliger Direktgutschriften in jedem Geschäftsjahr **mindestens 85% der Mindestbemessungsgrundlage** (ähnlich einer Gewinn- und Verlustrechnung) zu betragen haben. Auf die Mindestgewinnbeteiligung können Überdotierungen aus früheren Geschäftsjahren angerechnet werden.

d) Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung in der Schaden- und Unfallversicherung

In der Schaden- und Unfallversicherung werden die erfolgsabhängigen Prämienrückerstattungsbeträge in der Regel gegen die nach dem Rückerstattungsbeschluss fälligen **Prämien** der gewinnberechtigten Versicherungen **aufgerechnet**; mitunter werden sie an die Versicherungsnehmer bar ausgezahlt. Die Rückerstattungssätze werden meist in **Prozenten der Prämien** festgesetzt. In der Unfallversicherung können die Prämienrückerstattungen auch in der Form vorgenommen werden, dass die **Versicherungssummen** bei unveränderten Prämien **erhöht** werden. Die ausgezahlten (mit den Prämien verrechneten) Rückerstattungsbeträge und die zusätzlichen Leistungen werden zu Lasten der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung verrechnet; sie sind daher – abweichend von der Lebensversicherung – nicht im Aufwandsposten Auszahlungen für Versicherungsleistungen enthalten.

e) Die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung in der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung werden die erfolgsabhängigen Rückerstattungsbeträge meist mit einem **Vielfachen der Monatsprämien** (eine Monatsprämie, zwei oder drei Monatsprämien) festgesetzt. Die Rückerstattungsbeträge werden ebenso wie in der Schaden- und Unfallversicherung in der Regel gegen die nächsten fälligen **Prämien aufgerechnet** oder **bar ausbezahlt**.

Von der FMA wurde in der Vergangenheit verlangt, dass auch Aktiengesellschaften in der Krankenversicherung in ihren Versicherungsbedingungen einen Anspruch der Versicherungsnehmer auf einen Teil des Überschusses (in der Regel auf einen Teil des Verzinsungsgewinns) vorsehen. Seit 2007 wird entsprechend der **Krankenversicherungs-Gewinnbeteiligungsverordnung (KV-GBV)** für Verträge der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung aus dem direkten Geschäft, die nach ihren Versicherungsbedingungen eine **Gewinnbeteiligung** vorsehen, normiert, dass die Aufwendungen für die Dotierung der Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung zuzüglich allfälliger Direktgutschriften und allfälliger weiterer Beträge, die der Finanzierung einer außerordentlichen Erhöhung der Deckungsrückstellung oder der Vermeidung von Prämien erhöhungen dienen, in jedem Geschäftsjahr mindestens **85% der Mindestbemessungsgrundlage** (ähnlich einer Gewinn- und Verlustrechnung) zu betragen haben (**Mindestgewinnbeteiligung**). Auch aus der Zuführung solcher Beträge sind Ansprüche einzelner Versicherungsnehmer auf die Alterungsrückstellung oder Anteile hiervon nicht abzuleiten. Auf die Mindestgewinnbeteiligung können Überdotierungen aus früheren Geschäftsjahren angerechnet werden.

7. Schwankungsrückstellung

Durch die Bildung einer Schwankungsrückstellung sollen **zeitliche Schwankungen im Schadenverlauf**, die **über ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr) hinausreichen**, ausgeglichen werden. In vielen Sparten ergibt sich innerhalb eines einzelnen Kalenderjahres noch kein vollständiger Risikoausgleich nach dem Gesetz der großen Zahl; dieser Ausgleich wird insbesondere bei großen Risiken lediglich im Laufe einer mehrjährigen, mitunter sogar erst im Laufe einer vieljährigen Periode erreicht. Die Schwankungsrückstellung ist daher wirtschaftlich eine Art **zusätzlicher**, über ein Kalenderjahr hinausreichender Prämienübertrag für jenen Teil der Prämien, der gedanklich zur Deckung von **nicht regelmäßig anfallenden Großschäden** oder von **außergewöhnlichen Erhöhungen der Schadenanzahl** (Hinweis auf Leitungswasserschaden-, Sturmschaden- und Hagelversicherungen) bestimmt ist.

Zuführungen zur Schwankungsrückstellung sind gemäß § 16 Abs 3 KStG 1988 **steuerlich abzugsfähig** (seit 2001 allerdings nur zu 50%):

Für die Berechnung von Schwankungsrückstellungen wurden in der Literatur und von der Rechtsprechung verschiedene Verfahren entwickelt. Es können insbesondere **zwei Gruppen von Verfahren** unterschieden werden:

a) die sogenannten versicherungsmathematischen Verfahren:

nach diesen Verfahren wird errechnet, welches Sicherheitskapital erforderlich ist, um die nach den Regeln der Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Überschäden (Schäden, die über die nach Wahrscheinlichkeitsformeln zu errechnende mittlere Abweichung hinausgehen) zu decken. Die Schwankungsrückstellung hat nach dieser Konzeption eine ähnliche **Funktion wie das Eigenkapital** (Funktion als Risikopolster).

b) die sogenannten versicherungstechnischen Verfahren:

als versicherungstechnische Verfahren werden jene Verfahren bezeichnet, die die Bildung von Schwankungsrückstellungen ohne versicherungsmathematische Begründung vorsehen. Bei diesen Verfahren wird aufgrund der Erfahrungen der Vergangenheit festgestellt, wie hoch die mittlere Schadenbelastung war; in Jahren mit unterdurchschnittlicher Schadenbelastung wird der Unterschied zwischen der tatsächlichen Schadenbelastung im Rechnungsjahr und der durchschnittlichen Schadenbelastung der Schwankungsrückstellung zugeführt; in Jahren mit überdurchschnittlicher Schadenbelastung wird der Unterschied der Rückstellung entnommen, soweit eine Rückstellung vorhanden ist (keine Bildung einer negativen Rückstellung = Aktivposten).

In **Österreich** wurde am 22. Oktober 1991 eine **Verordnung des Bundesministers für Finanzen** über die Bildung einer Schwankungsrückstellung in der Schaden- und Unfallversicherung (Schwankungsrückstellungs-Verordnung) erlassen; aufgrund dieser Verordnung müssen alle in Österreich tätigen Versicherungsunternehmen seit dem Jahr 1991 Schwankungsrückstellungen in der Schaden- und Unfallversicherung nach einem in einer Verordnung festgelegten **versicherungsmathematischen Verfahren** bilden. In der Lebens- sowie der Krankenversicherung ist demnach keine Schwankungsrückstellung zu bilden.

Auch die **Schwankungsrückstellungsverordnung** wurde im Zuge der Einführung von Solvency II neu erlassen, seit 2016 gilt die **VU-SWRV 2016**.

Die VU-SWRV 2016 sieht vor, dass zunächst für jede einzelne in der Verordnung genannte Versicherungssparte der **Sollbetrag (Höchstbetrag)** der Schwankungsrückstellung berechnet wird. Zu diesem Zweck ist für den **Beobachtungszeitraum** (das sind für die meisten Versicherungszweige die letzten 15 Kalenderjahre **vor dem Bilanzjahr**) **pro Jahr der Schadensatz im Eigenbehalt** (Verhältnis wirksamer Schäden im Eigenbehalt zu den abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt) zu ermitteln. Aus den 15 Schadensätzen ist das **arithmetische Mittel** zu errechnen und es ist **für jedes Jahr die Abweichung des Schadensatzes vom durchschnittlichen Schadensatz** (in Prozentpunkten) zu errechnen; dabei ist es gleichgültig, ob die Abweichung positiv oder negativ ist.

Die Berechnung ist getrennt für das direkte und das indirekte Geschäft und in jedem dieser beiden Bereiche **getrennt für 21 Sparten** (Versicherungszweige) vorzunehmen. In 5 Sparten kann auch eine getrennte Berechnung für zwei bis drei Subsparten erstellt werden. **Alternativ** kann die Berechnung laut VU-SWRV 2016 auch getrennt nach **12 Geschäftsbereichen** vorgenommen werden. Nach § 8 VU-SWRV 2016 kann für Zwecke der Bildung der Schwankungsrückstellung das direkte und indirekte Geschäft eines Versicherungszweiges oder eines Geschäftsbereiches zusammengefasst werden.

Eine Schwankungsrückstellung kann in jenen Sparten gebildet werden, in denen die abgegrenzten Eigenbehaltspremien im Durchschnitt der letzten drei Geschäftsjahre einschließlich des Bilanzjahres EUR 150.000 überstiegen haben (**erste Voraussetzung** laut § 9 VU-SWRV 2016).

Nach Ermittlung der Abweichungen vom durchschnittlichen Schadensatz in den einzelnen Jahren des Beobachtungszeitraums ist für jedes Jahr das **Quadrat des Abweichungsprozentsatzes** zu bilden; die Summe der Quadrate ist **durch 14 zu dividieren** und es ist schließlich die **Quadratwurzel aus dem Quotienten** zu errechnen. Das Ergebnis dieser Berechnung ist die **Standardabweichung**. Eine Schwankungsrückstellung darf nur in solchen Sparten gebildet werden, in denen die Standardabweichung **wenigstens 5 Prozentpunkte** beträgt; nur in diesem Fall ist die im Gesetz geforderte Voraussetzung, dass die Schwankungen erheblich sein müssen, erfüllt (**zweite Voraussetzung** laut § 9 VU-SWRV 2016).

Die **dritte Voraussetzung** laut § 9 VU-SWRV 2016 für die Bildung einer Schwankungsrückstellung ist, dass die **Summe aus dem Schadensatz** (im **Eigenbehalt**) und dem **Kostensatz** (in der **Gesamtrechnung**) mindestens einmal im Beobachtungszeitraum **mehr als 100%** (der Eigenbehaltspremien) betragen hat.

Nur wenn **alle drei Voraussetzungen** laut § 9 VU-SWRV 2016 erfüllt sind, darf bzw. muss eine Schwankungsrückstellung im betreffenden Versicherungszweig bzw. Geschäftsbereich gebildet werden.

Der **Sollbetrag** (brutto) der Rückstellung in den einzelnen Sparten beträgt das **4,5-fache** des **Produkts** aus der **Standardabweichung** und einem Prozent der **abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt** im Bilanzjahr. Dieser Sollbetrag ist **zu kürzen**, wenn die Summe aus durchschnittlichem Schadensatz (im Eigenbehalt) und Kostensatz (in der Bruttorechnung) weniger als 100 beträgt. Der **Abzugsposten** vom Sollbetrag beträgt das 3,0-fache des Produkts aus dem Faktor, der sich nach der Formel (100 abzüglich durchschnittlicher Schadensatz abzüglich durchschnittlicher Kostensatz) ergibt und einem Prozent der abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt im Bilanzjahr. Wenn der Abzugsposten größer ist als der Bruttobetrag des Sollbetrags, kann in der betreffenden Sparte bzw. im betreffenden Geschäftsbereich keine Schwankungsrückstellung gebildet werden.

In der Hagelversicherung und in der Kreditversicherung beträgt der Beobachtungszeitraum 30 Jahre statt 15 Jahre und der Sollbetrag (brutto) das 6,0-fache statt des 4,5-fachen des Produkts aus der Standardabweichung und einem Prozent der abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt im Bilanzjahr.

Die Schwankungsrückstellung **wird von Jahr zu Jahr** durch Zuweisungen und Entnahmen **fortgeschrieben**. Die **Zuweisungen** an die und die **Entnahmen** aus der Schwankungsrückstellung setzen sich in den einzelnen Geschäftsjahren aus **zwei Komponenten** zusammen:

- a) der 1,5 %igen **Verzinsung des Sollbetrags**, der finanzmathematisch ein Barwert ist; diese Komponente ist stets positiv (Zuführung zur Schwankungsrückstellung).
- b) der **schadensatzabhängigen Komponente**, die sich als Produkt aus der Schadenabweichung im Bilanzjahr (Differenz zwischen Schadensatz im Bilanzjahr und durchschnittlichem Schadensatz in den 15 vorangegangenen Jahren) und einem Prozent der abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt im Bilanzjahr ergibt; diese Komponente kann positiv oder negativ sein (Zuführung zur Schwankungsrückstellung im Falle des „Unterschadens“ oder Auflösung der Schwankungsrückstellung im Falle des „Überschadens“).

Die Summe bzw der Saldo der beiden Komponenten ist der Schwankungsrückstellung der betreffenden Sparte bzw. des. Betreffenden Geschäftsbereichs zuzuführen bzw ihr zu entnehmen, bis die Rückstellung den Sollbetrag oder den Betrag Null erreicht hat. Ein schematisches Beispiel der Berechnung der Veränderungen der Schwankungsrückstellung ist in Beilage IV dargestellt.

Wenn in einer Sparte bzw. einem Geschäftsbereich, in der bzw. dem eine Schwankungsrückstellung gebildet ist, der **Sollbetrag wegfällt** oder dieser **kleiner** wird als die Schwankungsrückstellung, kann die in diesem Fall erforderliche Auflösung oder Herabsetzung auf das Bilanzjahr und die vier Folgejahre verteilt werden.

Gegen die in der VU-SWRV 2016 vorgeschriebene Methode zur Bildung von Schwankungsrückstellungen kann eingewendet werden, dass die Veränderungen der Schadensätze nicht nur auf zufallsbedingte Schwankungen zurückzuführen sind, sondern dass auch **Änderungen in der Struktur und Qualität des Versicherungsbestands** (Risiko-selektion, Prämienniveau) und **Änderungen der Rückversicherung** eine erhebliche Rolle spielen können. Diese Veränderungen sollten theoretisch von den zufallsbedingten Schwankungen getrennt werden; in der Praxis ist allerdings eine Aufspaltung der Schwankungen der Schadensätze nicht möglich.

8. Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen

Zu den sonstigen versicherungstechnischen Rückstellungen gehören insbesondere:

- a) die Stornorückstellung
- b) die Rückstellung für Großschäden
- c) die Rückstellung für drohende Verluste aus dem Versicherungsbestand
- d) die Rückstellung für Verluste aus dem zeitversetzt gebuchten indirekten Geschäft
- e) die Rückstellung für Terrorrisiken

Zu a): Stornorückstellung

Eine Stornorückstellung kann sowohl für die nach dem Bilanzstichtag vorzunehmenden Storni von **noch nicht bezahlten Prämien** als auch für die nach dem Bilanzstichtag vorzunehmenden Storni von **bereits bezahlten Prämien** gebildet werden.

Die Rückstellung für **Storni von noch nicht bezahlten Prämien** ist eine **Wertberichtigung** zu den Prämienaußenständen. Bei der **Bemessung** dieser Wertberichtigung ist zu berücksichtigen, dass

- in den Prämienaußenständen auch Beträge von **Versicherungs- und Feuerschutzsteuer** enthalten sind, die beim Prämienstorno vom Finanzamt refundiert werden,
- beim Prämienstorno **Provisionen** mit den Vertretern rückverrechnet werden,
- ein Teil der stornierten Prämien mit **Rückversicherern** und **Mitversicherern** verrechnet wird und
- ein Teil der im Geschäftsjahr gebuchten Prämien noch gar nicht als Ertrag vereinnahmt ist (Übertrag in das nächste Geschäftsjahr durch Passivierung als **Prämienübertrag**); der Prämienübertrag ist umso höher, je später der Fälligkeitszeitpunkt der stornierten Prämie ist.

In der **Lebensversicherung** ist ab dem zweiten oder dritten Versicherungsjahr bei Versicherungen mit Sparprämienanteil auch eine **Deckungsrückstellung** vorhanden, die sich im Fall des nachträglichen Stornos einer vorgeschriebenen Prämie vermindert.

Unbeschadet der vorstehenden Feststellungen ist aber doch zu beachten, dass **jeder** nach dem Bilanzstichtag vorgenommene **Totalstorno** einer am Bilanzstichtag noch nicht bezahlten Prämie, der meist auf **Uneinbringlichkeit** der Prämie zurückzuführen ist, dazu führt, dass sich für das Versicherungsunternehmen eine **nachträgliche Einbuße eines im Bilanzjahr vereinnahmten Ertrags** ergibt, die durch die Bildung einer Stornorückstellung periodengerecht in das Bilanzjahr verlagert wird.

Nachträgliche **Storni bereits bezahlter Prämien**, die zu einem Guthaben des Versicherungsnehmers führen, kommen im Allgemeinen dann vor, wenn ein Risiko, für das eine Prämie bereits bezahlt wurde, vor Ablauf der Versicherungsperiode wegfällt. Für derartige Ertragsminderungen nach dem Bilanzstichtag ist die Bildung einer Stornorückstellung im Allgemeinen deswegen nicht erforderlich, da normalerweise nur **Prämienteile, die auf die Zeit nach dem Bilanzstichtag** entfallen, an die Versicherungsnehmer rückerstattet werden. Diese Prämienteile wurden aber im Bilanzjahr noch nicht als Ertrag vereinnahmt; sie werden im Rahmen der Prämienüberträge passiv abgegrenzt. Eine Rückstellung ist nur insoweit erforderlich, als **Versicherungsnehmer** die Rückverrechnung von Prämien **wegen Wegfalls des Risikos** erst verspätet geltend machen; dh, dass sie die Prämienrückverrechnung für ein Risiko, das schon vor dem Bilanzstichtag weggefallen ist, erst nach dem Bilanzstichtag begehren. Solche Fälle kommen verhältnismäßig selten vor; auch in diesen Fällen hat sich die Stornorückstellung auf jenen Teil der Prämien zu beschränken, der die Zeit vor dem Bilanzstichtag betrifft.

Eine **nachträgliche Herabsetzung** bereits vorgeschriebener Prämien für das Bilanzjahr kann sich auch ergeben, wenn nachträglich Prämien aufgrund von **Stichtagsmeldungen** berichtigt werden (Versicherungen von Vorräten, Betriebsunterbrechungsversicherungen, betriebliche Haftpflichtversicherungen); häufig führen die Stichtagsmeldungen allerdings zu nachträglichen Prämienerrhöhungen.

Die **Veränderungen der Stornorückstellung** werden in der Gewinn- und Verlustrechnung in die Berechnung der abgegrenzten Prämien (Unterposten: Veränderung durch Prämienabgrenzung) einbezogen.

Zu b): Rückstellung für Großschäden

Beispiele für **Großrisiken**, für die **keine Erfahrungswerte** für den Schadenverlauf vorliegen, sind die Atomrisiken und die Produkt-Haftpflichttrisiken für Erzeugnisse der pharmazeutischen Industrie.

Die Bildung einer Rückstellung für Großrisiken kann auch für das **indirekte Geschäft** in Betracht kommen, soweit dieses aus **nichtproportionalen Übernahmeverträgen in hohen Abschnitten** besteht.

Das Paradebeispiel für Rückstellungen für Großschäden ist in Österreich die **Atomrückstellung**: Eine Atomrückstellung wird von den österreichischen Versicherungsunternehmen, welche Atomrisiken (Sach- und Haftpflichtversicherungen) in Deckung genommen haben, gebildet. Mit Rücksicht auf die fehlenden Erfahrungen über die Höhe des Risikos, das sich bei der Versicherung von Atomanlagen ergibt, führen die österreichischen Versicherungsunternehmen mit Zustimmung der Abgabenbehörden den **Bruttoüberschuss** (vor Abzug allgemeiner Kosten) aus dieser Versicherungssparte (Überschuss der abgegrenzten Prämien im Eigenbehalt über die wirksamen Schäden und die Provisionen im Eigenbehalt) einer Atomrückstellung zu. Die Atomrückstellung hat demnach wirtschaftlich eine ähnliche Funktion wie die Schwankungsrückstellung.

Zu c): Rückstellung für drohende Verluste aus dem Versicherungsbestand

Eine Rückstellung für **drohende Verluste** ist für solche Teile des Versicherungsbestands zu bilden, für die anzunehmen ist, dass die Prämien in den **kommenden Jahren** zur Deckung der Schäden und laufenden Kosten **nicht ausreichen** werden, die Verträge vom Versicherungsunternehmen aber erst bei Ablauf (oder im Schadenfall) aufgelöst werden können.

Unzureichende (insuffiziente) **Prämien** können entweder auf ein **wettbewerbsbedingtes Absinken der Prämienätze** unter das erforderliche Ausmaß oder auf beim Abschluss der Versicherungsverträge **nicht erwartete Verschlechterungen des Schadenverlaufs** zurückzuführen sein.

Bei Berechnung der zu erwartenden künftigen Verluste können **Abschlussaufwendungen außer Betracht gelassen** und die nach dem Bilanzstichtag zu erwartenden **technischen Zinsenerträge berücksichtigt** werden.

Eine grundsätzliche Frage ergibt sich bei der Berechnung der Rückstellung für drohende Verluste, wie der **Versicherungsbestand**, für den eine solche Rückstellung zu berechnen ist,

abzugrenzen ist (Gesamtgeschäft, Versicherungssparte, Teilsparte, Tarifgruppe). Je kleiner der Bestand ist, für den die Berechnung durchgeführt wird, umso eher können die Voraussetzungen für die Bildung einer Rückstellung vorliegen. Die internationalen Rechnungslegungsvorschriften räumen den Versicherungsunternehmen bezüglich der Abgrenzung des Versicherungsbestands weitgehende Freizügigkeit ein. Eine **Einzelbewertung** (pro Versicherungsvertrag), wie sie bei der Bildung von Rückstellungen für Verluste aus schwebenden Geschäften in anderen Wirtschaftszweigen vorzunehmen ist, kommt bei der Bildung einer Drohverlustrückstellung **nicht** in Betracht. Nach Ansicht der österreichischen Abgabenbehörden darf die Ebene eines einzelnen Versicherungszweiges für derartige Betrachtungen nicht unterschritten werden.

Die Berechnung einer Rückstellung für drohende Verluste aus dem Versicherungsbestand ist aus folgenden Gründen schwierig:

- es muss die **tatsächliche restliche Laufzeit** der Versicherungsverträge mit unzureichenden Prämien nach dem Bilanzstichtag – dh der Zeitraum bis zum Ende der Versicherungsverträge oder bis zur früheren Möglichkeit einer Kündigung durch das Versicherungsunternehmen – ermittelt werden und
- es müssen Annahmen über den **künftigen Schadenverlauf** während der restlichen Laufzeit der Versicherungsverträge getroffen werden.

Zu d): Rückstellung für Verluste aus dem zeitversetzt gebuchten indirekten Geschäft

Eine Rückstellung für **Verluste im indirekten Geschäft** muss dann gebildet werden, wenn die Erträge und Aufwendungen des indirekten Geschäfts ein Jahr **zeitversetzt** in die Gewinn- und Verlustrechnung aufgenommen werden, und aufgrund der Mitteilungen der Zedenten oder nach der Erfahrung damit gerechnet werden muss, dass aus den Abrechnungen für das Bilanzjahr ein **technischer Verlust** resultieren wird.

Zu e): Rückstellung für Terrorrisiken

Die Rückstellung für Terrorrisiken ist für Risiken im Zusammenhang mit dem österreichischen **Versicherungspool zur Deckung von Terrorrisiken** zu bilden. Eine Rückstellung für Terrorrisiken und eine Schwankungsrückstellung dürfen nicht für die gleiche Art von versicherungstechnischen Risiken nebeneinander gebildet werden.

Zum Hintergrund: Der Österreichische Pool zur Deckung von Terrorrisiken übernimmt 2003 die entsprechenden Risiken. Versicherungsnehmer, die sich gegen das Terrorrisiko versichern wollen, können dies im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Sachversicherung (außer Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung) bei einem Versicherungsunternehmen tun. Das Versicherungsunternehmen bietet Deckungsschutz bis EUR 5 Mio., Schadenleistungen werden aus dem Pool erbracht. Der Terror-Pool der Versicherungen beläuft sich auf EUR 200 Mio. (EUR 75 Mio. werden von den Erstversicherern und EUR 125 Mio. von den Rückversicherern getragen).

XIV. Die Besteuerung der Versicherungsunternehmen

Die laufend anfallenden Steuern, denen die Versicherungsunternehmen unterliegen, können in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. die Steuern vom Einkommen, vom Ertrag und vom Vermögen
2. die Umsatz- und Verkehrssteuern und Gebühren
3. die gehalts- und lohnabhängigen Abgaben

1. Steuern vom Einkommen, vom Ertrag und vom Vermögen

a) Vorbemerkung

Die Steuern vom Einkommen, vom Ertrag und vom Vermögen werden auch als **direkte Steuern** bezeichnet; sie treffen die Steuersubjekte unmittelbar (Steuerzahler = Steuerträger). Steuersubjekte der direkten Steuern können natürliche oder juristische Personen sein; bei den Versicherungsunternehmen handelt es sich stets um juristische Personen.

In Österreich gibt es in dieser Gruppe von Steuern seit 1. Jänner 1994 nur noch die Einkommen(Körperschaft)steuer. Bis zum 31. Dezember 1993 gehörten in diese Gruppe von Steuern auch die Vermögensteuer und die Gewerbesteuer.

Die **Körperschaftsteuer** ist die Einkommensteuer der **juristischen Personen**.

Die Einkommensteuer ist eine **Subjektsteuer**, bei deren Einhebung die persönlichen Verhältnisse des Steuerpflichtigen berücksichtigt werden können. Die Vermögensteuer war gleichfalls eine Subjektsteuer, die Gewerbesteuer war dagegen eine sogenannte **Objektsteuer**.

Bei der Einkommen(Körperschaft)steuer wird zwischen unbeschränkter und beschränkter Steuerpflicht unterschieden.

Unbeschränkt steuerpflichtig sind Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (natürliche Personen) bzw ihren Sitz oder ihre Geschäftsleitung (juristische Personen) in Österreich haben. Sie sind grundsätzlich mit ihrem gesamten Einkommen (auch mit jenem Einkommen, das sie außerhalb von Österreich erzielen) in Österreich steuerpflichtig. Mit allen wichtigen Wirtschaftsstaaten bestehen jedoch sogenannte Doppelbesteuerungsabkommen (Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung), die vorsehen, dass das im Ausland erzielte Einkommen unbeschränkt steuerpflichtiger natürlicher und juristischer Personen in Österreich insoweit unbesteuert bleibt, als die Besteuerung aufgrund dieser Verträge im Ausland erfolgt. Die Doppelbesteuerungsabkommen sind entweder nach den sogenannten **Quellenzuteilungsverfahren** (gewisse Einkunftsquellen werden dem Wohnsitzstaat, andere dem Belegenheits- oder Quellenstaat zur Besteuerung zugeordnet) oder nach dem **Anrechnungsverfahren** (der Wohnsitzstaat besteuert das gesamte Einkommen; die

für bestimmte Einkünfte im Ausland bezahlten Steuern werden jedoch auf die inländischen Steuern angerechnet) gestaltet.

Beschränkt steuerpflichtig sind natürliche oder juristische Personen, die keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bzw keinen Sitz im Inland haben (zB Zweigniederlassungen ausländischer Unternehmen), im Inland aber steuerpflichtige Einkünfte erzielen. Die Steuerpflicht beschränkt steuerpflichtiger Personen beschränkt sich auf das inländische Einkommen, soweit in den österreichischen Steuergesetzen dafür überhaupt eine Steuerpflicht in Österreich vorgesehen ist und die Doppelbesteuerungsabkommen keine Ausnahme von der Regelung im österreichischen Einkommensteuergesetz vorsehen. Die Bestimmungen in den Doppelbesteuerungsabkommen gehen als Spezialbestimmungen den Vorschriften des Einkommen- und Körperschaftsteuergesetzes vor; durch sie kann jedoch eine im österreichischen Steuerrecht nicht vorgesehene Besteuerung beschränkt Steuerpflichtiger nicht begründet werden.

Gewerbliche Einkünfte sind in den meisten Staaten dann beschränkt steuerpflichtig, wenn ein Unternehmen mit Sitz in einem anderen Staat in dem betreffenden Staat eine Betriebsstätte hat; was als Betriebsstätte gilt, wird in den Doppelbesteuerungsabkommen geregelt. Diese Frage kann in der Versicherungswirtschaft im Zusammenhang mit der Dienstleistungsfreiheit (Dienstleistungsverkehr außerhalb des Sitzstaates) in Zukunft größere Bedeutung zukommen.

Die Doppelbesteuerungsabkommen erstrecken sich auch auf die Vermögensteuer und die Erbschaftsteuer, die gleichfalls eine Subjektsteuer ist. Keine Regelungen enthalten die Doppelbesteuerungsabkommen bezüglich der Gewerbesteuer und der Umsatzsteuer.

b) Die Einkommen- und Körperschaftsteuer

Der Einkommensteuer unterliegt das **steuerpflichtige Einkommen**. Dieses setzt sich aus der Summe der Einkünfte der sieben im Einkommensteuergesetz angeführten Einkunftsarten (Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, nichtselbständige Arbeit, Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen und sonstige Einkünfte) abzüglich der Sonderausgaben zusammen.

Juristische Personen (ds sämtliche Versicherungsunternehmen) unterliegen nicht der Einkommensteuer, sondern der Körperschaftsteuer. Bei Kapitalgesellschaften und bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit gelten sämtliche Einkünfte als Einkünfte aus Gewerbebetrieb.

Eine Reihe von Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ist unmittelbar auf die körperschaftsteuerpflichtigen juristischen Personen anwendbar; dies gilt insbesondere für die Bewertungsvorschriften in den Jahresabschlüssen. Andere Bestimmungen (zB der Steuertarif) sind im Körperschaftsteuergesetz anders geregelt als im Einkommensteuergesetz. Das Körperschaftsteuergesetz enthält auch Vorschriften über die Steuerfreiheit bestimmter Erträge aus Kapitalanlagen, über die steuerliche Abzugsfähigkeit von Wertminderungen bestimmter Beteiligungswertpapiere und über die steuerliche Abzugsfähigkeit der Zuweisungen an versicherungstechnischen Rückstellungen einschließlich der Rückstellungen für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung (Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer).

Der **steuerpflichtige Gewinn**, der der Einkommensteuer bzw Körperschaftsteuer zu unterziehen ist, ist nicht identisch mit dem in der Handelsbilanz ausgewiesenen Gewinn. Er ist meist höher, da verschiedene Aufwendungen in der Gewinn- und Verlustrechnung den steuerpflichtigen Gewinn nicht mindern (steuerlich nicht abzugsfähig sind); es gibt andererseits jedoch auch steuerfreie Erträge.

Der steuerpflichtige Gewinn leitet sich vom Jahresgewinn (bzw Jahresverlust) laut unternehmensrechtlicher Bilanz wie folgt ab:

a) Jahresgewinn (Jahresverlust) laut unternehmensrechtlicher Bilanz

b) Veränderungen von Unterschieden zwischen Wertansätzen in der UGB- und Steuerbilanz (Bewertungen in der UGB-Bilanz, die steuerlich nicht anerkannt werden)

c) Jahresgewinn (Jahresverlust) laut Steuerbilanz

d) Steuerliche Zurechnungsposten

Körperschaftsteuer

50 % der Vergütungen an den Aufsichtsrat

Vergütungen an Mitgliedervertreter (nur bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit)

Spenden (teilweise)

Steuerlich nicht abzugsfähige Repräsentations- und Bewirtungsaufwendungen

Ein Teil der Aufwendungen für Personenkraftwagen mit hohen Anschaffungsaufwendungen

Steuerlich nicht abzugsfähige Prämienrückerstattungen (Gewinnausschüttungen an die Versicherten)

Verdeckte Gewinnausschüttungen an die Aktionäre (Gesellschafter)

Aufwendungen, die mit steuerfreien Erträgen wirtschaftlich verbunden sind

Sonstige nicht abzugsfähige Aufwendungen

e) Steuerliche Abrechnungsposten

Rückvergütungen nicht abzugsfähiger Steuern (Körperschaftsteuer)

Dividenden von inländischen Kapitalgesellschaften

Schachteldividenden von ausländischen Kapitalgesellschaften

Gewinne aus der Veräußerung ausländischer Schachtelbeteiligungen

Sonstige steuerfreie Erträge

f) Steuerpflichtiger Gewinn

Der **Steuersatz** für die Körperschaftsteuer beträgt 25 % des steuerpflichtigen Einkommens (steuerpflichtiger Gewinn abzüglich Sonderausgaben).

c) Die Vermögensteuer

Der Vermögensteuer unterlag bis zum Jahr 1993 das sogenannte **steuerpflichtige Reinvermögen** (Einheitswert des Betriebsvermögens), das nach möglichst objektiven Grundsätzen ermittelt werden sollte. Das Reinvermögen ergab sich als Saldo aus dem teilweise nach besonderen Bewertungsvorschriften bewerteten **Rohvermögen** (Summe der Aktiva) und den **abzugsfähigen Schulden**. Die Vermögensteuer wurde im Jahr 1993 abgeschafft.

d) Die Gewerbesteuer

Der Gewerbesteuer unterlag bis zum Ende des Jahres 1993 der **Gewerbeertrag** und die **Lohnsumme** (Lohnsummensteuer). Während die Steuer vom Gewerbeertrag über die Finanzämter eingehoben wurde, wurde die Lohnsummensteuer von den Gemeinden, in denen sich Betriebsstätten gewerblicher Betriebe befanden, eingehoben. Der Gewerbesteuer unterlagen nur Unternehmen, die Einkünfte aus **Gewerbebetrieb** beziehen; das ist bei Kapitalgesellschaften und bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit stets und ohne Einschränkung der Fall. Auch die Vermögensteuer wurde im Jahr 1993 abgeschafft.

e) Sonstige Vermögensteuern

Die **Grundsteuer**, die für das Grundvermögen anfällt, wird in den Erfolgsrechnungen der Versicherungsunternehmen in der Regel nicht gesondert ausgewiesen. Sie bildet einen Bestandteil der sogenannten Haus-Betriebskosten; bei vermieteten Grundstücken wird sie an die Mieter weiterverrechnet, bei eigengenutzten Grundstücken gehört sie zu den Raumkosten (im Rahmen der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb). Berechnungsgrundlage für die Grundsteuer bilden die Einheitswerte der Grundstücke bzw von diesen abgeleitete Messbeträge.

Die **Kraftfahrzeugsteuer**, die steuersystematisch gleichfalls eine Vermögensteuer ist, wird in der Gewinn- und Verlustrechnung in die Kraftfahrzeug-Betriebskosten einbezogen. Sie wird seit 1. Mai 1993 von den Versicherungsunternehmen (zusammen mit den Kfz-Haftpflichtversicherungsprämien) als Versicherungssteuer II (motorbezogene Versicherungssteuer) eingehoben.

2. Die Umsatz- und Verkehrsteuern und Gebühren

a) Die Umsatzsteuer

Die allgemeine Verkehrsteuer in Österreich ist die Umsatzsteuer, die seit dem Jahre 1972 nach dem sogenannten **Mehrwertsteuersystem** (Allphasen-Brutto-Umsatzsteuer mit Vorsteuerabzug) eingehoben wird. Der **Vorsteuerabzug** besteht darin, dass Unternehmer berechtigt sind, die auf den von ihnen bezogenen Lieferungen und Leistungen lastende Umsatzsteuer von ihrer eigenen Umsatzsteuerschuld (für die von ihnen getätigten Lieferungen und Leistungen) abzuziehen; ein Überschuss von Vorsteuern über die eigene Umsatzsteuerschuld wird ihnen von den Finanzämtern erstattet. Durch den Vorsteuerabzug wird eine sogenannte Kumulativbelastung mit Umsatzsteuer, die ansonsten bei Durchlauf eines Wirtschaftsguts oder einer Leistung durch mehrere Unternehmen und Wirtschaftsstufen entstehen würde, vermieden. **Kein Vorsteuerabzug** steht natürlichen Personen in ihrer Privatsphäre, Körperschaften des öffentlichen Rechtes in ihrem Hoheitsbereich und sonstigen Körperschaften (zB Vereinen) in ihrem Nichtunternehmerbereich zu. Nur die an diese (natürlichen und juristischen) Personen ausgeführten Lieferungen und sonstigen Leistungen bleiben demnach systemgemäß endgültig mit Umsatzsteuer belastet.

Der Umsatzsteuer unterliegen alle **im Inland von einem Unternehmer** (dh einem selbständig Erwerbstitigen) entgeltlich ausgeführten **Lieferungen und sonstigen Leistungen**, der sogenannte **Eigenverbrauch** und die **Einfuhr** aus einem Drittland (Einfuhrumsatzsteuer) bzw der **innergemeinschaftliche Erwerb** im Inland (Erwerbsteuer).

Die Besteuerung des **innergemeinschaftlichen Erwerbs** ersetzt die früher über die Zollämter eingehobene Einfuhrumsatzsteuer für Lieferungen aus einem EWR-Vertragsstaat. Die muss so lange eingehoben werden als in der Europäischen Union die Umsatzsteuer nicht nach dem Ursprungslandprinzip, sondern nach dem Verbrauchlandprinzip eingehoben wird; das Ursprungslandprinzip, welches das Fernziel der Europäischen Union darstellt, setzt eine weitgehende Vereinheitlichung der Umsatzsteuerersätze in den einzelnen Mitgliedstaaten voraus, da es ansonsten zu Wettbewerbsverzerrungen käme.

Wird ein Umsatz im Inland ausgeführt, kommt es für die Besteuerung **nicht** darauf an, ob der Unternehmer österreichischer **Staatsbürger** ist und ob er seinen **Wohnsitz** bzw **Sitz** oder eine **Betriebsstätte** im Inland hat; ebenso, ob er im Inland eine **Rechnung** ausstellt oder eine **Zahlung** empfängt.

Der **Steuersatz** für die Umsatzsteuer beträgt normal 20 % und für besondere bezeichnete Güter und Leistungen 10 % (ermäßigter Steuersatz) des Entgelts.

Es gibt auf dem Gebiete der Umsatzsteuer eine Reihe von **Befreiungen**; diese Steuerbefreiungen können in zwei große Gruppen eingeteilt werden und zwar in die sogenannten **echten Befreiungen** und die sogenannten **unechten Befreiungen**. Bei den echten Befreiungen (diese gelten insbesondere für Exportlieferungen) bleibt der Vorsteuerabzug für die mit den echt befreiten Umsätzen zusammenhängenden Vorleistungen uneingeschränkt aufrecht; bei unechten Befreiungen fällt dagegen der Vorsteuerabzug weg. Die unechten Befreiungen sind insofern systemwidrig, als dadurch die in den bezogenen Gütern und Leistungen enthaltene Umsatzsteuer auch bei einem Nicht-Letzverbraucher zum Aufwand wird und demnach eine Kumulativwirkung, die durch das Mehrwertsteuersystem verhindert werden sollte, entsteht.

Die **Versicherungsumsätze** sind ebenso wie die **Erträge** und die **Umsätze** der meisten **Kapitalanlagen** der Versicherungsunternehmen (Zinsenerträge, Umsätze von Wertpapieren, Grundstücken und Geldforderungen und Mieterträge für die Vermietung von Betriebsräumen) unecht von der Umsatzsteuer befreit. Der **Umsatzsteuer** unterliegen bei Versicherungsunternehmen im Wesentlichen nur die **Mieterträge** für die Vermietung von Wohnungen, die **Erlöse der Sozialeinrichtungen** (zB Werksküchen) sowie allfällige **Erlöse für Arbeitsleistungen** für andere Unternehmen (zB Erlöse für Leistungen der Datenverarbeitungsabteilung). Leistungen, die zwischen Versicherungsunternehmen, Kreditinstituten und Pensionskassen erbracht werden, sind seit 1995 unecht von der Umsatzsteuer befreit; damit soll vermieden werden, dass Kooperationen zwischen diesen Unternehmen im Verwaltungsbereich durch die nicht abzugsfähige Umsatzsteuer um 20 % verteuert und damit unmöglich gemacht werden.

Die unechte Befreiung der Versicherungsumsätze und der Zinsenerträge von der Umsatzsteuer ist in den Umsatzsteuergesetzen der meisten Staaten verankert.

Umsätze zwischen zwei Unternehmen sind dann nicht steuerbar, wenn zwischen diesen Unternehmen ein sogenanntes **Organschaftsverhältnis** besteht. Ein Organschaftsverhältnis liegt dann vor, wenn eine juristische Person in ein anderes Unternehmen **finanziell, wirtschaftlich** und **organisatorisch** so **eingegliedert** ist, dass es keinen eigenen Willen hat und wirtschaftlich als Betriebsstätte der Obergesellschaft anzusehen ist. Umsätze zwischen Organgesellschaften gelten als nicht steuerbare Innenumsätze.

b) Die Versicherungssteuer

Die Versicherungsumsätze sind zwar von der Umsatzsteuer (unecht) befreit, sie unterliegen aber einer besonderen Steuer, nämlich der Versicherungssteuer.

Steuerschuldner der Versicherungssteuer ist der Versicherungsnehmer; die Versicherungsunternehmen sind jedoch verpflichtet, die Versicherungssteuer zusammen mit den Prämien bei den Versicherungsnehmern einzuhoben und an das Finanzamt abzuführen. Die Versicherungsunternehmen haften für die richtige und ordnungsmäßige Abfuhr der Versicherungssteuer.

Der Versicherungssteuer unterliegt die **Zahlung des Versicherungsentgeltes** aufgrund eines durch Vertrag oder auf sonstige Weise entstandenen Versicherungsverhältnisses,

- wenn der **Versicherungsnehmer** bei der jeweiligen Zahlung des Versicherungsentgeltes seinen **Wohnsitz (Sitz) oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland** hat oder
- wenn ein **Gegenstand** versichert ist, der zur Zeit der Begründung des Versicherungsverhältnisses **im Inland** war.

Der **Steuersatz** für die Versicherungssteuer beträgt

- für **Krankenversicherungen** 1 %,
- für die **Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversorgung im Sinne des Pensionskassengesetzes** sowie für **Pensionszusatzversicherungen** 2,5 %,
- für **Lebensversicherungen und Unfallversicherungen** 4 % (ausgenommen sind Kapitalversicherungen einschließlich fondsgebundener Lebensversicherungen auf den Er- oder den Er- und Ablebensfall, mit einer Höchstlaufzeit von weniger als 10 Jahren ab Vertragsabschluss, wenn der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages jeweils das 50. Lebensjahr vollendet haben, beziehungsweise von weniger als 15 Jahren ab Vertragsabschluss in allen anderen Fällen, wenn keine laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Prämienzahlung vereinbart ist. Ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, gilt das Erfordernis der Vollendung des 50. Lebensjahres nur für die versicherten Personen; für all diese Fälle gilt ein Steuersatz von 11%),
- und für alle übrigen Versicherungen 11 %.

Der Versicherungssteuer unterliegen nicht nur die Prämien, sondern auch ein Teil der Nebenleistungen der Versicherungsnehmer (soweit es sich um Entgelte für Leistungen handelt, die für die Begründung und Aufrechterhaltung des Versicherungsverhältnisses erforderlich sind).

Die Versicherungssteuer ist in den meisten Fällen bei den Versicherungsunternehmen ein reiner **Durchlaufposten**; dh, die von den Versicherungsnehmern eingehobene Versicherungssteuer ist gleich hoch wie die an das Finanzamt abgeführte Versicherungssteuer. Sie scheint in der Gewinn- und Verlustrechnung der Versicherungsunternehmen weder als Ertrag noch als Aufwand auf.

c) Die Feuerschutzsteuer

Eine andere, nur die Versicherer von **Feuerrisiken** treffende Steuer ist die Feuerschutzsteuer. Sie fließt den Ländern zu und dient der Finanzierung des Ausbaus und des Betriebs der Feuerwehren und sonstiger Feuerlösch- und Brandverhütungseinrichtungen.

Der **Steuersatz** für die Feuerschutzsteuer beträgt für Feuerversicherungen 8 % der Prämien. Die Hälfte der Feuerschutzsteuer kann auf die Versicherungsnehmer überwält werden, die zweite Hälfte belastet die Versicherungsunternehmen; wirtschaftlich handelt es sich dabei um Schadenverhütungsaufwendungen.

Feuerschutzsteuer ist nicht nur von den Feuerversicherungsprämien, sondern auch von den Prämien in einigen anderen Sparten, bei denen auch eine Beschädigung durch Feuer zu den versicherten Risiken gehört, zu entrichten. In diesen anderen Sparten (zB Haushaltversicherungen, Maschinen-Garantieversicherungen, Transportversicherungen, Atomversicherungen, Kfz-Fahrzeugversicherungen) ist der Steuersatz nach dem Verhältnis des Anteils der Feuerrisiken an den gesamten Risiken entsprechend niedriger; für Haushaltversicherungen beträgt der Steuersatz beispielsweise 3,16 % bis 4 %, für Kfz-Fahrzeugversicherungen nur 0,008 % der Prämien.

d) Sonstige Steuern, Gebühren und Abgaben

Zu dieser Kategorie zählen unter anderem

- Grundsteuer,
- Kapitalverkehrssteuern (Gesellschaftsteuer),
- Gebühren nach dem Gebührengesetz /Rechtsgeschäftsgebühren) und
- Kammerumlagen.

Nachdem diese nicht versicherungsspezifisch sind, wird an dieser Stelle nicht weiter auf die sonstigen Steuern, Gebühren und Abgaben eingegangen.

3. Die gehalts- und lohnabhängigen Abgaben

Zu den Gehalts- und Lohnabgaben zählen die **Beiträge an den Familienlasten-Ausgleichsfonds**, die **Kommunalsteuer**, der **Zuschlag zum Dienstgeberbeitrag** und die **Wiener Dienstgeberabgabe** (sogenannte U-Bahnsteuer). Im weiteren Sinn sind auch die **Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen** zu den Gehalts- und Lohnabgaben zu zählen.

Nachdem auch diese nicht versicherungsspezifisch sind, wird an dieser Stelle nicht weiter auf sie eingegangen.

XV. Die Eigenmittel der Versicherungsunternehmen

1. Zweck und Grundsätze der Eigenmittelvorschriften

Die **Eigenmittel** werden bei Versicherungsunternehmen zur Finanzierung des betriebsbedingten Vermögens nicht benötigt; sie haben ausschließlich die Funktion eines **Risiko-trägers**, dh die Aufgabe, allfällige Verluste aus der Investitionstätigkeit und aus dem Geschäftsbetrieb aufzufangen.

Verluste aus der Investitionstätigkeit resultieren bei Versicherungsunternehmen nicht – wie in erster Linie bei Industrie- oder Handelsunternehmen – daraus, dass Fertigungsanlagen nicht wie geplant genutzt oder Vorräte nicht wie erwartet verkauft oder verwertet werden können, sondern dass die Verkehrswerte (Marktwerte) von Grundstücken oder Wertpapieren zurückgehen oder dass Darlehensforderungen uneinbringlich werden.

Das Risiko von **Verlusten aus dem Geschäftsbetrieb** ist bei Versicherungsunternehmen ebenso wie bei Industrie- und Handelsunternehmen vorhanden, doch ist es anderer Natur: Im Gegensatz zu den Industrie- und Handelsunternehmen ist es nicht das Risiko, dass in Zukunft für die eigenen Erzeugnisse kein Absatz auf dem Markt gefunden werden kann oder dass für diese Erzeugnisse keine zur Deckung der Kosten ausreichenden Erlöse erzielt werden können; es ist vielmehr das Risiko, dass aus den bestehenden Verträgen, für welche die Erlöse (Prämien) aufgrund der Versicherungsverträge feststehen, höhere als die erwarteten Aufwendungen (insbesondere Schäden) anfallen werden. Dieses Geschäftsrisiko ist zweifellos schwerer abschätzbar und vorhersehbar als das Fertigungs- und Absatzrisiko eines Industrie- oder Handelsunternehmens, doch besteht in der Versicherungswirtschaft – anders als in anderen Wirtschaftszweigen – die Möglichkeit, einen Teil des Geschäftsrisikos im Wege der Mitversicherung und der Rückversicherung auf andere Unternehmen des gleichen Wirtschaftszweiges zu übertragen.

Die **Bonität eines Versicherungsunternehmens**, dh seine Fähigkeit, die aus den aufrechten Versicherungsverträgen auch künftig noch entstehenden Verpflichtungen jederzeit erfüllen zu können, kann nicht nur anhand seiner Eigenkapitalausstattung beurteilt werden. Daneben spielen auch die Struktur, insbesondere die Ausgewogenheit des Versicherungsbestandes, der Grad der Vorsicht bei der Übernahme von Risiken (Annahme- oder Zeichnungspolitik, Risikoselektion), das Prämienniveau der aufrechten Versicherungsverträge und der Umfang und die Struktur der Rückversicherung eine entscheidende Rolle.

Die Bestimmungen des **Unternehmensreorganisationsgesetzes** (Vermutung des Vorliegens eines Reorganisationsbedarfs [drohende Insolvenz] bei Unterschreitung einer normierten Eigenmittelquote und gleichzeitigem Überschreiten einer fiktiven Schuldentilgungsdauer) **gelten für Versicherungsunternehmen ex lege nicht**. Statt dessen gelten spezifische Eigenmittelvorschriften für die Versicherungsunternehmen.

Versicherungsunternehmen müssen jederzeit über Eigenmittel im gesetzlich vorgeschriebenen Ausmaß verfügen. Der **aufsichtsrechtliche Begriff der Eigenmittel** unterscheidet sich von

dem **unternehmensrechtlichen Begriff des Eigenkapitals**. Während das Eigenkapital auf Basis des Jahresabschlusses festgestellt wird, werden die Eigenmittel seit der Einführung von **Solvency II** auf Basis der eigens für diese Zwecke erstellten **Solvenzbilanz** ermittelt.

Die Eigenmittel dienen zur **Deckung der mit dem Betrieb der Vertragsversicherung verbundenen Risiken**, soweit diesen nicht durch andere Maßnahmen der Risikovorsorge Rechnung getragen wird. Mit der Umsetzung der Solvency II-Rahmenrichtlinie ist die Bedeutung der Eigenmittelvorschriften im Hinblick auf die Steuerung des Versicherungsunternehmens deutlich gestiegen, da nunmehr **sämtliche quantifizierbaren Risiken** zu einer **Kapitalanforderung** führen, in deren Höhe **Eigenmittel** zu halten sind.

Die Eigenmittel sollen die **Wahrscheinlichkeit einer Insolvenz** eines Versicherungsunternehmens verringern, indem sie die Fähigkeit des Unternehmens, Verluste auffangen zu können, verbessern. Je mehr Eigenmittel also ein Versicherungsunternehmen hält, desto größer ist der Überschuss der Vermögenswerte über die versicherungstechnischen Rückstellungen.

Die betrieblichen Risiken eines Versicherungsunternehmens sind vielfältiger Natur. Grundlegend ist die Unterscheidung zwischen **versicherungstechnischen Risiken** und **sonstigen Risiken**.

Die **versicherungstechnischen Risiken** manifestieren sich vor allem durch Fehler bei der Kalkulation der Prämie und bei der Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen; dazu gehören:

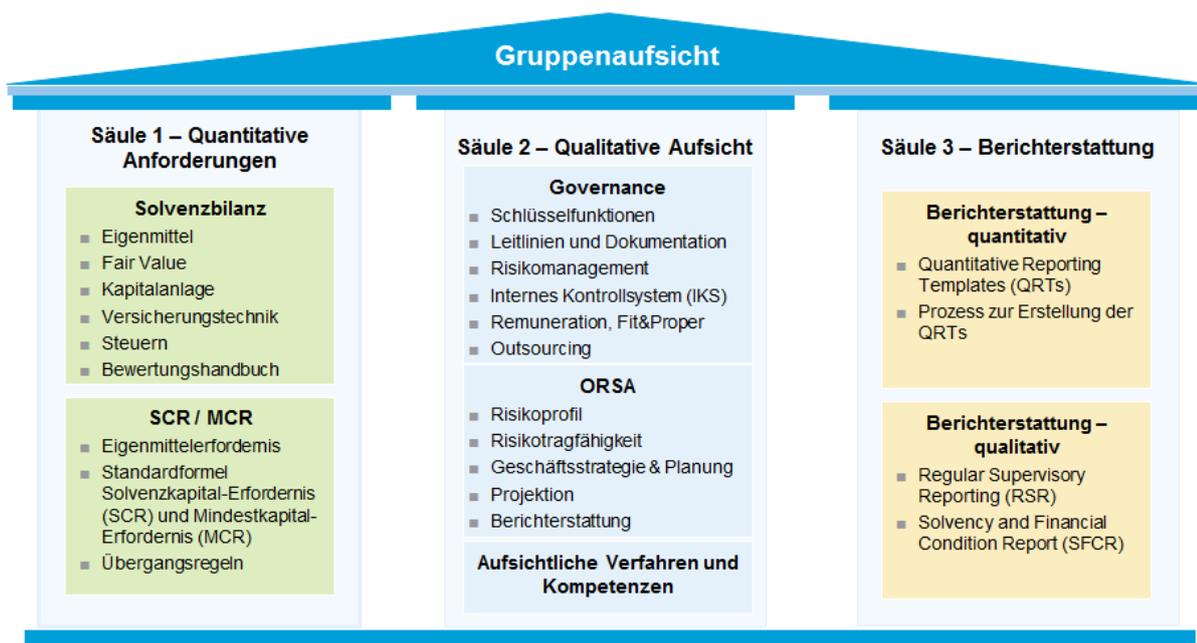
- **Zufallsrisiko**: Das Versicherungsunternehmen beurteilt die Wahrscheinlichkeit von Ereignissen allgemein zutreffend, jedoch weichen die Ergebnisse infolge von Zufällen, die im Bestand des Versicherungsunternehmens auftreten, davon ab.
- **Änderungsrisiko**: Das Versicherungsunternehmen schätzt die Wahrscheinlichkeit von Ereignissen zu einem bestimmten Zeitpunkt zutreffend ein, jedoch ändern sich in Folge die für diese Einschätzung maßgeblichen Parameter.
- **Irrtumsrisiko**: Das Versicherungsunternehmen schätzt die Wahrscheinlichkeit von Ereignissen unrichtig ein.

Unter den **sonstigen Risiken** stehen **Kapitalanlagerisiken** im Vordergrund. Diese können betreffen:

- die Kapitalanlagen eines bestimmten Versicherungsunternehmens in besonderer Weise (insbesondere **Ausfall von Schuldern**)
- die Kapital- und Finanzmärkte im allgemeinen (**Marktrisiko**, zB allgemeine Zins- und Kursentwicklungen)

2. Solvency II – Drei-Säulen-Modell

Analog zum bankenaufsichtsrechtlichen Regelwerk „Basel III“ werden ausreichende Eigenmittel bei Versicherungsunternehmen zwar als notwendiger, aber nicht hinreichender Schutz vor der Gefährdung der Aufsichtsziele betrachtet. Die **Solvanzvorschriften** (= Eigenmittelvorschriften) werden deshalb durch umfangreiche **Governance-Anforderungen** und **Offenlegungsvorschriften** ergänzt, was sich in Summe im sogenannten „**Drei-Säulen-Modell**“ von Solvency II manifestiert.



zur Säule 1 – kapitalbasierte Insolvenzvermeidung

Die **quantitativen Anforderungen** bilden nach Solvency II lediglich die erste Säule des neuen Aufsichtsregimes. Im Gegensatz zu früher bestehenden Solvabilitätsvorschriften werden hier jedoch nicht pauschale Anforderungen aufgestellt, sondern es wird eine **Kapitalausstattung** gefordert, die den „**tatsächlichen**“ **Risiken** gerecht wird. Die aufsichtsrechtlich geforderte Kapitalausstattung soll also dem „**ökonomisch notwendigen Kapital**“ entsprechen, das eine Insolvenz eines Versicherungsunternehmens unwahrscheinlich macht. Dazu ist die Aufstellung einer gesonderten **Solvanzbilanz** vorgesehen, die in der Literatur vielfach auch als „**ökonomische Bilanz**“ bezeichnet wird. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die harmonisierte Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen.

Solvency II sieht – im Gegensatz zu Basel III – **zwei Kapitalanforderungen** vor:

Die **Solvenzkapitalanforderung (Solvency Capital Requirement, kurz „SCR“)** soll einem Kapitalniveau entsprechen, welches das Versicherungsunternehmen in die Lage versetzt, unvorhergesehene Verluste aufzufangen. Eine absolute Sicherheit ist dabei jedoch nicht vorgesehen. Durch **mathematische Modelle** soll lediglich sichergestellt werden, dass es durchschnittlich in nicht mehr als einem von 200 Fällen zur Aufzehrung der Eigenmittel kommen kann, oder – anders formuliert – das Versicherungsunternehmen mit einer **Wahrscheinlichkeit von 99,5%** in zwölf Monaten weiterhin in der Lage sein wird, seinen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten nachzukommen.

Die **Mindestkapitalanforderung (Minimum Capital Requirement, kurz „MCR“)** bildet hingegen eine Untergrenze, deren Unterschreitung eine ultimative Intervention seitens der Versicherungsaufsicht auslösen würde.

zur Säule 2 – governancebasierte Insolvenzvermeidung

Die zweite Säule enthält eine Reihe **qualitativer Anforderungen**, denn das neue Aufsichtsregime soll schließlich ausnahmslos alle für ein Versicherungsunternehmen relevanten Risiken (dh nicht nur die quantifizierbaren, die sich mit Eigenmittel unterlegen lassen) einbeziehen. Diese qualitativen Vorschriften betreffen einerseits die **Grundsätze und Methoden der Aufsicht** (insbesondere aufsichtsbehördliche Überprüfungsverfahren) und andererseits die **qualitativen Anforderungen an die Ausübung der Tätigkeit der Versicherungsunternehmen** (insbesondere **Governance System**). Auf die einzelnen Bestandteile des Governance-System wird in Abschnitt III.1. des Skriptums eingegangen; an dieser Stelle wird abermals verwiesen auf die Themenkreise

- Risikomanagement-System und Risikomanagement-Funktion
- Own Risk and Solvency Assessment (ORSA)
- Versicherungsmathematische Funktion
- Interne Kontrolle, Compliance-Funktion und Interne Revisions-Funktion
- Fit & Proper-Regelungen
- Auslagerung
- Vergütung
- Prudent Person Principle

zur Säule 3 – informationsbasierte Insolvenzvermeidung

Gegenstand der dritten Säule sind die **Offenlegungs- und Berichtspflichten**. Die Berichtspflichten der Versicherungsunternehmen gegenüber der Aufsicht waren zwar bereits in der Vergangenheit im VAG bzw. dazu ergangenen Verordnungen im Detail geregelt, nach Solvency II kommt es jedoch zu einer weitgehend abschließenden Harmonisierung sowohl der Meldeinhalte als auch des Meldeformats. Die neuen, umfangreichen Offenlegungslegungs-pflichten sollen u.a. dazu beitragen, eine möglichst effiziente Risikovorsorge zu gewährleisten, indem sich die Versicherungsunternehmen statt sich lediglich mit den aufsichtsrechtlichen Mindestanforderungen zu begnügen, zu disziplinieren (**Marktdisziplin**). Anderer-

seits sollen die Offenlegungspflichten der Aufsichtsbehörde zusätzliche Informationen auf Basis der Reaktionen der Marktteilnehmer (insbesondere Versicherungsvermittler, Versicherungsnehmer, Ratingagenturen und andere Versicherungsunternehmen) verschaffen. Die Offenlegungsverpflichtungen richten sich nicht nur an die Aufsicht sondern eben auch an die Öffentlichkeit (insbesondere SFCR).

Proportionalitätsprinzip

Das sogenannte **Proportionalitätsprinzip** wird unter Solvency II an mehreren Stellen verankert. Einerseits haben die Mitgliedstaaten nach der Solvency II-Rahmenrichtlinie sicherzustellen, dass die Vorschriften der Rahmenrichtlinie auf eine Art und Weise angewendet werden, die dem **Wesen, dem Umfang und der Komplexität der Risiken der Versicherungsunternehmen angemessen** sind. Andererseits ist die Europäische Kommission auf Basis der Solvency II-Rahmenrichtlinie verpflichtet, den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Rahmen der Durchführungsmaßnahmen auf Level 2 entsprechend zu beachten. Außerdem wird in der Solvency II-Rahmenrichtlinie im Zusammenhang mit den Governance-Anforderungen festgehalten, dass das Governance-System der Wesensart, dem Umfang und der Komplexität der Tätigkeiten des Versicherungsunternehmens angemessen sein soll.

Sinn und Zweck der verhältnismäßigen Anwendung des Regelwerks von Solvency II besteht darin, „**kleinere und mittelgroße**“ **Versicherungsunternehmen** oder auf bestimmte Versicherungsarten spezialisierte Versicherungsunternehmen bzw. Dienste für bestimmte Kundensegmente anbietende oder firmeneigene Versicherungsunternehmen **nicht übermäßig zu belasten**.

Das Regelwerk von Solvency II folgt dem Konzept der **doppelten Proportionalität**, dh das Proportionalitätsprinzip soll sowohl für die Anforderungen an die Versicherungsunternehmen als auch für die Wahrnehmung der Aufsichtsbefugnisse gelten. In der Praxis bedeutet dies, dass einerseits die Versicherungsunternehmen selbst beurteilen, welche Pflichten je nach Wesensart, Umfang und Komplexität ihren Risiken bzw. ihren Tätigkeiten angemessen sind, und andererseits diese unternehmerische Selbsteinschätzung der Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden unterliegt, die ihre Ermessensspielräume berücksichtigen.

Das Proportionalitätsprinzip entfaltet **Wirkungen in beide Richtungen**: Es rechtfertigt nicht nur **weniger strenge Anforderungen** für Versicherungsunternehmen mit einem **einfacheren Risikoprofil**, sondern umgekehrt auch **strengere Anforderungen** an Versicherungsunternehmen mit einem **komplexeren Risikoprofil**.

3. Solvenzbilanz

Die Versicherungsunternehmen haben zusätzlich zum Jahresabschluss (und ggf. Konzernabschluss) eine Solvenzbilanz auf Einzelebene (und ggf. auf Gruppenebene) aufzustellen. Die Solvenzbilanz wird durch eine **Neubewertung der Vermögenswerte und der Verbind-**

lichkeiten erstellt. Die Erstellung einer **Gewinn- und Verlustrechnung** ist allerdings **nicht vorgesehen**.

Das VAG 2016 legt ausdrücklich fest, dass die Vorschriften über die Solvenzbilanz **keinen Einfluss** auf die Rechnungslegungsvorschriften des UGB bzw. des VAG haben. Die UGB/VAG-Bilanz stellt weiterhin zB die Basis für die Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer, für die Ausschüttungen an die Aktionäre, für die Aufteilung des Vermögens im Rahmen eines Konkursverfahrens und auch für die Steuerbilanz dar.

Der Bewertung von Vermögenswerten und Verbindlichkeiten in der Solvenzbilanz kommt in Solvency II eine große Bedeutung zu. Dies ist vor allem auf den erheblichen **Einfluss auf das SCR** sowie auf die **Höhe der Eigenmittel** zurückzuführen (die Basiseigenmittel werden in § 170 VAG als Residualgröße von ökonomisch bewerteten Aktiva und Passiva definiert).

Eine zeitpunktbezogene Darstellung der „wahren“ Solvabilität eines Versicherungsunternehmens macht ein Abweichen von den Prinzipien der UGB/VAG-Bilanz notwendig, um einen tatsächlich **realisierbaren und objektivierbaren Eigenmittelbetrag** zum Bewertungszeitpunkt zu berechnen. – Der Ermittlung von **marktkonsistenten, realisierbaren Werten** wird hier der Vorzug gegenüber anschaffungskostenbasierten, vorsichtsgetriebenen Wertansätzen gegeben. In der Solvency II-Rahmenrichtlinie wird eine **ökonomische, risikobasierte und harmonisierte Bewertung** gefordert.

In § 157 Abs. 2 VAG wird der **ökonomische Wert** als jener Betrag definiert, zu dem die **Vermögensgegenstände** zwischen **sachverständigen, vertragswilligen und voneinander unabhängigen Geschäftspartnern** getauscht werden könnten bzw. eine **Verbindlichkeit** getauscht oder beglichen werden könnte. Hier wird auf einen **transaktionsbasierten, objektiven und marktorientierten Wertansatz** abgestellt.

Bewertung von Vermögenswerten und Verbindlichkeiten

In der Level 2-Verordnung werden wesentliche Kriterien für den **Ansatz** und die **Bewertung von Vermögenswerten und Verbindlichkeiten** normiert, bei denen es sich nicht um versicherungstechnische Rückstellungen handelt. So haben die Versicherungsunternehmen Vermögenswerte und Verbindlichkeiten nach den von der EU-Kommission übernommenen **Internationalen Rechnungslegungsstandards** zu **erfassen** und zu **bewerten** (soweit dies mit der Solvency II-Rahmenrichtlinie in Einklang steht). Die Bewertung der Vermögenswerte und Verbindlichkeiten erfolgt damit prinzipiell zu **Zeitwerten**.

Anpassungen der Solvenzbilanz sind in folgenden Bereichen vorgesehen:

Allgemeine Prinzipien

- **Unternehmensfortführung/Going Concern:** Aktiva und Passiva sollen unter der Annahme der Unternehmensfortführung bewertet werden.

- **Einzelbewertung:** Einzelne Aktiva und Passiva sollen separat bewertet werden.
- **Bewertungshierarchie:** Prinzipielle Anwendung der „**Fair-Value-Hierarchie**“ im Sinne des IFRS 13 für alle Vermögenswerte und Verbindlichkeiten, dh
 - o Stufe 1: Marktpreise an aktiven Märkten für identische Vermögenswerte und Verbindlichkeiten
 - o Stufe 2: Marktpreise an aktiven Märkten für ähnliche Vermögenswerte und Verbindlichkeiten (eventuell mit Anpassung)
 - o Stufe 3: Alternative Bewertungsmethoden unter Einbeziehung von Marktdaten soweit möglich (marktbasierter / einkommensbasierter / kostenbasierter Ansatz)

Spezifische Vorschriften für einzelne Aktiva

- **Verbundene Unternehmen:** Verbundene Unternehmen sollen grundsätzlich mit ihren an aktiven Märkten zustande gekommenen Marktwerten für identische Vermögenswerte angesetzt werden. Bei Fehlen eines aktiven Marktes sind Tochterunternehmen nach einer angepassten Equity-Methode zu bewerten, dh der ökonomische Wert des verbundenen Unternehmens ergibt sich aus dem Überschuss der Vermögenswerte über die Verbindlichkeiten des Tochterunternehmens bei ökonomischer Bewertung.
- **Firmenwert:** Unter dem derivativen Firmenwert wird grundsätzlich der positive Unterschiedsbetrag aus Kaufpreis und Fair Value der zugrundeliegenden Vermögenswerte und Verbindlichkeiten eines erworbenen Unternehmens verstanden. Dieser ist in der Solvenzbilanz mit Null anzusetzen, da eine vom erworbenen Unternehmen getrennte Veräußerung nicht möglich ist und somit ein Transferpreis im Sinne eines ökonomischen Wertes nicht separat feststellbar ist.
- **Immaterielle Vermögenswerte:** Immaterielle Vermögenswerte dürfen nur angesetzt werden, wenn sie als separierbar eingestuft werden und für sie ein auf einem aktiven Markt zustande gekommener Wert ermittelbar ist. Im Regelfall wird also keine Aktivierung immaterieller Vermögenswerte in der Solvenzbilanz erfolgen können.

Spezifische Vorschriften für einzelne Passiva

- **Finanzverbindlichkeiten:** Finanzverbindlichkeiten sind mit dem beizulegenden Zeitwert zu bewerten. Eine Änderung der eigenen Kreditwürdigkeit darf allerdings nicht berücksichtigt werden.
- **Eventualverbindlichkeiten:** Wesentliche bzw. erhebliche Eventualverbindlichkeiten sind in der Solvenzbilanz anzusetzen. Der Wert der Eventualverbindlichkeiten ist unter Anwendung der risikolosen Basiszinskurve gleich dem erwarteten Barwert

künftiger Zahlungsströme, die erforderlich sind, um die Eventualverbindlichkeit im Laufe ihrer Bestandsdauer zu begleichen.

Steuerabgrenzungen

Latente Steuern in der Solvenzbilanz sind verborgene Steuerlasten oder -vorteile, die sich aufgrund von Unterschieden im Ansatz und/oder der Bewertung von Vermögenswerten bzw. Verbindlichkeiten zwischen der Steuer- und der Solvency-II-Bilanz ergeben haben und die sich in späteren Geschäftsjahren voraussichtlich abbauen. Aktive latente Steuern sollen zukünftige Steuervorteile (zukünftig höheres steuerliches Gewinnabzugspotential), passive latente Steuern zukünftige Steuerlasten (zukünftig steuerlich höheres Ertragspotential) abbilden. Steuerabgrenzungen aus Verlustvorträgen sind ebenfalls anzusetzen soweit die Anforderungen des IAS 12 erfüllt werden.

Rückversicherung

Während in der UGB/VAG-Bilanz der Ausweis der Rückversicherungsanteile aus der abgegebenen Rückversicherung durch passivische Absetzung von den versicherungstechnischen Rückstellung erfolgt, müssen die **Ansprüche an die Rückversicherer** in der Solvenzbilanz auf der Aktivseite (als **Vermögenswert**) abgebildet werden. Dies führt inhaltlich nur zu einer Verlängerung der Bilanzsumme.

Versicherungstechnische Rückstellungen

Hinsichtlich der **versicherungstechnischen Rückstellungen** ist für die Solvenzbilanz grundsätzlich auf einen **Marktwert** abzustellen, doch geht auch das VAG davon aus, dass es einen solchen in der Regel nicht gibt. Der Wert der versicherungstechnischen Rückstellungen sollte dem Betrag entsprechen, den ein anderes Versicherungsunternehmen (Referenzunternehmen) erwartungsgemäß benötigen würde, um die zugrundeliegenden Versicherungsverpflichtungen zu erfüllen.

Versicherungstechnische Rückstellungen sind zum besten Schätzwert („**Best Estimate**“) der zukünftigen Zahlungsströme, die aus den Versicherungsverträgen resultieren **zuzüglich einer Risikomarge** zu bewerten. Der Best Estimate hat dem wahrscheinlichkeitsgewichteten Durchschnittswert künftiger Zahlungsströme unter Berücksichtigung ihres erwarteten Barwerts zu entsprechen und wird unter Verwendung der maßgeblichen risikolosen Zinskurve berechnet.

In der **Lebensversicherung** setzt sich der **Best Estimate** aus zwei Teilen zusammen, nämlich einerseits jenem Teil, der aus den garantierten (in der Regel der Höhe nach bekannten) **Leistungen an die Versicherungsnehmer** besteht und andererseits aus jenem Teil, der aus der **Gewinnbeteiligung** (auch künftige Überschussbeteiligung [future discretionary benefits])

besteht. Auf letzteren hat der Versicherungsnehmer in Österreich zwar ebenfalls einen Rechtsanspruch, allerdings ist die Höhe der Gewinnbeteiligung im Vorhinein nicht bekannt.

In der **Nichtlebensversicherung** besteht der **Best Estimate** ebenfalls aus zwei Teilen, nämlich dem Best Estimate für die **Schadenrückstellung** und dem Best Estimate für die **Prämienrückstellung**. Die Schadenrückstellung wird errechnet für eingetretene, aber noch nicht abgewickelte Schäden und berücksichtigt zukünftige Schadenzahlungen sowie Schadenbearbeitungs- und Verwaltungskosten. Die Prämienrückstellung wird errechnet für Schadenereignisse, die nach dem Bewertungsstichtag innerhalb der Vertragslaufzeit für bereits existierende Verträge eintreten; berücksichtigt werden erwartete zukünftige Prämien aus bereits existierenden Verträgen, zukünftige Schadenzahlungen, Schadenbearbeitungskosten für diese zukünftigen Schäden und laufende Verwaltungskosten.

Bei der gesonderten Berechnung der **Risikomarge** wird auf einen Kapitalkostenansatz zurückgegriffen. Die Idee dabei ist, dass die Risikomarge jene Kapitalkosten widerspiegelt, die für das Versicherungsunternehmen zum Halten des benötigten Solvenzkapitals anfallen, welches für die Bedeckung der Versicherungsverpflichtungen während ihrer Laufzeit erforderlich ist.

4. Eigenmittel

Die **Eigenmittel** bestehen aus der **Summe der Basiseigenmittel** und der **ergänzenden Eigenmittel** (vgl. § 169 VAG) und werden auf Basis der Solvenzbilanz in einem **dreistufigen Prozess** ermittelt:

- **Schritt 1:** Bestimmung der verfügbaren Eigenmittel
- **Schritt 2:** Einstufung der Eigenmittelbestandteile in drei Klassen (sogenannte „Tiers“)
- **Schritt 3:** Festlegung der Anrechenbarkeit der Eigenmittelbestandteile für die Bedeckung des SCR bzw. des MCR

Bestimmung der Eigenmittel

Die **Basiseigenmittel** setzen sich aus dem Überschuss der Vermögenswerte über die Verbindlichkeiten und den nachrangigen Verbindlichkeiten zusammen. Während die nachrangigen Verbindlichkeiten aus der jeweiligen Bilanzposition des Jahresabschlusses abgeleitet werden, wird der Überschuss der Vermögenswerte über die Verbindlichkeiten aus der Solvenzbilanz berechnet. Der Überschuss wird gemäß seiner Fähigkeit, Verluste sowohl unter der Anwendung des Going-Concern-Prinzips als auch im Falle der Liquidation aufzufangen, weiter untergliedert. Zuerst werden die in den Eigenmittellisten für Tier1, 2 und 3 aufgezählten Positionen bestimmt (wie zB das Grundkapital oder der Gründungsfonds). Der

verbleibende Restbetrag wird mit einigen Anpassungen als sogenannte Ausgleichsrücklage festgelegt.

Bei **ergänzenden Eigenmitteln** handelt es sich um außerbilanzielle Eigenmittelbestandteile. Dies bedeutet, dass sich diese weder in einem Bilanzposten noch im Überschuss wiederfinden. Bei ergänzenden Eigenmitteln geht eine dritte Person (oder ein Unternehmen) die Verpflichtung ein, dem Versicherungsunternehmen zu zuvor festgelegten Bedingungen Eigenmittel zur Verfügung zu stellen. In § 171 Abs. 1 VAG sind folgende Bestandteile aufgelistet:

- jener Teil des nicht eingezahlten Grundkapitals oder des nicht eingezahlten Gründungsfonds, der nicht eingefordert wurde
- Kreditbriefe oder Garantien
- alle sonstigen rechtsverbindlichen Zahlungsverpflichtungen Dritter gegenüber dem Versicherungsunternehmen

Ergänzende Eigenmittel dürfen **nur mit Genehmigung der FMA** angerechnet werden. Die FMA kann einen Höchstbetrag für jeden ergänzenden Eigenmittelbestandteil oder eine Methode zur Bestimmung des Betrags eines jeden ergänzenden Eigenmittelbestandteils festlegen.

Einstufung der Eigenmittel in Klassen (Tiering)

Die Einstufung der Eigenmittel in Klassen (**Tiers**) erfolgt auf Basis der in der Level 2-Verordnung enthaltenen **Eigenmittelliste** anhand der dort genannten **Kriterien**. Die Tiers spiegeln die **Verlustausgleichsfähigkeit** wider: Tier 1 hat die höchste, Tier 3 die niedrigste Verlustausgleichsfähigkeit. Die **Kriterien für die Einstufung** lauten wie folgt:

- **Tier 1:** Basiseigenmittel weisen alle Merkmale auf wie ständige Verfügbarkeit, Nachrangigkeit, ausreichende Laufzeit, keine Rückzahlungsanreize, keine obligatorischen laufenden Kosten, keine sonstigen Belastungen
- **Tier 2:** Basiseigenmittel weisen weitgehend alle Merkmale wie Tier 1 auf ausgenommen das Kriterium der ständigen Verfügbarkeit; Mindestlaufzeit 10 Jahre
- **Tier 3:** Alle Basiseigenmittel und ergänzenden Eigenmittelbestandteile, die nicht unter Tier 1 oder Tier 2 fallen

Als Beispiele für **Tier 1-Basiseigenmittel** können das eingezahlte Grundkapital, eingezahlte Vorzugsaktien, der eingezahlte Gründungsfonds und eingezahlte nachrangige Mitgliederkonten bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit genannt werden. Ebenso in Tier 1 einzustufen sind eingezahlte nachrangige Verbindlichkeiten (zB von Versicherungsunternehmen begebene nachrangige Anleihen, sofern sie die o.a. Kriterien erfüllen). Ebenso in der Liste aufgeführt ist überraschenderweise die Ausgleichsrücklage, welche per Definition immer als Tier 1-Kapital gilt. Unter **Tier 2** fallen Teile des Grundkapitals, von Vorzugsaktien sowie des Gründungsfonds und der nachrangigen Mitgliederkonten bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, die nicht die strengen Kriterien für Tier 1 erfüllen, etwa weil sie zwar

eingefordert aber noch nicht vollständig einbezahlt wurden. Eine Restmenge stellen die **Tier 3-Basiseigenmittel** dar.

Von der FMA genehmigte **ergänzende Eigenmittel** werden als **Tier 2** eingestuft, wenn diese (nachdem der Bestandteil eingefordert und eingezahlt wurde) die Merkmale eines als Tier 1 eingestuften Basiseigenmittelbestandteils aufweisen. Alle übrigen von der FMA genehmigten ergänzenden Eigenmittel werden in **Tier 3** eingestuft.

Anrechenbarkeit der Eigenmittelbestandteile

Im dritten Schritt wird die **Anrechenbarkeit der Eigenmittelbestandteile** auf die Solvenzkapitalanforderung (SCR) bzw. die Mindestkapitalanforderung (MCR) geprüft. Aus den einschlägigen Bestimmungen ergeben sich folgende **Grenzen für die Anrechnung**:

- Anrechnung auf das SCR:

- Tier 1 mindestens 50% vom SCR
- Tier 3 maximal 15% vom SCR
- somit Summe aus Tier 2 und Tier 3 maximal 50% vom SCR

- Anrechnung auf das MCR:

- Tier 1 mindestens 80% vom MCR
- Tier 2 maximal 20% vom MCR
- Tier 3 nicht anrechenbar auf das MCR

Für die Dauer von zehn Jahren ab Inkrafttreten von Solvency II (1.1.2016) gelten Übergangsbestimmungen für Basiseigenmittelbestandteile, die vor dem 1.1.2016 ausgegeben wurden. Diese erlauben partiell eine zusätzliche Anrechenbarkeit von Tier 1- bzw. Tier 2-Kapitalien.

Die **Solvenzquote** als eine wesentliche Kennzahl im Sinne von Solvency II errechnet sich als **Division der ökonomischen Eigenmittel durch die Solvenzkapitalanforderung**.

5. Solvenzkapitalanforderung

Allgemeine Bestimmungen

Das Aushängeschild der Neuregelung des Aufsichtsrechts durch Solvency II ist die Einführung einer **risikoorientierten Berechnung der Solvenzkapitalanforderung**. Diese wird entweder mit Hilfe der **Standardformel** oder mittels eines **internen Modells** errechnet. Die Solvenzkapitalanforderung ist so kalibriert, dass alle quantifizierbaren Risiken, denen ein Versicherungsunternehmen ausgesetzt ist, berücksichtigt sind. Als **Risikomaß** kommt ein

Value-at-Risk der Basiseigenmittel eines Versicherungsunternehmens zu einem **Konfidenzniveau von 99,5%** über den Zeitraum eines Jahres zur Anwendung.

Zwischen den beiden grundsätzlichen Möglichkeiten sind folgende **Unterstufen** für die Berechnung der Solvenzkapitalanforderung möglich:

- **Vereinfachungen der Standardformel**
- **Standardformel**
- **Standardformel mit unternehmensspezifischen Parametern**
- **Partialmodell**, bei welchem Teile mit Hilfe eines internen Modells und der Rest mit der Standardformel berechnet werden (meist auch **partiell internes Modell** [„PIM“] genannt)
- **Volles internes Modell**

Zusätzlich haben die Versicherungsunternehmen auch die **Mindestkapitalanforderung** zu berechnen, und zwar mit einer einfacheren Formel, die mit einem **Value-at Risk der Basiseigenmittel** zu einem **Konfidenzniveau von 85%** über den Zeitraum eines Jahres kalibriert wurde.

Die **Solvenzkapitalanforderung** berücksichtigt zumindest die folgenden Risiken:

- Nicht-lebensversicherungstechnisches Risiko
- Lebensversicherungstechnisches Risiko
- Krankenversicherungstechnisches Risiko
- Marktrisiko
- Kreditrisiko
- operationelles Risiko

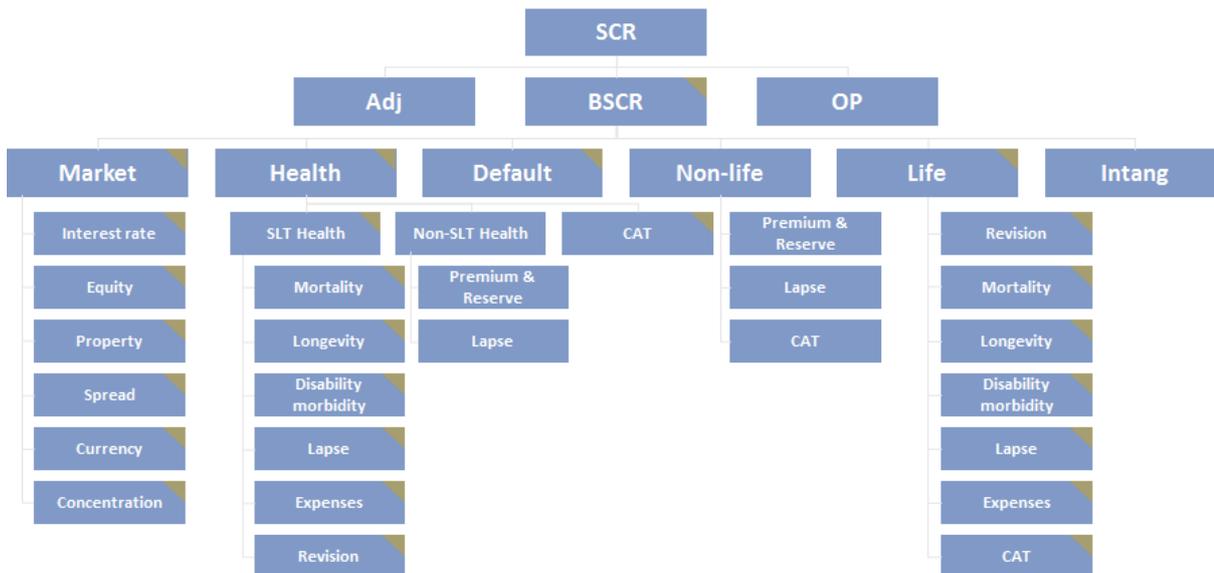
Die **Berechnung der Solvenzkapitalanforderung** hat **zumindest einmal jährlich** vor der Meldung an die FMA im Rahmen der regelmäßigen Berichterstattung zu erfolgen. Eine neue Berechnung hat jedenfalls immer dann zu erfolgen, wenn sich das Risikoprofil des Versicherungsunternehmens seit der letzten Berechnung wesentlich geändert hat. Zu diesem Zweck sind die Solvenzkapitalanforderung und die Eigenmittel laufend zu überwachen. Ebenso kann die FMA von dem Versicherungsunternehmen eine Neuberechnung verlangen, wenn der FMA Hinweise vorliegen, die vermuten lassen, dass sich das Risikoprofil seit der letzten Berechnung erheblich geändert hat.

Berechnung der Solvenzkapitalanforderung mit der Standardformel

Mit der Standardformel für das SCR sollen die wesentlichen quantifizierbaren Risiken erfasst werden, denen ein Versicherungsunternehmen ausgesetzt ist. Die Standardformel ist ein **standardisiertes Berechnungsverfahren** und daher **nicht auf das individuelle Risikoprofil eines bestimmten Versicherungsunternehmens zugeschnitten**.

Die Standardformel folgt einem **modularen Ansatz**, bei dem das gesamte Risiko, dem ein Versicherungsunternehmen ausgesetzt ist, in **Risikomodulen** und in einigen Risikomodulen

auch in **Untermodule** unterteilt ist (vgl. nachstehende schematische Abbildung). Für jedes Risikomodul (oder Untermodul) wird eine Kapitalanforderung bestimmt. Die Kapitalanforderung auf Ebene von Risikomodulen oder Untermodulen wird **unter Verwendung von Korrelationsmatrizen aggregiert**, um die Kapitalanforderung für das gesamte Risiko zu erhalten. Das mit der Standardformel berechnete SCR ist die Summe aus Basiskapitalanforderung (BSCR), Kapitalanforderung für das operationelle Risiko (OP) und der Anpassung für die Verlustausgleichsfähigkeit der versicherungstechnischen Rückstellungen und latenten Steuern (Adjustments).



enthalten im Adjustment für die Verlustausgleichsfähigkeit der versicherungstechnischen Rückstellungen

Für die Berechnung in den einzelnen Risiko(unter)modulen ist entweder ein **szenariobasierter** oder ein **faktorbasierter Berechnungsansatz** vorgesehen.

Im **szenariobasierten Ansatz** wird a priori ein Ereignis (Szenario), welches gemäß dem vorgegebenen Risikoniveau kalibriert wurde, vorgegeben (zB die Zinskurve ändert sich um x%) und unter der Annahme, dass dieses Ereignis eintritt, die Auswirkungen auf die Eigenmittel berechnet. Für jedes einzelne Risiko (zB Zinsrisiko) wird das Kapitalerfordernis als die Veränderung der Eigenmittel unter einem vorgegebenen **Schockszenario** berechnet.

Beim **faktorbasierten Ansatz** wird unter **Verwendung von Bezugsgrößen und Faktoren** mit einer vorgegebenen Formel das benötigte Solvenzkapital für das betrachtete Risikomodul bestimmt. Als Bezugsgrößen dienen unternehmensindividuelle Werte wie zB Rückstellungsgrößen oder Prämienvolumen. Als Faktoren dienen u.a. Volatilitätszahlen, die aus dem Markt abgeleitet werden und in der Regel für jedes Risikomodul vorgegeben sind.

Wenn die konkreten Verhältnisse eines Versicherungsunternehmens wesentlich von den der Standardformel zugrundeliegenden Annahmen abweichen, besteht die Gefahr, dass das SCR die **tatsächliche Risikosituation** des Unternehmens nicht ausreichend berücksichtigt. Die FMA hat in diesem Fall folgende Möglichkeiten:

- Vorschreibung sogenannter unternehmensspezifischer Parameter

- Vorschreibung der Verwendung eines internen Modells
- in letzter Instanz die Verhängung eines Kapitalaufschlags

Bereits vor der Einführung von Solvency II wurden mehrere **Kritikpunkte** laut. Kritisiert wird erstens, dass bei der Kalkulation des SCR die Annahme normalverteilter Einzelrisiken getroffen wird. Zweitens werde die gegenseitige Abhängigkeit der Risiken über den (linearen) Korrelationskoeffizienten, statt über nicht-lineare Zusammenhänge berücksichtigt. In erster Ordnung unkorrelierte, aber abhängige Risiken würden bei der Aggregation vernachlässigt. In beiden Fällen würde der Eigenkapitalbedarf durch die Standardformel systematisch unterschätzt.

Berechnung der Solvenzkapitalanforderung unter Verwendung eines internen Modells

Alternativ zur Standardformel können Versicherungsunternehmen nach Genehmigung der FMA das SCR auch mit einem **internen Modell** berechnen. Im Unterschied zum Standardmodell wird ein internes Modell vom Versicherungsunternehmen selbst entwickelt und berücksichtigt die individuellen Gegebenheiten des Unternehmens. Durch ein internes Modell wird das tatsächliche Risikoprofil des Unternehmens bestmöglich abgebildet, wodurch sich im Regelfall eine geringere Solvenzkapitalanforderung ergibt. Allerdings sind auch die Ergebnisse des internen Modells für Außenstehende schwerer überprüfbar. Aus diesem Grund werden sehr hohe Anforderungen an das interne Modell und dessen Dokumentation gestellt.

Ein internes Modell kann für die Berechnung der gesamten Solvenzkapitalanforderung (**Vollmodell**) oder nur für einen oder mehrere der folgenden Faktoren verwendet werden (**Partialmodell**):

- ein oder mehrere Risikomodule oder Untermodule der Basissolvvenzkapitalanforderung,
- die Kapitalanforderung für das operationelle Risiko oder
- die Anpassung für die Verlustausgleichsfähigkeit der versicherungstechnischen Rückstellung und latenten Steuern.

Die Verwendung eines internen Modells ist erst nach einer **Genehmigung durch die FMA** zulässig. Über diese Genehmigung hat die FMA binnen sechs Monaten nach Einlangen des **vollständigen Antrags** zu entscheiden. Der Antrag ist vom Vorstand des Versicherungsunternehmens zu beschließen und hat die Erfüllung folgender Anforderungen darzulegen:

- **Verwendungstest:** Das interne Modell muss im Governance-System weitgehend verwendet werden.
- **Statistische Qualitätsstandards:** Das interne Modell und insbesondere die Berechnung der ihm zugrundeliegenden Wahrscheinlichkeitsverteilungsprognose haben besonderen statistischen Qualitätsstandards zu entsprechen.
- **Kalibrierungsstandards:** Die Kalibrierung des internen Modells kann anders gestaltet sein als im Standardmodell (Hinweis auf Konfidenzniveau von 99,5%), sofern nachgewiesen wird, dass den Versicherten ein vergleichbares Schutzniveau gewährt wird.

- **Zuordnung von Gewinne und Verlusten:** Die durch das interne Modell vorgenommene Risikokategorisierung und die Zuweisung von Gewinnen und Verlusten müssen das Risikoprofil widerspiegeln und die Ursachen von Gewinnen und Verlusten erklären.
- **Validierungsstandards:** Das Leistungsvermögen und die kontinuierliche Angemessenheit des internen Modells müssen durch einen regelmäßigen Modelvalidierungszyklus überprüft werden.
- **Dokumentationsstandards:** Der Aufbau und die operationellen Einzelheiten des internen Modells sind so zu dokumentieren, dass aus dieser Dokumentation die Einhaltung der Anforderungen aller obenstehenden Anforderungen hervorgeht.

Nachdem ein internes Modell von der FMA genehmigt wurde, kann ein Versicherungsunternehmen nur mit Genehmigung der FMA die gesamte oder einen Teil der Solvenzkapitalanforderung wieder mit der Standardformel berechnen. Das Versicherungsunternehmen muss dafür hinreichend gerechtfertigte Gründe nachweisen.

Wenn ein Versicherungsunternehmen die Anforderungen an das interne Modell nicht laufend erfüllt, hat es entweder der FMA einen geeigneten Plan vorzulegen, der vorsieht, wie es die Anforderungen innerhalb eines angemessenen Zeitraums wieder einhält, oder nachzuweisen, dass sich die Nichteinhaltung der Anforderungen nur unwesentlich auswirkt. Wenn das Unternehmen den Plan nicht umsetzt, kann die FMA anordnen, dass das interne Modell nicht mehr verwendet werden darf und die Solvenzkapitalanforderung also wieder mit der Standardformel zu berechnen ist.

6. Mindestkapitalanforderung

Die **Mindestkapitalanforderung** stellt jenes Eigenkapitalniveau dar, bei dessen Unterschreitung eine massive Gefährdung des Fortbestandes des Versicherungsunternehmens vorliegt. Daher erhält das Versicherungsunternehmen diesfalls nur für sehr kurze Zeit die Gelegenheit, die Eigenmittelsituation zu normalisieren. Falls dies nicht gelingt, wird die Konzession des Versicherungsunternehmens widerrufen.

Das MCR sollte nach den Ideen von Solvency II leicht überprüfbar sein und somit einer technisch einfachen, leicht nachvollziehbaren Berechnung unterliegen (**lineare Formeln** versus **Festlegung absoluter betraglicher Untergrenzen**; das Maximum aus diesen Beträgen ergibt das MCR).

Lineare Formeln: Für das Lebensversicherungsgeschäft und das Nichtlebensversicherungsgeschäft werden jeweils „Einzel-MCRs“ mittels einer vorgegebenen Formel berechnet. Die Basen hierfür sind die verrechneten Prämien und die versicherungstechnischen Rückstellungen (in der Nichtlebensversicherung) bzw. die versicherungstechnischen Rückstellungen und das Risikokapital (in der Lebensversicherung). Diese „Einzel-MCRs“ werden addiert und anschließend mittels eines **Korridors** an das SCR gekoppelt, sodass das MCR in einer Bandbreite von 25%-45% des SCR festgemacht wird.

Für die Mindestkapitalanforderung (MCR) werden in § 193 Abs. 2 VAG **absolute Untergrenzen** festgelegt:

- EUR 2,5 Mio. für die **Nichtlebensversicherung**, es sein denn, dass alle oder einige der in Z 10-15 der Anlage A zum VAG aufgeführten Risiken gedeckt werden (Haftpflichtversicherungen, Kredit- und Kautionsversicherung); in diesem Fall beträgt die absolute Untergrenze EUR 3,7 Mio.
- EUR 3,7 Mio. für die **Lebensversicherung**
- EUR 3,6 Mio. für **Rückversicherungsunternehmen** (ausgenommen firmeneigener Rückversicherungen, für die eine Mindestkapitalanforderung von EUR 1,2 Mio. gilt)

Kompositversicherungsunternehmen müssen die Summe der in den ersten beiden Punkten genannten Beträge an Eigenmitteln halten.

7. Konsequenzen der Eigenmittelunterdeckung

Im VAG sind eine Reihe von **Konsequenzen** normiert, die mit der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Solvabilität im Zusammenhang stehen.

Solvabilitätsplan (§ 278 VAG)

Ein **Solvabilitätsplan** ist zu erstellen, wenn aufgrund der **Verschlechterung der finanziellen Leistungsfähigkeit** des Versicherungsunternehmens zwar die **Solvenzkapitalanforderung noch mit anrechenbaren Eigenmitteln bedeckt** ist, aber die **Bedeckung nicht mehr dauerhaft gewährleistet** ist.

Innerhalb von zwei Monaten ist der FMA ein Solvabilitätsplan zur Genehmigung vorzulegen. Im Solvabilitätsplan ist darzulegen, wie der Verschlechterung der finanziellen Leistungsfähigkeit abgeholfen wird und die Bedeckung des SCR mit anrechenbaren Eigenmitteln dauerhaft gewährleistet werden kann. Der Solvabilitätsplan stellt auf eine längerfristige Prognose ab und soll im Interesse der Versicherten vor allem präventiv wirken und das rechtzeitige Setzen von Maßnahmen durch die FMA ermöglichen.

Sanierungsplan (§ 279 VAG)

Stellt ein Versicherungsunternehmen fest, dass die **Solvenzkapitalanforderung nicht mehr bedeckt** ist oder die **Gefahr** besteht, dass dieser Fall **innerhalb der nächsten drei Monate** eintreten wird, so hat es dies unverzüglich der FMA anzuzeigen. Innerhalb von zwei Monaten nach Feststellung der Nichtbedeckung der Solvenzkapitalanforderung hat das betroffene Versicherungsunternehmen der FMA einen realistischen **Sanierungsplan** zur Wiederherstellung gesunder Finanzverhältnisse vorzulegen. Dieser Plan bedarf der Genehmigung der FMA und

hat zu gewährleisten, dass innerhalb von sechs Monaten nach Feststellung der Nichtbedeckung die Solvenzkapitalanforderung wieder bedeckt ist, indem die anrechenbaren Eigenmittel mindestens auf die Höhe der Solvenzkapitalanforderung aufgestockt werden oder das Risikoprofil entsprechend gesenkt wird. Das betroffene Versicherungsunternehmen hat der FMA alle drei Monate einen **Fortschrittsbericht** vorzulegen, in dem die getroffenen Maßnahmen sowie der erzielte Fortschritt dargestellt werden.

Finanzierungsplan (§ 280 VAG)

Stellt ein Versicherungsunternehmen fest, dass die **Mindestkapitalanforderung nicht mehr bedeckt** ist oder die **Gefahr** besteht, dass dieser Fall **innerhalb der folgenden drei Monate** eintreten wird, so hat es dies unverzüglich der FMA anzuzeigen. Innerhalb eines Monats nach Feststellung der Nichtbedeckung der Mindestkapitalanforderung hat das betroffene Versicherungsunternehmen der FMA einen **kurzfristigen Finanzierungsplan** vorzulegen. Dieser Plan bedarf der Genehmigung der FMA und hat zu gewährleisten, dass innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Nichtbedeckung die Mindestkapitalanforderung wieder bedeckt ist, indem die anrechenbaren Basiseigenmittel mindestens auf Höhe der Mindestkapitalanforderung aufgestockt werden oder das Risikoprofil entsprechend gesenkt wird.

Gemeinsame Bestimmungen für Solvabilitäts-, Sanierungs- und Finanzierungsplan (§ 281 VAG)

Der **Solvabilitäts-, der Sanierungs- und der Finanzierungsplan** haben folgende **Mindestinhalte** aufzuweisen:

- die voraussichtlichen Provisionsaufwendungen und die sonstigen Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb,
- die voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben für das Erstversicherungsgeschäft sowie das übernommene und abgegebene Rückversicherungsgeschäft,
- eine Prognose der Solvenzbilanz,
- Schätzungen der finanziellen Ressourcen, die zur Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz, der Mindesteigenkapitalanforderung und der Solvenzkapitalanforderung zur Verfügung stehen, und
- umfassende Angaben zur Rückversicherungspolitik.

Untersagung der freien Verfügung über Vermögenswerte (§ 283 VAG)

Die FMA kann zur Sicherung der jederzeitigen Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen die **freie Verfügung über die Vermögenswerte** eines Versicherungsunternehmens **einschränken oder untersagen**, wenn

- keine ausreichenden versicherungstechnischen Rückstellungen im Jahresabschluss oder

- in der Solvenzbilanz gebildet werden,
- die Voraussetzungen des § 279 Abs.1 VAG (Sanierungsplan) vorliegen, Grund zur Annahme besteht, dass sich die finanzielle Lage des betroffenen Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmens weiter verschlechtern wird und außergewöhnliche Umständen dies erforderlich machen,
- die Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 VAG (Finanzierungsplan) vorliegen oder
- die Konzession weggefallen ist.

Soweit einem Versicherungsunternehmen die freie Verfügung über Vermögenswerte untersagt oder eingeschränkt wurde, kann es über die Vermögenswerte **rechtswirksam nur mit Zustimmung der FMA verfügen**. Die Zustimmung ist zu erteilen, wenn die Verfügung die Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen nicht gefährdet. Die Untersagung oder Einschränkung der freien Verfügung über inländische Liegenschaften, liegenschaftsgleiche Rechte und Hypothekendarlehen auf inländischen Liegenschaften oder liegenschaftsgleichen Rechten ist in das Grundbuch einzutragen. Die FMA hat die Öffentlichkeit über Entscheidungen über die Einschränkung oder Untersagung der freien Verfügung über Vermögenswerte durch Kundmachung im Internet, Abdruck im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“ oder in einer anderen Zeitung mit Verbreitung im gesamten Bundesgebiet zu informieren.

Fortgesetzte Verschlechterung der Solvabilität (§ 284 VAG)

Die FMA kann bei fortgesetzter Verschlechterung der Solvabilität **präventiv befristete Maßnahmen** ergreifen, um eine Gefahr für die Belange der Versicherten abzuwenden (vgl. §284 VAG). Die Maßnahmen treten spätestens 18 Monate nach Wirksamkeitsbeginn außer Kraft. Dabei kann die FMA insbesondere

- den Mitgliedern des Vorstands die **Geschäftsführung ganz oder teilweise untersagen**,
- einen **Regierungskommissär bestellen** und
- die **Fortführung des Geschäftsbetriebes ganz oder teilweise untersagen**.

Zur Abwendung einer Gefahr für die Belange der Versicherten kann die FMA mit Verordnung in bestehenden Versicherungsverträgen den vereinbarten **Umfang des Versicherungsschutzes einschränken** (vgl. § 284 Abs 2 VAG).

Wenn eine Gefahr für die Belange der Versicherten nicht anders abgewendet werden kann, kann die FMA eine **Übertragung des Versicherungsbestandes** zu angemessenen Bedingungen auf ein anderes Versicherungsunternehmen anordnen. (vgl. § 284 Abs. 3 VAG).

8. Meldewesen und Reporting

Die Versicherungsunternehmen haben im Rahmen der Säule 3 von Solvency II einer Reihe von **Berichterstattungs- und Meldeverpflichtungen** nachzukommen, und zwar meistens

gegenüber der FMA, teilweise aber auch direkt gegenüber der Öffentlichkeit. Es wird zwischen der **quantitativen Berichterstattung** durch sogenannte Quantitative Reporting Templates (kurz „QRTs“) und der **qualitativen Berichterstattung** im Bericht über die Solvabilität und Finanzlage (Solvency and Financial Condition Report, kurz „SFCR“) sowie im regelmäßigen aufsichtlichen Bericht (Regular Supervisory Report, kurz „RSR“) unterschieden.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage (SFCR)

Das Ziel des **SFCR** liegt in der **Erhöhung der Transparenz zur Solvabilitäts- und Finanzlage** der Versicherungsunternehmen. Das externe Berichtswesen zielt dabei nicht nur auf die Offenlegung bestimmter Zahlen ab, der Öffentlichkeit soll vielmehr auch Einblick in die **Risikosituation**, in **interne Abläufe** und bestimmte **Managemententscheidungen** gewährt werden. Durch die Offenlegung diverser Informationen über die Lage des Unternehmens und Aspekte der Unternehmenssteuerung soll eine Vergleichbarkeit der Berichtsinhalte erhöht und für Unternehmen Anreize zur Implementierung von „**good practices**“ geschaffen werden. Der Berichtsaufbau ist wie folgt gegliedert:

- Zusammenfassung
- Geschäftstätigkeit und Leistung
 - o Geschäftstätigkeit
 - o Versicherungstechnische Leistung
 - o Anlageergebnis
 - o Entwicklung sonstiger Tätigkeiten
 - o Sonstige Angaben
- Governance-System
 - o Allgemeine Angaben zum Governance-System
 - o Anforderungen an die fachliche Qualifikation und persönliche Zuverlässigkeit
 - o Risikomanagementsystem einschließlich der unternehmenseigenen Risiko- und Solvabilitätsbeurteilung (ORSA)
 - o Internes Kontrollsystem
 - o Interne Revisions-Funktion
 - o Versicherungsmathematische Funktion
 - o Auslagerung
 - o Sonstige Angaben
- Risikoprofil
 - o Versicherungstechnisches Risiko
 - o Marktrisiko
 - o Kreditrisiko
 - o Liquiditätsrisiko
 - o Operationelles Risiko
 - o Andere wesentliche Risiken
 - o Sonstige Angaben
- Bewertung für Solvabilitätszwecke
 - o Vermögenswerte

- Versicherungstechnische Rückstellungen
- Sonstige Verbindlichkeiten
- Alternative Bewertungsmethoden
- Sonstige Angaben
- Kapitalmanagement
 - Eigenmittel
 - Solvenzkapitalanforderung und Mindestkapitalanforderung
 - Verwendung des durationsbasierten Untermoduls Aktienrisiko bei der Berechnung der Solvenzkapitalanforderung
 - Unterschiede zwischen der Standardformel und etwa verwendeten internen Modellen
 - Nichteinhaltung der Mindestkapitalanforderung und Nichteinhaltung der Solvenzkapitalanforderung
 - Sonstige Angaben

Zur Erfüllung der Anforderungen haben die Versicherungsunternehmen über **angemessene Systeme und Strukturen** (Prozesse) zu verfügen und **schriftliche Leitlinien** zur Sicherstellung der Eignung der im SFCR veröffentlichten Informationen zu erstellen und zu implementieren. Jeder Bericht ist vom Vorstand zu beschließen und darf erst danach veröffentlicht werden.

Die Versicherungsunternehmen haben den SFCR jedenfalls jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2016 innerhalb von 20 Wochen nach Ultimo – **grundsätzlich auf der Homepage des Unternehmens** – zu veröffentlichen. Die Vorlagefrist verkürzt sich in einem vierjährigen Übergangszeitraum jedes Jahr um zwei Wochen bis eine Veröffentlichungsfrist von 14 Wochen nach Ultimo erreicht und beibehalten wird.

Aktualisierte Berichtsfassungen sind bei wesentlichen Entwicklungen, welche die Bedeutung der im SFCR veröffentlichten Informationen wesentlich verändert, zu veröffentlichen. Jeweils nach erfolgter Offenlegung ist der SFCR auch der FMA zu übermitteln.

Regelmäßiger aufsichtlicher Bericht (RSR)

Der **ausschließlich an die FMA adressierte RSR** stellt durch seine spezifischen und detaillierten Inhaltsanforderungen eine wichtige Quelle für aufsichtliche Tätigkeiten dar. Die Berichtsstruktur entspricht genau jener des SFCR, allerdings sind der Inhalt und der Detaillierungsgrad unterschiedlich. – Der RSR ist erheblich detaillierter als der SFCR.

Der RSR ist mindestens alle drei Jahre von den Versicherungsunternehmen an die FMA zu übermitteln. Darüber hinaus kann ein RSR zum Ende jedes Geschäftsjahres von der FMA verlangt werden. In Jahren, in denen eine solche Meldung nicht erforderlich ist, sind ein Bericht zu wesentlichen Änderungen sowie eine knappe Erläuterung der Ursachen und Folgen vorzulegen.

Hinsichtlich der Vorlagefristen gelten die gleichen Fristen und Übergangszeiträume wie beim SFCR, dh der erste RSR ist im Jahr 2017 vorzulegen.

Exkurs: Aufsichtlicher Bericht über den ORSA

Im Abschnitt zu den rechtlichen Grundlagen der Versicherung wurde bereits auf die unternehmenseigene Risiko- und Solvabilitätsbeurteilung („Own Risk and Solvency Assessment“, kurz „**ORSA**“) eingegangen. Der ORSA ist ein wesentlicher Bestandteil der zweiten Säule von Solvency II und umfasst drei wesentliche Elemente:

- Ermittlung des Gesamtsolvabilitätsbedarfs unter Berücksichtigung des spezifischen Risikoprofils, der genehmigten Risikotoleranzschwellen und der Geschäftsstrategie
- Überwachung der laufenden Einhaltung der Vorschriften über die Solvenz- und Mindestkapitalanforderung und über die versicherungstechnischen Rückstellungen der Solvenzbilanz (**regulatorische zukunftsgerichtete Risikosicht** mit einem **vorausschauenden Horizont** über mindestens drei Jahre)
- Signifikanz der Abweichung des Risikoprofils von den Annahmen, die der Berechnung der Solvenzkapitalanforderung zugrunde liegen, die mit der Standardformel oder unter Verwendung eines internen Modells berechnet wurde

Der ORSA ist **prinzipiell zumindest jährlich** in Verbindung mit dem Planungsprozess von Versicherungsunternehmen durchzuführen; ein sogenannter **Ad-hoc-ORSA** (nicht-regelmäßige Durchführung des ORSA) ist jedoch bei jeder wesentlichen Änderung des Risikoprofils oder der Umfeldfaktoren, die zu einem Überdenken der strategischen Ausrichtung führen könnten, durchzuführen.

Nach jeder regelmäßigen oder nicht-regelmäßigen Durchführung des ORSA ist ein diesbezüglicher **aufsichtlicher Bericht** („ORSA-Bericht“) innerhalb von zwei Wochen nach dessen Prüfung und Genehmigung durch den Vorstand an die FMA zu übermitteln.

Der **ORSA-Bericht** hat jedenfalls folgende Themen zu umfassen:

- Ergebnisse und Schlussfolgerungen
- Methoden und wichtigste Annahmen
- Angaben zum Gesamtsolvabilitätsbedarf
- Vergleich zwischen dem Gesamtsolvabilitätsbedarf, den gesetzlichen Kapitalanforderungen und den Eigenmitteln des Unternehmens
- Qualitative Angaben zur Nichtberücksichtigung quantifizierbarer Risiken in der Berechnung der Solvenzkapitalanforderung sowie bei Feststellung signifikanter Abweichungen eine Quantifizierung des Umfang dieser Nichtberücksichtigung

Quantitative Reporting Templates (QRTs)

Durch die Verwendung **standardisierter Meldebögen** (Quantitative Reporting Templates, „**QRTs**“) verfügen alle Aufsichtsbehörden über die gleichen – und damit über leichter vergleichbare – unternehmens- und gruppenspezifischen Informationsarten. Die Vereinheitlichung von Begriffs- und Meldevorgaben erleichtert die länderübergreifende Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden. Die Detailtiefe der QRTs ergibt sich aus der Notwendigkeit, die Aufsicht stärker risikobasiert auszurichten. Die übermittelten Daten werden von den

Aufsichtsbehörden sowohl für Zeitreihenanalysen als auch für Vergleiche zwischen den Versicherungsunternehmen bzw. der Gruppen verwendet, und Trends werden bezüglich möglicher Auswirkungen untersucht. Entwicklungen und eventuelle Überschreitungen von (durch die Aufsichtsbehörden definierten) Risikoindikatorsschwellen fließen in Gespräche mit Vertretern der Versicherungswirtschaft bezüglich derer Hintergründe ein und begründen mögliche weitere Tätigkeiten der Aufsichtsbehörden.

Das quantitative Berichtswesen beinhaltet sowohl **vierteljährliche** als auch **jährliche** an die Aufsichtsbehörde zu übermittelnde QRTs; die vierteljährlichen QRTs sind weniger umfassend als die jährlichen Meldungen.

Mittlerweile wurden deutlich **mehr als hundert verschiedene QRTs** definiert, die nach einem **vorgegebenen technischen Standard** (XBRL-Format) zu befüllen und über eine eigene Plattform der FMA zu übergeben sind (Incoming-Plattform).

QRTs sind für folgende Bereiche vorgesehen:

- Basisinformationen
- Bilanz
- Assets
- Lebensversicherung / Nichtlebensversicherung
- Rückversicherung
- Intra Group Transactions
- SCR /MCR
- Eigenmittel
- Variation Analysis

Die QRTs selbst sowie umfangreiche Ausfüllhinweise sind in einer eigenen **Durchführungsverordnung** (Level 3) festgelegt. Dort ist zB auch die Tabelle der Vermögenswertpezifikationen (Complementary Identification Code, **CIC**), auf Basis derer Vermögenswerte klassifiziert werden, zu finden. Die QRTs beinhalten auch Angaben zum Legal Entity Identifier (**LEI**), durch welche eine eindeutige Kennung von an Finanztransaktionen beteiligten Parteien erreicht werden soll.

Für die jährlichen QRTs gelten die gleichen Vorlagefristen und Übergangszeiträume, wie sie für SFCR und RSR vorgesehen sind. Die vierteljährlichen QRTs sind ab dem Geschäftsjahr 2016 jeweils acht Wochen nach Quartalsende zu übermitteln. Die Frist verkürzt sich in einem vierjährigen Übergangszeitraum jedes Jahr um eine Woche bis eine Veröffentlichungsfrist von fünf Wochen nach Quartalsende erreicht und beibehalten wird.

XVI. Besonderheiten verschiedener Versicherungszweige

1. Die Lebensversicherung

a) Das versicherte Risiko und die in den Vertrag eingebundenen Personen

Durch Lebensversicherungen wird Versicherungsschutz gegen die Folgen des Ablebens (**Todesfallrisiko**) oder gegen die (finanziellen) Folgen zu langen Lebens (**Überlebensrisiko**) geboten. Mit der Versicherung des Todesfallrisikos kann auch die Versicherung des **Berufsunfähigkeitsrisikos** und des Risikos **schwerer Erkrankung** verbunden werden.

Die Definition und Feststellung des Eintritts des **Versicherungsfalles** bietet bei reinen Lebensversicherungen kein Problem; schwieriger ist die Feststellung des Eintritts des versicherten Ereignisses bei Berufsunfähigkeitsversicherungen und bei Versicherungen, bei denen Leistungen auch bei schweren Erkrankungen erbracht werden (dread disease-Versicherungen).

Bei reinen Lebensversicherungen ist, wenn kein besonderer Einschluss dieses Risikos durch Zahlung einer besonderen Prämie (Unanfechtbarkeitszuschlag) erfolgt, unter bestimmten Voraussetzungen der Tod durch **Selbstmord** vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Keine Versicherungsleistung wird ferner erbracht, wenn der Tod auf eine **Krankheit** zurückzuführen ist, die bei Vertragsabschluss bereits bestanden hat und die dem Versicherungsunternehmen **verschwiegen** wurde.

Todesfälle im Zusammenhang mit besonders **gefährlichen Tätigkeiten** (zB Teilnahme an Rennveranstaltungen) sind nur versichert, wenn dies ausdrücklich vereinbart ist.

Keine volle Versicherungsleistung wird erbracht, wenn der Todesfall **innerhalb eines Jahres** nach Versicherungsabschluss eintritt und nicht auf unvorhersehbare Ereignisse (Unfall, akute Infektionskrankheit) zurückzuführen ist.

Bei Lebensversicherungen unterscheidet man den **Versicherungsnehmer** (Vertragspartner des Versicherungsunternehmens), die **versicherte Person** (von deren Ableben oder Leben oder Gesundheit die Erbringung der Versicherungsleistung abhängig ist) und den **Begünstigten** (an den die Versicherungsleistung zu bezahlen ist). Bei Erlebensversicherungen können Versicherungsnehmer, versicherte Person und Begünstigter dieselbe Person sein. Bei Ablebensversicherungen und bei Er- und Ablebensversicherungen kann als Begünstigter auch der jeweilige Inhaber der Polizze bestimmt werden. Wenn die versicherte Person vom Versicherungsnehmer verschieden ist (Versicherungen auf fremdes Leben) ist die **Zustimmung der versicherten Person** zum Abschluss der Versicherung erforderlich.

b) Arten von Lebensversicherungen

Man unterscheidet folgende Arten von Lebensversicherungen:

ba) Nach der Art des Risikos

- Ablebensversicherungen
- Gemischte Er- und Ablebensversicherungen
- Fixtermin- und Heiratsversicherungen
- Erlebensversicherungen
- Berufsunfähigkeitsversicherungen
- Dread-disease-Versicherungen

bb) Nach der Zahlungsweise der Versicherungsleistung

- Kapitalversicherungen
- Rentenversicherungen

bc) Nach der Art der Prämienzahlung

- Laufende Prämien während der gesamten Vertragsdauer
- Laufende Prämien während eines Teiles der Vertragsdauer (abgekürzte Prämienzahlung)
- Einmalprämien
- Prämien in wechselnder Höhe
- An Geldwertänderungen angepasste Prämien

Die Prämien von **reinen Ablebensversicherungen**, die für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen werden, enthalten **keinen Sparanteil**; sie werden als Risikoversicherungen bezeichnet und haben in der Regel eine Laufzeit von höchstens 10 Jahren, obwohl nach den Tarifen auch längere Laufzeiten möglich sind. **Bestattungskostenversicherungen** sind gleichfalls reine Ablebensversicherungen; bei diesen Versicherungen enthält die Prämie jedoch eine Sparkomponente und der Versicherer trägt das Risiko nicht nur während eines begrenzten Zeitraumes, sondern zeitlich unbegrenzt bis zum Tod der versicherten Person.

Risikoversicherungen dienen vielfach der **Absicherung von Krediten**, die im Hinblick auf die persönliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit (Arbeitskraft) des Kreditnehmers eingeräumt werden; die Versicherungssumme wird dabei häufig jährlich an den jeweils aushaftenden Kreditrest angepasst (Kreditrestversicherungen). Ein anderes Motiv für den Abschluss von Risikoversicherungen ist die **Rückdeckung von Pensionsverpflichtungen** eines Unternehmens (Rückdeckungsversicherungen): Das Risiko aus Pensionszusagen besteht für den aus der Pensionszusage Verpflichteten darin, dass der pensionsberechtigte Mitarbeiter frühzeitig stirbt und dass aufgrund seines Todes Versorgungsleistungen an Hinterbliebene (Witwen und Waisen) zu erbringen sind; dieses Risiko wird von Jahr zu Jahr (mit zunehmendem Alter der Angehörigen und Zunahme der Rückstellung für die Alterspension an den pensionsberechtigten Mitarbeiter) kleiner.

Risikoversicherungen können auch mit gemischten Er- und Ablebensversicherungen **kombiniert** werden. In derartigen Verträgen ist meist vorgesehen, dass im Fall des Todes in den ersten Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhöhte Versicherungssumme ausbezahlt wird, weil in diesem Zeitraum der finanzielle Verlust, der sich durch den Tod des Familienerhalters für die Hinterbliebenen ergibt, am größten ist.

Gemischte Er- und Ablebensversicherungen enthalten in ihren Prämien eine **Sparkomponente**, durch die während der Vertragslaufzeit eine Deckungsrückstellung aufgebaut

wird, die im Zeitpunkt der Erlebensfähigkeit die volle Versicherungssumme erreicht. Bei den meisten gemischten Er- und Ablebensversicherungen beträgt die **Vertragslaufzeit** (Zeitraum vom Abschluss bis zur Erlebensfähigkeit) 15 bis 25 Jahre. Diese Versicherungen können auch auf ein bestimmtes Endalter (zB 65 Jahre) abgeschlossen werden. Bei sehr langfristigen Er- und Ablebensversicherungen, die sich in der Prämiengestaltung an die reinen Ablebensversicherungen annähern, tritt die Erlebensfähigkeit erst bei Vollendung des 85. Lebensjahres ein. Bei der Mehrzahl dieser Versicherungen wird die Versicherungsleistung im Todesfall erbracht, da nur ein kleiner Teil der versicherten Personen das 85. Lebensjahr erreicht.

In manchen Versicherungsverträgen ist vorgesehen, dass die **Versicherungsleistungen** im Erlebensfall in **mehreren Raten** erbracht werden (sogenannte **Zwischenauszahlungen** nach n Jahren). Bei diesen Versicherungen ist die Risikokomponente kleiner als bei Er- und Ablebensversicherungen mit einer einzigen Auszahlung bei Vertragsende. Derartige Versicherungen wurden vor allem von Personen, die die Steuerbegünstigungen für Lebensversicherungen in Anspruch nehmen wollten und die Lebensversicherung in erster Linie als Spareinrichtung und nicht als Risikovorsorge für Hinterbliebene angesehen haben, in Anspruch genommen. Seit die Steuerbegünstigungen für diese Versicherungen eingeschränkt wurden, spielen sie nur eine untergeordnete Rolle.

Reine Erlebensversicherungen sind aus versicherungstechnischer Sicht nur als **Rentenversicherungen** und nicht als Kapitalversicherungen sinnvoll. Unter einer Rente versteht man einen in bestimmten Zeitabschnitten fälligen Geldbetrag, dessen Bezahlung vom Leben einer Person abhängig ist und dessen Bezugsrecht durch die Einzahlung von Prämien erworben wird. Man unterscheidet **lebenslängliche Leibrenten** (bei denen die Rentenzahlungen bis an das Lebensende geleistet werden) und **abgekürzte Leibrenten** (bei denen die Anzahl der Fälligkeitstermine im Voraus begrenzt ist).

Die **Rentenzahlungen** können unmittelbar bei Vertragsabschluss oder erst in einem späteren Zeitpunkt beginnen (**aufgeschobene Renten**) oder erst nach dem Tod einer bestimmten Person einsetzen (**Überlebensrenten**). Sofort beginnende Rentenversicherungen können nur gegen **Einmalprämien** abgeschlossen werden. Für aufgeschobene Renten und für Überlebensrenten können auch **laufende Prämienzahlungen** bis zum Rentenbeginn vorgesehen sein; bei Tod des Rentenberechtigten vor Beginn der Rentenzahlungen werden im Allgemeinen die bezahlten Prämien rückerstattet.

Ab Rentenbeginn erfolgt bei Tod des Rentenberechtigten im Allgemeinen keine Leistung des Versicherungsunternehmens mehr; ein Rückkauf der Versicherung ist ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Rentenversicherungen können allerdings so gestaltet werden, dass das Versicherungsunternehmen eine bestimmte Mindestleistung auf alle Fälle erbringt; dh, dass bei vorzeitigem Ableben des Rentenberechtigten der auf die Mindestleistung fehlende Betrag an Hinterbliebene ausbezahlt wird. Versicherungstechnisch handelt es sich dabei um eine Kombination einer Rentenversicherung und einer Risikoversicherung.

Im Rahmen der Steuerreform 2000 wurden steuerliche Begünstigungen für **Pensionszusatzversicherungen** geschaffen. Es handelt sich dabei um Rentenversicherungen, bei denen im Falle des Todes des Rentenberechtigten – auch vor Rentenbeginn – lediglich **Rentenleistungen** an familienangehörige **Hinterbliebene**, nicht aber Kapitalzahlungen möglich sind.

In Österreich wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche **Erlebens-Kapitalversicherungen mit Prämienrückgewähr** bei Tod vor Erreichen des Erlebenszeitpunktes und Er- und Ablebensversicherungen mit von Jahr zu Jahr steigender Todesfallleistung abgeschlossen. Diese Versicherungen enthalten keine oder nahezu keine Risikokomponente und stellen daher praktisch einen reinen Sparvorgang dar. In manchen Staaten (zB USA) werden solche Verträge **nicht als Versicherungsverträge** angesehen und die Zahlungen an das Versicherungsunternehmen nicht als Prämien behandelt, sondern direkt in die auf der Passivseite der Bilanz ausgewiesene Deckungsrückstellung eingestellt.

Bei **Fixterminversicherungen** wird die Versicherungssumme an einem im Versicherungsvertrag festgelegten festen Termin fällig; die **Dauer der Prämienzahlung** ist jedoch vom Leben einer bestimmten Person (meist Familienerhalter) abhängig. Stirbt diese Person, dann wird zwar noch nicht die Versicherungssumme fällig, es entfällt jedoch ab diesem Zeitpunkt die Verpflichtung zur Prämienzahlung. Das Versicherungsunternehmen trägt bei dieser Art der Versicherungen nur das Risiko der vorzeitigen Beendigung der Prämienzahlung, nicht aber das Risiko der vorzeitigen Erbringung der Versicherungsleistung.

Bei **Heiratsversicherungen** ist der Zeitpunkt der Zahlung der Versicherungsleistung vom Zeitpunkt der Heirat innerhalb eines bestimmten Zeitraums abhängig; am Ende des "Risikozeitraums" wird die Versicherungsleistung auf alle Fälle erbracht.

Fixterminversicherungen und Heiratsversicherungen dienen der Vorsorge für einen Geldbedarf, der in einem vorhersehbaren Zeitpunkt eintritt (Heirat, Studium von Kindern).

Sonderformen von Lebensversicherungen sind Auslosungsversicherungen und Versicherungen auf verbundene Leben.

Bei **Auslosungsversicherungen** gehört zu den die Versicherungsleistung auslösenden Ereignissen (Tod und Ablauf) auch das Ereignis Auslosung. Es wird jährlich ein bestimmter Prozent- oder Promillesatz aller aufrechten Versicherungen ausgelost; für diese Versicherungen wird die Versicherungssumme vorzeitig ausgezahlt.

Bei **versicherungen auf verbundene Leben** wird die Todesfallversicherungsleistung dann erbracht, wenn **eine von zwei Personen** (in der Regel sind dies die Ehepartner) stirbt. Die Prämie für eine solche Versicherung ist zwar höher als die Prämie für eine einzelne versicherte Person, aber wesentlich niedriger als die Prämie für zwei unabhängige Er- und Ablebensversicherungen für beide versicherten Personen, da die **Sparprämie nur einmal** entrichtet wird. Solche Versicherungen sind dann sinnvoll, wenn ein Ehepaar eine Versorgungsleistung für den jeweils überlebenden Partner, aber für keine anderen Personen vorsehen will.

Mit Lebensversicherungen kann auch eine Versicherung des **Berufsunfähigkeitsrisikos** verbunden werden. In diesem Fall wird in der Regel ab Eintritt der Berufsunfähigkeit eine lebenslängliche oder zeitlich begrenzte Rente bezahlt. Wenn die Rente in Höhe der Prämien festgesetzt wird, dann entfällt ab Eintritt der Berufsunfähigkeit die Prämienzahlung für die mit der Berufsunfähigkeitsversicherung verbundene Kapitalversicherung und der Versicherungsschutz aus dieser Versicherung bleibt trotz des Wegfalles der Prämienzahlungen unverändert aufrecht. Das Hauptproblem bei Berufsunfähigkeitsversicherungen besteht in der Feststellung

der **Tatsache** und des **Ausmaßes der Berufsunfähigkeit**. Im Allgemeinen gelten die diesbezüglichen Feststellungen der Sozialversicherungsträger auch für die privaten Lebensversicherer; in den vergangenen Jahren wurde bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit insbesondere von Personen, die bereits nahe dem Pensionsalter waren, häufig großzügig vorgegangen. Von einigen Pensionskassen, die auch das Berufsunfähigkeitsrisiko abdecken, wird dieses Risiko nur für jüngere Personen übernommen, da bei diesen Personen zwar die Leistungsverpflichtung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wesentlich höher, die Gefahr einer entgegenkommenden Beurteilung der Berufsunfähigkeit durch den Sozialversicherungsträger aber erheblich geringer ist. Zu beachten ist ferner, dass das Risiko der Berufsunfähigkeit sehr stark von der **Art des ausgeübten Berufs** abhängig ist. Reine Berufsunfähigkeitsversicherungen, (dh Versicherungen, die nicht mit einer Lebensversicherung, bei der die Berufsunfähigkeitsleistung in einem bestimmten Verhältnis zur Lebensversicherungsleistung stehen muss, verbunden sind) werden aus diesen Gründen in Österreich in der Regel nicht angeboten.

Eine weitere Kombination mit anderen Risiken ist eine Lebensversicherung, bei der Leistungen des Versicherungsunternehmens auch erbracht werden, wenn die versicherte Person von einer **schweren Krankheit** betroffen wird (sogenannte Dread disease-Versicherungen). Diese Versicherungsform ist im Ausland stärker verbreitet als derzeit noch in Österreich. Auch bei dieser Versicherungsform hängt die Versicherungsleistung von der ärztlichen Diagnose, die eine subjektive Komponente enthält, ab.

Häufig wird mit Lebensversicherungen eine **Unfalltod-Zusatzversicherung** (mitunter auch eine Unfallinvaliditäts-Zusatzversicherung) verbunden. In diesen Fällen wird bei Tod oder Invalidität als Folge eines Unfalls eine erhöhte Versicherungsleistung (bei Unfalltod in der Regel die doppelte Versicherungssumme) erbracht.

c) Art der Prämienzahlung

Abgekürzte Prämienzahlungsdauer: Bei Versicherungen, bei denen der Erlebensfall erst in einem hohen Alter eintritt und bei Bestattungskostenversicherungen, die überhaupt keine Erlebensfalleistung (außer bei Rückkauf) vorsehen, werden die Prämien im Allgemeinen nicht bis zum Ende der Laufzeit des Versicherungsvertrages eingehoben; die **Prämienzahlung endet** vielmehr bereits in einem **früheren Zeitpunkt** (zB bei Vollendung des 65. Lebensjahres).

Prämien in wechselnder Höhe: In manchen Lebensversicherungstarifen ist vorgesehen, dass bei gleichbleibender Versicherungsleistung in den ersten Jahren der Versicherung eine niedrigere Prämie zu bezahlen ist als in den späteren Jahren. In diesem Fall enthält die Prämie in den ersten Jahren einen höheren Risikoprämienanteil.

Indexanpassung der Prämien: In vielen Lebensversicherungsverträgen wird dem Versicherungsnehmer das Recht eingeräumt, die Prämie bei **Änderung des Geldwertes** im Verhältnis der Geldentwertung zu erhöhen und damit auch die Versicherungssumme (allerdings nicht um den gleichen Prozentsatz wie die Prämienzahlung, da die erhöhte Prämienzahlung nur für den Rest der Vertragslaufzeit gilt) aufzuwerten. Das Versicherungsunternehmen kann in diesem

Fall keine neue ärztliche Untersuchung verlangen oder die Erhöhung der Versicherungssumme unter Berufung auf den schlechten Gesundheitszustand der versicherten Person ablehnen. Eine Verpflichtung des Versicherungsnehmers die erhöhten Prämien zu bezahlen, besteht bei derartigen Verträgen nicht. Wenn die bereits zugeteilten (angesammelten) Gewinnanteile als Einmalprämien für eine Erhöhung der vertraglichen Versicherungssumme verwendet werden, kann in Kombination mit indexangepassten Prämienzahlungen die reale Wertbeständigkeit der Versicherungsleistung weitgehend erreicht werden.

Einmalprämien: Einmalprämien sind versicherungstechnisch nur bei Rentenversicherungen (insbesondere für sofort beginnende Rentenzahlungen) sinnvoll; allenfalls besteht auch bei reinen Ablebensversicherungen (zB Bestattungskostenversicherungen) ein wirtschaftliches Interesse, das Risiko durch eine Einmalzahlung abzudecken.

Bei den in den letzten Jahren in erheblichem Umfang abgeschlossenen Er- und Ablebensversicherungen gegen Einmalprämien stellten die steuerlichen Vorteile das Motiv für den Abschluss dieser Versicherungen dar. Wenn die ausgezahlten Versicherungsleistungen von der Einkommensteuer befreit sind, wird der Kapitalertragsteuerabzug von den Kapitalerträgen – der die Versicherungsunternehmen nicht trifft – vermieden; die Prämienzahlung löst allerdings Versicherungssteuer aus.

d) Risikoprüfung

Lebensversicherungen über höhere Versicherungssummen werden nur nach einer **ärztlichen Untersuchung** der versicherten Person abgeschlossen. Ergibt die ärztliche Untersuchung gesundheitliche Störungen, die ein erhöhtes Todesfallrisiko als möglich erscheinen lassen, dann wird der Abschluss des Versicherungsvertrages vom Versicherungsunternehmen entweder überhaupt abgelehnt oder es wird zur Deckung des erhöhten Risikos ein Prämienzuschlag eingehoben. Man spricht in einem solchen Fall von sogenannten **anormalen Risiken**. Es kann in den Verträgen vorgesehen sein, dass ein Teil der Zusatzprämien in Form einer sogenannten **Erlebensbonifikation** (einer zusätzlichen Versicherungssumme) an den Versicherungsnehmer rückerstattet wird, wenn derartige Versicherungsverträge durch Ablauf (Erleben) enden.

Bei niedrigen Versicherungssummen kann eine ärztliche Untersuchung entfallen. Die versicherte Person muss in diesem Fall einen **Gesundheitsfragebogen** ausfüllen.

Die ärztliche Untersuchung führt im Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses zu einer **positiven Risikoselektion**; aus diesem Grund und aufgrund der Bestimmung, dass im Falle des Todes im ersten Versicherungsjahr vielfach nur die halbe Versicherungsleistung erbracht wird, sind die Sterblichkeitsgewinne meist in den ersten Vertragsjahren am höchsten.

e) Gestaltungsrechte der Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer einer Lebensversicherung ist auch vor Ende der Vertragslaufzeit berechtigt, die Prämienzahlungen einzustellen. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit auf den Schluss des Versicherungsjahres, frühestens allerdings auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres, die Versicherung mit einer Frist von drei Monaten ganz oder teilweise **kündigen**. Sind die Prämien bis zum Ende des Versicherungsvierteljahres, in dem ein Zehntel der vereinbarten Prämienzahlungsdauer abgelaufen ist oder für einen Zeitraum von drei Jahren bezahlt, so wird auf die gekündigte Versicherung **Rückkauf** gewährt. Der Versicherungsnehmer erhält in diesem Fall das für seinen Vertrag angesammelte Sparguthaben (gezillmerte Deckungsrückstellung) abzüglich eines Stornoabschlages ausbezahlt. Eine gekündigte Versicherung kann innerhalb eines begrenzten Zeitraums **wieder in Kraft** gesetzt werden.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer auf den Schluss des Versicherungsjahres oder mit einer Frist von drei Monaten auf den Monatsschluss verlangen, dass die Versicherung ganz oder teilweise in eine **prämienfreie Versicherung** umgewandelt wird. In diesem Fall wird die vorhandene Deckungsrückstellung abzüglich eines Abzugs, der für die Bildung einer Verwaltungskostenrückstellung verwendet wird, als Einmalprämie zur Bildung einer entsprechend reduzierten Versicherungssumme verwendet.

Anstelle der Prämienfreistellung kann der Versicherungsnehmer zur Bezahlung der Prämien oder zur Deckung eines sonstigen Geldbedarfs auch bis zur Höhe des Rückkaufswerts eine **Polizzenvorauszahlung** in Anspruch nehmen. In diesem Fall bleibt die volle ursprüngliche Versicherungssumme aufrecht; bei Fälligkeit wird lediglich der Betrag der Polizzenvorauszahlung von der Versicherungssumme abgezogen. Die Fortsetzung der Prämienzahlung durch Aufnahme eines Polizzendarlehens ist gegenüber der Prämienfreistellung vor allem dann vorzuziehen, wenn die Deckungsrückstellung im Verhältnis zur Versicherungssumme noch verhältnismäßig niedrig ist und der Versicherungsnehmer damit rechnen kann nach einigen Jahren die Prämienzahlungen wieder fortsetzen zu können. Polizzenvorauszahlungen können auch für andere Zwecke als zur Prämienzahlung in Anspruch genommen werden. Ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Polizzenvorauszahlung besteht allerdings nicht.

In Risikoversicherungsverträgen, die für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen werden, kann dem Versicherungsnehmer das Recht eingeräumt werden den Vertrag in einen Er- und Ablebensversicherungsvertrag umzuwandeln (sogenannte **Risiko-Umtauschversicherungen**); in diesen Fällen findet bei Umwandlung keine neue Risikoprüfung statt.

f) Gruppenversicherungen und betriebliche Lebensversicherungen

Neben Einzelversicherungen gibt es in der Lebensversicherung auch **Gruppenversicherungen**. Die Prämien für Gruppenversicherungen sind wegen der niedrigeren Anwerbe- und Verwaltungskosten für solche Versicherungen und auch wegen der geringeren Gefahr einer negativen Risikoselektion bei Versicherung einer ganzen Gruppe von Menschen etwas niedriger als die Prämien für Einzelversicherungen.

Betriebliche Lebensversicherungen dienen hauptsächlich der Altersversorgung von Mitarbeitern eines Unternehmens oder der Abdeckung der aus Direkt-Pensionszusagen resultierenden Risiken. Man unterscheidet dabei zwischen Rückdeckungsversicherungen und Direktversicherungen.

Bei **Rückdeckungsversicherungen** ist das Unternehmen Versicherungsnehmer und Begünstigter aus dem Versicherungsvertrag; die Versicherungsleistungen fließen dem Unternehmen zu, das in der Regel Pensionsverpflichtungen (Versorgungsverpflichtungen) gegenüber seinen Mitarbeitern übernommen hat.

Rückdeckungsversicherungen werden in der Regel gegen **reine Risikoprämien** abgeschlossen. Wenn die Prämien auch eine Sparkomponente enthalten, muss das Unternehmen, das die Rückdeckungsversicherung abgeschlossen hat, in seine Bilanz einen Aktivposten in Höhe der vom Versicherungsunternehmen gebildeten **Deckungsrückstellung** aufnehmen.

Bei **Direktversicherungen** sind dagegen die Dienstnehmer aus den Versicherungsverträgen unmittelbar begünstigt. Die Prämienzahlungen für Direktversicherungen sind beim Unternehmen Betriebsausgaben, sie gelten jedoch beim begünstigten Dienstnehmer als **steuerpflichtiger Arbeitslohn** und zwar auch dann, wenn der Anspruch des Dienstnehmers aus dem Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen (zB bei vorzeitiger Kündigung des Dienstverhältnisses durch den Dienstnehmer) widerrufen werden kann; in diesem Fall entstehen beim Dienstnehmer im Jahr des Widerrufs der Begünstigung negative Einkünfte.

Andere betriebliche Lebensversicherungen sind **Teilhaberversicherungen**, bei denen das Leben von Gesellschaftern eines Unternehmens versichert wird, damit dem Unternehmen im Fall des Todes die Mittel zur Bezahlung des Auseinandersetzungsguthabens an die Erben zur Verfügung stehen. Aufgrund der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs stellen Prämien für Teilhaberversicherungen keine steuerlich abzugsfähigen Betriebsausgaben dar.

Eine besondere Form der betrieblichen Altersversorgung von Dienstnehmern kann durch Beitragszahlungen an betriebliche oder überbetriebliche **Pensionskassen** begründet werden. Die Dienstnehmer erwerben in diesem Fall Direktansprüche gegenüber der Pensionskasse. Die Beitragszahlungen des Dienstgebers gehören im Zeitpunkt der Zahlung nicht zum steuerpflichtigen Arbeitslohn; die **Besteuerung** erfolgt erst im Zeitpunkt der **Auszahlung der Leistungen** durch die Pensionskasse.

Pensionskassenverträge können während der Anwartschaftsphase entweder nach einem **beitragsorientierten System** (verzinsliche Ansammlung der Beiträge, die aufgezinste Summe der Beiträge wird bei Rentenbeginn nach versicherungsmathematischen Grundsätzen verrentet) oder nach einem **leistungsorientierten System** (die Pensionskasse sagt eine bestimmte Pensionsleistung zu) abgeschlossen werden. Die meisten Pensionskassenverträge sind während der Anwartschaftsphase beitragsorientierte Verträge; dabei kann allerdings ein Teil der Pensionskassenbeiträge als Risikobeitrag für zusätzliche Leistungen, die bei frühzeitigem Tod oder bei Berufsunfähigkeit des Anwartschaftsberechtigten erbracht werden, verwendet werden. Bei leistungsorientierten Verträgen, bei denen sich die Pensionskasse zu einer bestimmten Pensionsleistung verpflichtet, wird in der Regel eine Nachschussverpflichtung des Arbeitgebers vereinbart, wenn die Pensionskasse aufgrund des Ergebnisses der Veranlagungs- und Risikogemeinschaft, der der Pensionskassenvertrag angehört, die zugesagte Leistung

nicht erbringen kann; Nachschussverpflichtungen sind insbesondere dann wichtig, wenn die Pensionszusage eine Anpassung an Geldwertänderungen vorsieht.

g) **Fondsgebundene Lebensversicherungen**

Bei fondsgebundenen Lebensversicherungen erfolgt die Veranlagung der von den Versicherungsnehmern entrichteten Prämien für deren Rechnung und Risiko. Für den **Erlebensfall** wird in diesen Versicherungsverträgen keine feste Leistung vereinbart; die Leistung leitet sich vom Wert der Kapitalanlagen im Zeitpunkt der Fälligkeit ab.

Meist wird im Rahmen einer fondsgebundenen Lebensversicherung neben der aus der Kapitalveranlagung resultierenden Leistung eine bestimmte Leistung im **Todesfall** vereinbart.

Die vom Versicherungsnehmer bezahlten **Prämien** werden in drei Teile aufgespalten:

- die zur Deckung der Betriebsaufwendungen bestimmten Prämienteile
- die Risikoprämien zur Erbringung der Todesfalleistung
- die Sparprämien, die für Rechnung des Versicherungsnehmers in den vom Versicherungsnehmer ausgewählten Investmentfondsanteilen veranlagt werden.

Die Höhe der **Risikobeiträge**, die von den gesamten Beiträgen des Versicherungsnehmers abgezweigt werden, muss im Allgemeinen monatlich neu berechnet werden, da sich der Unterschied zwischen der vereinbarten Todesfalleistung und dem Anspruch auf Erlebensfalleistung (dh der Wert der dem Versicherungsnehmer zugeordneten Kapitalanlagen) ständig verändert.

Fondsgebundene Lebensversicherungen werden von den meisten österreichischen Lebensversicherungsunternehmen in derzeit allerdings meist noch sehr geringem Umfang abgeschlossen.

h) **Vorschriften des Vertragsrechtes für Lebensversicherungen**

An den **Versicherungsantrag** ist der Antragsteller 6 Wochen ab dem Tag der vertrauensärztlichen Untersuchung oder – wenn eine solche nicht vorgesehen ist – ab dem Tag der Antragstellung gebunden.

Die **Leistungspflicht des Versicherers** beginnt mit Eingang der Zahlung der Erstprämie, frühestens aber mit dem in der Polizze angegebenen Zeitpunkt des Beginns der Versicherung.

Die **erste Jahresprämie** bzw der auf ein Jahr entfallende Teil einer Einmalprämie kann vom Versicherungsunternehmen **eingeklagt** werden; die Klage muss aber innerhalb von 6 Monaten ab Fälligkeit eingebracht werden.

Die Versicherungsprämie bemisst sich nach dem **Alter des Versicherten** (Differenz zwischen Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und Kalenderjahr der Geburt); bei falscher Angabe des Alters verändert sich die Versicherungssumme entsprechend.

Folgeprämien sind innerhalb eines Monats ab Fälligkeit, Monatsprämien innerhalb von zwei Wochen ab Fälligkeit zu bezahlen. Bei **Nichtzahlung** von Folgeprämien wird unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen gemahnt. Wird innerhalb der Nachfrist die Prämie nicht bezahlt, ergeben sich folgende Konsequenzen:

- Ist der Beitrag noch nicht bis zum Ende des Versicherungsvierteljahres, in dem ein Zehntel der vereinbarten Prämienzahlungsdauer abgelaufen ist oder noch nicht für einen Zeitraum von drei Jahren bezahlt, ist der Versicherer **leistungsfrei**; er kann außerdem das Versicherungsverhältnis **fristlos kündigen**. Rückständige Prämien bis zum Ausmaß einer Jahresprämie können in jedem Fall eingeklagt werden.
- Sind dagegen die Prämien für ein Zehntel der Prämienzahlungsdauer oder für einen Zeitraum von wenigstens drei Jahren bezahlt, kann der Versicherer **fristlos kündigen**, wodurch sich die Versicherung in eine **prämienfreie** umwandelt.

Im Falle des **Todes** des Versicherten in dem Zeitraum, in dem der Versicherungsnehmer in **Verzug** ist, muss der Versicherer nur das leisten, was er im Falle der Kündigung auf den Todestag zu leisten gehabt hätte.

Wenn eine Versicherung **vinkuliert** ist, muss der durch die Vinkulierung Begünstigte von der Nichtzahlung der Prämien unterrichtet werden und es muss ihm die Möglichkeit geboten werden, den Versicherungsschutz durch Bezahlung der Prämien aufrechtzuerhalten.

Innerhalb eines Monats nach Kündigung bzw innerhalb von 6 Monaten nach Fälligkeit einer nicht bezahlten Prämie kann der Versicherungsnehmer die Wirkung der Kündigung durch Zahlung der rückständigen Prämien und Nebengebühren wieder aufheben (**Wiederinkraftsetzung** von Versicherungen).

Hat der Versicherungsnehmer bei Abschluss, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung einen ihm bekannten Umstand, der für die Übernahme der Gefahr erheblich ist, **verschwiegen oder falsch angegeben**, ist der Versicherer berechtigt innerhalb eines Monats nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten, sofern nicht bestimmte Ausschlussgründe für diesen Rücktritt vom Vertrag vorliegen.

Im Falle eines **Krieges** bestimmt die Versicherungsaufsichtsbehörde in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen sich die Haftung auch auf Todesfälle erstreckt, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kampfhandlungen oder anderen kriegerischen Ereignissen stehen.

Keine Haftung des Versicherers besteht, wenn das Ableben in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang steht:

- mit einer Teilnahme an Kampfhandlungen oder kriegerischen Unternehmungen, solange die Republik Österreich nicht in einen Krieg verwickelt ist

- mit einer Teilnahme an Aufruhr, Aufstand und Unruhen
- mit einer Teilnahme an planmäßigen Strecken- und Rundflügen in einer anderen Eigenschaft als in der Eigenschaft als Fluggast und mit einer Teilnahme an anderweitigen Flugfahrten in welcher Eigenschaft auch immer
- mit einer Teilnahme an Wettfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug oder an Trainingsfahrten mit solchen Fahrzeugen.

In solchen Fällen wird im Falle des Todes die geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung ausgezahlt.

Der Versicherer ist ferner von der Leistung frei bei **Selbstmord**, es sei denn, dass die Tat in einem die freie Willensentscheidung ausschließenden Zustand krankhafter Geistestätigkeit begangen wurde oder dass der Vertrag im Zeitpunkt des Selbstmordes schon fünf Jahre ununterbrochen in Kraft gewesen ist.

Wer eine **Leistung** aus dem Versicherungsverhältnis verlangt, hat **vorzulegen**:

- den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Prämienzahlung
- ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt des Versicherten
- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde
- ein ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache, den Beginn und Verlauf der tödlichen Krankheit und die näheren Umstände des Todes.

Der Versicherer darf den **Inhaber des Versicherungsscheines** als **berechtigt** ansehen über alle Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen; er kann aber den Nachweis der Verfügungs- und Empfangsberechtigung verlangen.

Hat der Versicherungsnehmer einen Dritten als **Bezugsberechtigten** bezeichnet so erwirbt dieser Dritte, wenn nicht anders vereinbart, ein Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles; bis dahin kann der Versicherungsnehmer über die Versicherung frei verfügen und die Bezeichnung widerrufen oder ändern. Er kann auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die Versicherungsleistung sofort erwerben soll; in diesem Fall ist eine einseitige Änderung des Bezugsberechtigten durch den Versicherungsnehmer nicht mehr möglich.

Verpfändungen oder Abtretungen sind nur wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte dem Vorstand des Versicherers schriftlich angezeigt hat.

Bei **Konkurs des Versicherungsnehmers** können Ehegatte oder Kinder des Versicherungsnehmers mit dessen Zustimmung in den Versicherungsvertrag eintreten; die Forderungen der Gläubiger sind in diesem Fall bis zur Höhe des Rückkaufswertes zu befriedigen.

Die Ansprüche aus der Versicherung **verjähren** in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

2. Die Krankenversicherung

a) Das versicherte Risiko

Durch die Krankenversicherung wird gegen die durch eine Erkrankung verursachten **Kosten und Verdienstauffälle** Versicherungsschutz gewährt.

Krankheit im Sinn der Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen **anormaler körperlicher oder geistiger Zustand** auch wenn er als Folge eines Unfalls eintritt. Der Krankheitsbegriff ist ein objektiver (nach medizinischen Begriffen), kein subjektiver (nicht das subjektive Krankheitsempfinden des Versicherten ist maßgeblich).

Der **Versicherungsschutz** gilt nur für Krankheiten, die während des Bestandes der Versicherung entstehen. Er erstreckt sich jedoch auch auf vorvertragliche Erkrankungen, wenn die Wartezeiten erfüllt sind, in der Versicherungspolizze kein Haftungsausschluss vermerkt ist und keine Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt. Auch bei Verletzung der Anzeigepflicht ist die Leistungsfreiheit des Versicherers nicht gegeben, wenn die Heilbehandlung nach fünfjähriger Versicherungsdauer erfolgt (Ausnahme: Lues, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Zuckerkrankheit und Folgeerscheinungen dieser Erkrankungen).

Krankheiten und Unfälle (und deren Folgen), die durch **Kriegsereignisse** und durch **aktive Beteiligung an Unruhen** oder an **Sportveranstaltungen** (Leichtathletik ausgenommen) entstehen, begründen **keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen**. Dasselbe gilt für Krankheiten, die vorsätzlich bei Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder durch missbräuchlichen Genuss von Alkohol und Suchtgiften entstehen. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen ferner Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung eines Krankheitszustandes erforderlich sind, insbesondere kosmetische Behandlungen und deren Folgen. Ebenso besteht kein Anspruch auf Leistungen für Krankenhausaufenthalte, die zum Zwecke einer Sickenbehandlung oder -verwahrung oder aus Mangel an häuslicher Pflege erfolgen.

Die Leistungen für **stationäre Spitalbehandlungen** sind im Allgemeinen auf eine bestimmte Anzahl von Tagen pro Versicherungsjahr beschränkt; die Anzahl der Tage erhöht sich mit zunehmender Versicherungsdauer.

Bei Erkrankung während eines vorübergehenden Aufenthaltes **im Ausland** beschränken sich die Leistungen innerhalb eines Versicherungsjahres auf die Dauer von einem Monat ab Beginn der Behandlung.

b) Die Arten von Krankenversicherungen

Man unterscheidet

- **Heilkostenversicherungen**, durch die alle Krankheitskosten versichert werden,

- **Zusatzversicherungen** (Spital-, Operationskosten- und Ambulanzkostenversicherungen), durch die die Kosten des Spitalsaufenthaltes und von Operationen versichert werden und
- **Spitalgeld-, Taggeld- und Sterbegeldversicherungen** (Summenversicherungen), durch die bei Krankheit, Spitalsaufenthalt oder Tod die im Vertrag bestimmten Geldleistungen erbracht werden.

In den Tarifen für Zusatzversicherungen können neben der Versicherung von Spital- und Operationskosten auch weitere Leistungen (Ersatz der Krankentransportkosten, Entbindungsgeld, Zuschuss zu den Kosten von Kuraufhalten) vorgesehen werden.

Für bestimmte versicherte Risiken kann anstelle des Ersatzes der nachgewiesenen Kosten die Zahlung von **Pauschalbeträgen** vereinbart werden.

Zusatzversicherungen mit Kostengarantie sehen vor, dass der Versicherer in den Vertragsspitälern bei Spitalaufenthalt und bei Operationen die gesamte Differenz zwischen den Gesamtkosten und den von der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen trägt.

Die Prämien für Versicherungen, die einen Ersatz der tatsächlich anfallenden Krankheitskosten vorsehen, können bei Änderungen der Tarife für Spitalaufenthalte und ärztliche Leistungen an die neue Kostensituation **angepasst** werden. Die Prämienanpassungen mussten in der Vergangenheit von der Versicherungsaufsichtsbehörde genehmigt werden. Nunmehr können sie von den Versicherungsunternehmen autonom festgesetzt werden; einzelne Versicherungsnehmer und bestimmte Verbände können jedoch mit Wirkung für alle Versicherten bei Gericht Einwendungen gegen die Angemessenheit der vom Versicherungsunternehmen vorgenommenen Prämienanpassung erheben.

In den Versicherungsbedingungen für **Operationskostenversicherungen** werden die Operationen je nach ihrer Schwere in sieben Gruppen eingeteilt, für die jeweils Höchstentschädigungen vorgesehen sind.

Bei **Taggeldversicherungen** besteht die Gefahr von Überversicherungen. Taggeldversicherungen sollen nur bis zur Höhe von maximal 50 % des Arbeitseinkommens pro Tag abgeschlossen werden.

Neben Einzelversicherungen kommen in der Krankenversicherung in größerem Umfang **Gruppenversicherungen** vor; es handelt sich dabei in der Hauptsache um Gruppenversicherungen für Mitarbeiter von Unternehmen. Die Prämien für Gruppenversicherungen sind wegen niedrigerer Verwaltungskosten niedriger als die Prämien für Einzelversicherungen. Durch die VVG-Novelle 1994 wurde festgelegt, dass Gruppenversicherte bei Ausscheiden aus der Gruppe die Versicherung zu dem Prämiensatz, der für sie gelten würde, wenn sie im Zeitpunkt des Beitritts in die Gruppenversicherung eine Einzelversicherung abgeschlossen hätten, in Form einer Einzelversicherung fortsetzen können. Für Gruppenversicherungen müssen daher in gleicher Weise Alterungsrückstellungen gebildet werden wie für Einzelversicherungen.

c) Vorschriften des Vertragsrechtes für Krankenversicherungen

Versicherungsfähig sind in **Österreich wohnende gesunde Personen**, die die in den jeweiligen Tarifen vorgesehene **Altersgrenze** noch nicht überschritten haben. In manchen Tarifen ist vorgesehen, dass Familienangehörige (Ehegatten und Kinder, die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben) zu besonderen (niedrigeren) Prämienätzen versichert werden können.

An den **Antrag** ist der Antragsteller für die Dauer von 6 Wochen gebunden. Durch die Fertigung des Antrags erteilt der Antragsteller dem Versicherer die Befugnis bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, anderen Versicherungsunternehmen und Behörden) die für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuholen; er ermächtigt diese Dritten, die entsprechenden Auskünfte an den Versicherer zu erteilen.

Die **Leistungspflicht** des Versicherers beginnt nach Annahme des Antrags und Zahlung der ersten Prämie, aber nicht vor dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt und nicht vor Ablauf der in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.

Die **allgemeine Wartezeit** beträgt drei Monate von dem in der Police angegebenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Für bestimmte operative Behandlungen beträgt die Wartezeit 12 Monate, für Entbindungen beträgt sie 9 Monate. Die Wartezeit entfällt bei Folgen von Unfällen und bei verschiedenen akuten Infektionskrankheiten sowie bei Ehegatten und neugeborenen Kindern des Versicherten, wenn die Mitversicherung innerhalb von einem Monat nach Eheschließung oder Geburt beantragt wird. Für betriebliche Gruppenversicherungen gelten verkürzte Wartezeiten, wenn ein neu eingetretener Dienstnehmer innerhalb einer kurzen Frist nach Begründung des Dienstverhältnisses der Gruppenversicherung beitrifft.

Die Versicherung wird auf **unbestimmte Zeit** abgeschlossen. Sie kann vom Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist **gekündigt** werden. Ein außerordentliches Kündigungsrecht steht dem Versicherungsnehmer überdies zu, wenn die Versicherungsleistungen herabgesetzt oder die Prämien erhöht werden; dieses Recht muss innerhalb eines Monats ausgeübt werden.

Das Versicherungsverhältnis wird durch Kündigung durch den Versicherungsnehmer, durch Kündigung durch das Versicherungsunternehmen und durch Rücktritt, Anfechtung und fristlose Kündigung durch das Versicherungsunternehmen **beendet**; hinsichtlich des betroffenen Versicherten endet es ferner durch Tod, durch Verlegung des Wohnsitzes in das Ausland bzw durch dauernden Aufenthalt im Ausland und durch einen länger als drei Monate dauernden Aufenthalt in einer Irrenanstalt oder in einer öffentlichen Versorgungsanstalt.

Die Kündigung kann sich auch auf einzelne Personen beschränken; das Versicherungsunternehmen kann in diesem Fall auch den Vertrag für die übrigen Personen kündigen.

Das **Versicherungsunternehmen** kann das Versicherungsverhältnis zur Gänze oder für einzelne Personen innerhalb der ersten drei Jahre nach Vertragsabschluss mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Nach dreijähriger Dauer des

Versicherungsverhältnisses ist eine Kündigung durch das Versicherungsunternehmen nicht mehr zulässig.

Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person bei Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung einer Versicherung die **Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände verletzt**, kann der Versicherer innerhalb eines Monats nach Kenntnis vom Vertrag zurücktreten. Bei schuldloser Verletzung einer Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen.

Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses durch wissentlich falsche Angaben **Versicherungsleistungen erschleicht** oder zu erschleichen versucht, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt das Versicherungsverhältnis fristlos zu kündigen.

Die Prämien für Krankenversicherungen werden meist in **Monatsraten** eingehoben; bei Vertragsbeendigung werden die auf die Zeit bis zur Beendigung des Versicherungsvertrags entfallenden Prämien geschuldet.

Wird die **Erstprämie bei Fälligkeit nicht** bezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Ist die Prämie vor Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht bezahlt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

Wird eine **Folgeprämie bei Fälligkeit nicht** bezahlt so kann das Versicherungsunternehmen den Versicherungsnehmer unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen zur Zahlung auffordern. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist die Prämie in diesem Zeitpunkt noch nicht bezahlt, so ist der Versicherer von der **Verpflichtung zur Leistung frei**. Nach Bezahlung der rückständigen Prämien und Kosten lebt die Leistungspflicht für danach eintretende Versicherungsfälle wieder auf. Bei Nichtzahlung eines Teiles der Prämien ergibt sich eine teilweise Leistungsfreiheit des Versicherungsunternehmens.

Nach Ablauf der Zahlungsfrist ist das **Versicherungsunternehmen** berechtigt den Vertrag zu **kündigen**; die Wirkung der Kündigung fällt allerdings fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung die Zahlung nachholt.

Der Anspruch auf eine vom Versicherungsunternehmen **abgelehnte Leistung** muss innerhalb von sechs Monaten nach Ablehnung **gerichtlich geltend** gemacht werden. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen **verjähren** innerhalb von drei Jahren nach Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistung verlangt werden konnte.

Wenn ein Versicherungsnehmer in eine andere private oder gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen wird, hat er dies **dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen**.

Dauert eine Krankheit, für die eine Versicherungsleistung in Anspruch genommen wird, **ein Jahr**, dann erlischt der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen für diese Krankheit; nach Ablauf von drei Versicherungsjahren werden allerdings für ein weiteres Jahr die halben tariflichen Leistungen erbracht. Eine **neuerliche Behandlung** derselben Krankheit gilt als neue Krankheit, wenn seit der letzten Heilbehandlung mehr als sechs Monate verstrichen sind.

3. Die Unfallversicherung

a) Das versicherte Risiko

Als **Unfall** im Sinne der Unfallversicherung gilt jedes **vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis**, das **plötzlich von außen mechanisch oder chemisch** auf seinen Körper einwirkend eine **körperliche Schädigung** oder den **Tod** des Versicherten nach sich zieht.

Als Unfälle im Sinne der Versicherungsbedingungen **gelten auch** das Ertrinken, Verrenkungen, Zerrungen und Zerreissungen (jedoch nicht der inneren Organe und Gefäße) infolge plötzlicher ungewohnter Kraftanstrengungen sowie Tod und körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag und elektrische Ströme, Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung, das Einatmen von Gasen und Vergiftungen oder Verätzungen infolge des Einnehmens von giftigen und ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen oder dass es sich um körperliche Schädigungen durch Einnehmen von Arzneien und Nahrungs- und Genussmitteln handelt.

Als Unfall **gelten nicht Krankheiten** aller Art (insbesondere Berufs- und Gewerbekrankheiten, Malaria, Flecktyphus und sonstige übertragbare Krankheiten), körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Strahlen (Ausnahme: wenn der Versicherte diesen Einflüssen bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war) und körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Licht, Temperatur und Witterung (Ausnahme: wenn der Versicherte diesen Einflüssen oder Einwirkungen durch einen Versicherungsfall oder bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war).

Werden die **Unfallfolgen** durch nicht mit dem Unfall zusammenhängende **Krankheiten und Gebrechen beeinflusst**, so erfolgt eine Kürzung der Leistung. Dasselbe gilt wenn Körperteile oder Organe von einem Unfall betroffen waren, die bereits vor dem Unfall ganz oder teilweise verkrüppelt, verstümmelt oder gebrauchsunfähig waren oder wenn sich durch die Unfallfolgen ein bestehendes organisches Leiden verschlechtert.

Für **psychische und nervöse Störungen** wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit die Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine Epilepsie, die durch den Unfall erstmalig entstanden ist, zurückzuführen sind.

Von der Versicherung **ausgeschlossen** sind:

- Unfälle im Zusammenhang mit Kriegsereignissen und im Zusammenhang mit Auflauf, Aufstand, Aufruhr und öffentlicher Gewalttätigkeit, wenn der Versicherte daran aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat
- Unfälle, die der Versicherte bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die böser Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist

- Unfälle des Versicherten als Lenker von Kraftfahrzeugen ohne Führerschein oder bei Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeit ankommt (einschließlich Übungsfahrten)
- Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen (ausgenommen als Fluggast eines zum zivilen Flugverkehr zugelassenen Motor- oder Strahlflugzeuges oder als ziviler Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges), bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen
- Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder durch Schlaganfall und durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen (auch durch Alkohol- und Rauschgifteinfluss) herbeigeführt wurden; Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge
- Körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu Anlass war. Der Versicherer haftet jedoch für Unfälle beim Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und harter Haut
- Bauch- und Unterleibsbrüche, Wasserbrüche, Unterschenkelgeschwüre, Bandscheibenhernien, Krampfadern, Darmverschlüßungen und Blinddarmentzündungen gelten nicht als Unfallfolgen.

Der Unfallschutz gilt für die **ganze Erde**.

Nicht versicherungsfähig sind **Kinder bis zum zweiten Lebensjahr** und bestimmte Gruppen von **behinderten Personen**.

b) Arten von Unfallversicherungen

Durch Unfallversicherungen können Leistungen bei **Tod** und **dauernder Invalidität** (Summenversicherungen), der Ersatz von unfallbedingten **Heilkosten** (Summen- und Schadenversicherungen) und der Ersatz von **Verdienstaussfall** (Taggelder) versichert werden. Es handelt sich grundsätzlich um die gleichen Leistungen, die auch durch Lebens- und Krankenversicherungen versichert werden, aber eingeschränkt auf Ereignisse, die durch einen Unfall ausgelöst werden. Die Prämien sind daher wesentlich niedriger als die Prämien für Lebens- und Krankenversicherungen.

Neben Einzel-Unfallversicherungen kommen in erheblichem Maße auch **Gruppen-Unfallversicherungen** vor. Es gibt eine Art von betrieblichen Gruppen-Unfallversicherungen, bei denen die versicherten Personen dem Versicherer nicht namentlich bekanntgegeben werden müssen und bei denen die Versicherungssummen in einer bestimmten Relation zu den Bezügen stehen. Dem Versicherungsunternehmen ist – für die endgültige Prämienbemessung – am Ende eines jeden Jahres die Summe der Bezüge der in die Versicherung einbezogenen Personen zu melden.

Mit Lebensversicherungen **kombinierte Unfallversicherungen** haben meist dieselbe Laufzeit wie die Lebensversicherungen; ansonsten sind zehnjährige Verträge üblich. Daneben kommen

aber auch kurzfristige Unfallversicherungen, hauptsächlich im Zusammenhang mit Reisen, vor.

Der **Versicherungsschutz** von Unfallversicherungen kann auch auf Unfälle, die bei bestimmten Betätigungen entstehen (zB **Freizeitunfälle**, dh Unfälle, die nicht als Arbeitsunfälle gelten; **Verkehrsunfälle**, die im Zusammenhang mit dem Lenken, Benützen, Be- und Entladen von Kraftfahrzeugen, Schienen- und Wasserfahrzeugen, beim Rad fahren oder beim Gehen durch Berührung mit Fahrzeugen entstehen) **eingeschränkt** werden.

Eine besondere Form von Unfallversicherungen sind **Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherungen**. Bei diesen Versicherungen sind nicht bestimmte Personen versichert, sondern jeweils jene Personen, welche als Insassen des versicherten Kraftfahrzeuges durch einen Unfall geschädigt werden.

Eine weitere Sonderform der Unfallversicherung ist die **Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr**, bei der die während der Vertragslaufzeit entrichteten Prämien am Ende des Vertrages (bei Ablauf oder bei vorzeitigem Tod) wieder rückerstattet werden. Die Schäden und Kosten für diese Versicherungen werden aus den rechnungsmäßigen Kapitalerträgen, die für die veranlagten Prämien anfallen, gedeckt.

Volksunfallversicherungen sehen Leistungen bei Tod, dauernder Invalidität und bei Spitalaufenthalt (Spitalgeld) vor, wobei jedoch die Versicherungssummen (auch für mehrere Versicherungen bei mehreren Versicherern) verhältnismäßig niedrige Grenzen nicht übersteigen dürfen.

Die **für den Todesfall versicherte Summe** wird bezahlt, wenn der Tod innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet als Folge des Unfalls eintritt. Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis erbracht wurden, werden auf die Todesfalleistung angerechnet.

Ergibt sich innerhalb eines Jahres (vom Unfalltag an gerechnet), dass eine **dauernde Invalidität zurückbleibt**, so ist aus der hierfür versicherten Summe die dem Grad der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung zu erbringen. Soweit der Grad der Invalidität nicht eindeutig feststeht, kann sie der Versicherer bis längstens vier Jahre vom Unfalltag an jährlich auf seine Kosten neu feststellen lassen. Für den **Verlust von Gliedmaßen**, der Sehkraft, des Gehörs und des Geruchs- und Geschmacksinns sind in den Versicherungsbedingungen Pauschalsätze für den Invaliditätsgrad festgesetzt (sogenannte Gliedertaxe); der Nachweis einer höheren oder geringeren Arbeitsunfähigkeit ist in diesen Fällen ausgeschlossen.

Ansonsten ist bei der Bemessung des **Invaliditätsgrades** in Betracht zu ziehen, inwieweit der Versicherte imstande ist Erwerb durch einen Beruf (eine Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann.

In den meisten Unfallversicherungsverträgen ist vorgesehen, dass bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 % für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte oder sogar noch eine höhere Leistung erbracht.

Taggeld wird im Falle einer dauernden und vorübergehenden Invalidität im Rahmen des hierfür versicherten Betrages – abgestuft nach dem Grad der Arbeitsfähigkeit des Versicherten – für die Dauer der Heilbehandlung, höchstens aber für die Dauer von 365 Tagen bezahlt.

Bis zur Höhe der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme werden innerhalb eines Jahres nach dem Unfall zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendete **Heilkosten** (soweit sie nicht von einem Sozial- oder Privatversicherer ersetzt werden) sowie **Bergungskosten und Rückholkosten ersetzt**.

Für die nachgewiesene Dauer des Spitalaufenthaltes aufgrund eines Unfalles kann neben den sonstigen versicherten Leistungen für einen Spitalaufenthalt **Spitalgeld** versichert werden. Dieses wird höchstens für einen Zeitraum von 365 Tagen (ab dem Unfalltag gerechnet) bezahlt.

Im Zusammenhang mit Spitalgeld kann auch **Genesungsgeld** für die Zeit nach dem Spitalaufenthalt (gleiche Anzahl von Tagen wie Spitalgeld, höchstens aber 100 Tage) versichert werden. Das Genesungsgeld beträgt für den ersten bis zehnten Tag 100 %, für den 11. bis 20. Tag 50 % und für den 21. bis 100. Tag 25 % des Spitalgeldes.

Im Invaliditätsfall tritt **an die Stelle der Kapitalzahlung** eine unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende **Rente**,

- wenn der Versicherte dies innerhalb von 8 Tagen nach endgültiger Anerkennung der Leistungspflicht wünscht,
- wenn der Versicherte am Unfalltag das 70. Lebensjahr bereits vollendet hat oder
- wenn die dauernde Invalidität in einer nervösen Erkrankung oder Geisteskrankheit besteht.

c) **Vorschriften des Vertragsrechts für Unfallversicherungen**

Änderungen des im Antrag angeführten **Berufs** oder der im Antrag angegebenen **Beschäftigung** des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen sind ohne Einfluss auf den Fortbestand der Versicherung.

Ergibt sich aufgrund des neuen Berufs bzw der neuen Beschäftigung eine höhere Prämie, dann reduziert sich, wenn innerhalb von drei Monaten keine Einigung über die neue Prämie gefunden wird, die **Versicherungssumme** im Verhältnis zwischen alter und neuer Prämie.

Eine **Verschlechterung des Gesundheitszustandes** ist für den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses ohne Einfluss, sofern dadurch nicht die Versicherungsfähigkeit erlischt.

Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen und darüber, in welchem Umfang der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit und Gebrechen entscheidet eine **Ärzt Kommission**.

Eine Unfallversicherung kann sowohl gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer als auch gegen **Unfälle, die einem Dritten zustoßen**, abgeschlossen werden. Für eine Versicherung gegen Unfälle eines Dritten für Rechnung des Versicherungsnehmers ist die schriftliche Einwilligung des Dritten erforderlich.

Als **Versicherungsperiode** gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für einen kürzeren Zeitraum abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres. Kündigt der Versicherungsnehmer wegen Verweigerung oder Verzögerung eines begründeten Versicherungsanspruchs durch den Versicherer oder erlischt der Vertrag wegen Todes oder Versicherungsunfähigkeit, gebührt dem Versicherer die Prämie für den Zeitraum, für den er das Risiko getragen hat.

Der Vertrag endet ohne Kündigung und trotz Prämienzahlung, wenn der Versicherte versicherungsunfähig geworden ist. **Versicherungsunfähigkeit** tritt ein bei Epilepsie, schwerem Nervenleiden, Geisteskrankheit, Blindheit, Taubheit, Lähmung und mehr als 70 %iger Invalidität.

4. Die Feuerversicherung

a) Das versicherte Risiko

Versicherungsschutz wird gewährt gegen die **Schäden durch Brand, Blitzschlag und Explosion**.

Als **Brand** gilt ein Feuer, das ohne bestimmungsgemäßen Herd entsteht oder ihn verlässt und sich aus eigener Kraft auszubereiten vermag.

Nicht als Brand gilt:

- wenn versicherte Sachen dadurch zerstört oder beschädigt werden, dass sie (zB beim Bügeln, Trocknen, Räuchern, Rösten, Kochen, Braten) der Einwirkung des Feuers, des Rauchs oder der Wärme ausgesetzt werden oder dass sie in einen Feuerherd (Ofen bzw Herd) fallen oder geworfen werden
- wenn der Schaden durch ein Feuer hervorgerufen wird, das sich nicht selbst auszubereiten vermag (Sengschäden durch Beleuchtungs- oder Heizungskörper, brennenden Tabak, glimmende Kohlenstücke)
- die Zerstörung oder Beschädigung von versicherten elektrischen Maschinen, Apparaten und Einrichtungen durch die Energie des elektrischen Stromes (mit oder ohne Lichterscheinung)

Als **Blitzschlagschäden** gelten nur solche Schäden, die an den versicherten Gebäuden oder an im Freien befindlichen versicherten beweglichen Sachen durch die Kraft und Wärmewirkung des in sie einschlagenden Blitzes entstehen bzw an den in einem Gebäude befindlichen versicherten Sachen durch die Wirkung des Blitzschlags hervorgerufen werden, sofern am Gebäude schädigende Wirkungen des Blitzes entstanden sind.

Bei versicherten elektrischen Maschinen, Apparaten und Einrichtungen haftet der Versicherer nicht für Schäden, die durch **Überspannung oder Induktion** entstanden sind.

Als **Explosion** gilt eine auf den Ausdehnungsbestrebungen von Gasen und Dämpfen beruhende plötzliche Kraftäußerung. Eine Explosion eines Behälters liegt nur vor, wenn seine Wandung in einem solchen Ausmaß zerrissen wird, dass ein plötzlicher Ausgleich von Druckunterschieden innerhalb und außerhalb des Behälters stattfindet. Nicht als Explosion gilt, wenn versicherte Sachen durch Schleuderbruch, Wasserschlag, Rohrreißer oder andere mechanische Betriebsauswirkungen beschädigt oder zerstört werden. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind auch Schäden an Verbrennungskraftmaschinen, die durch die im Verbrennungsraum auftretenden Explosionen entstehen und Schäden an elektrischen Leistungshaltern, die durch den in ihnen bereits vorhandenen oder sich bildenden Gasdruck entstehen.

Der Versicherer ersetzt den **Wert bzw die Wertminderung** der zerstörten oder beschädigten Sachen, wenn die Zerstörung oder Beschädigung auf der **unmittelbaren Einwirkung der Schadenereignisse** beruht oder die **unvermeidliche Folge** eines solchen Ereignisses ist oder bei dem Brand durch Löschen, Niederreißen und Ausräumen verursacht wird.

Ersetzt werden ferner der **Wert der versicherten Sachen**, die bei einem Schadenereignis **abhanden gekommen** sind, die **Aufwendungen** des Versicherungsnehmers zur **Schadenabwendung oder Schadenminderung** (auch erfolglose Aufwendungen, wenn der Versicherungsnehmer sie für geboten halten durfte), **Zertrümmerungsschäden** durch Absturz und Anprall von bemannten Luftfahrzeugen und von Teilen und der Ladung solcher Fahrzeuge und Schäden durch **Entgang von Mieten bei Wohngebäudeversicherungen**.

Als Mietwert gilt bei Wohngebäuden der gesetzliche oder ortsübliche Mietzins für Wohnungen gleicher Art, Größe und Lage. Die Entschädigung ist auf den nachgewiesenen Schaden beschränkt und wird höchstens für die Dauer von 6 Monaten nach Eintritt des Schadenfalles gewährt.

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung haftet der Versicherer bei Versicherung von **industriellen und gewerblichen Anlagen** für Schäden durch Explosion von Sprengstoffen, für den Entgang an Gewinn und für Aufräumkosten, Abbruchkosten, Feuerlöschkosten, Demontage- und Remontagekosten (Ausnahme: in die Versicherung von Wohngebäuden sind Aufräumkosten bis zu 1 % der Versicherungssumme eingeschlossen). Wenn für die zuletzt genannten Kosten im Vertrag eine Versicherungssumme festgesetzt wird, handelt es sich insoweit um eine Erstrisikoversicherung.

Im Falle von **Kriegsereignissen**, inneren Unruhen, Erdbeben, Erdbeben, Bodensenkung, unterirdischem Feuer und **außergewöhnlichen Naturereignissen** und im Falle von Ereignissen, welche einer schädigenden Wirkung der Kernenergie zuzuschreiben sind, haftet der Versicherer nur, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Schaden mit diesen Ereignissen oder deren Folgezuständen weder unmittelbar noch mittelbar im Zusammenhang steht.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind nur **dem Versicherungsnehmer gehörende Sachen** und vom Versicherungsnehmer gekaufte Sachen, die **unter Eigentumsvorbehalt übergeben** wurden sowie dem Versicherungsnehmer **verpfändete** Sachen versichert.

Die Versicherung von **Arbeitsgerät und Arbeitskleidern** erstreckt sich auch auf die Sachen von Familienangehörigen und von Arbeitnehmern, die am Versicherungsort ihren Beruf ausüben.

Geld, unbearbeitete Edelmetalle, ungefasste Perlen und Edelsteine sowie Wertpapiere und Urkunden sind nur versichert, wenn dies besonders vereinbart ist.

Bei **Gebäuden** erstreckt sich die Versicherung auf den Bauwert; zu diesem gehören nicht die unter dem Erdniveau befindlichen Fundamente, Grundmauern und tragenden Kellermauern.

Elektro-, Gas- und Wasserinstallationen samt Messgeräten, Beheizungs-, Sanitär- und Blitzschutzanlagen sowie Aufzüge, die dem Hauseigentümer gehören, sind bei zivilen Objekten **Baubestandteile**. Bei industriellen und gewerblich genutzten Objekten zählen sie nicht zu den Baubestandteilen sondern zur Betriebseinrichtung. Bei landwirtschaftlichen Objekten sind sie dann mit dem Gebäude versichert, wenn sie nicht gewerblichen Zwecken dienen.

Bewegliche Sachen sind nur in den Räumen versichert, die in der Polizzae verzeichnet sind (Versicherungsort). Bei vorübergehender Entfernung vom Versicherungsort ruht der Versicherungsschutz, bei dauernder Entfernung erlischt insoweit der Versicherungsvertrag.

b) **Ausmaß der Entschädigung**

Der Ermittlung der Ersatzleistung wird der **Versicherungswert** im Zeitpunkt des Eintritts des Schadenfalls, bei beschädigten Sachen der Unterschied zwischen diesem Wert und dem Wert der Reste, bei dessen Ermittlung die Verwendbarkeit der Reste für die Wiederherstellung zu berücksichtigen ist, zugrundelegt.

Als **Ersatzwert** gelten:

- bei **Gebäuden** der ortsübliche Bauwert unter Abzug eines dem Gebäudezustand (insbesondere Alter und Abnutzung) entsprechenden Betrags. Wird das Gebäude nicht innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Schadentag, wiederaufgebaut, ist höchstens der Verkehrswert (bei Teilschäden der anteilige Verkehrswert) zu ersetzen. Als Wiederherstellung gilt die Herstellung von Gebäuden, die dem gleichen Betriebszweck dienen; ist die Wiederherstellung an der gleichen Stelle nachweislich behördlich verboten, genügt die Wiederherstellung an einer anderen Stelle desselben Gemeindegebietes;
- bei **beweglichen Anlagen** die Wiederbeschaffungskosten unter billiger Berücksichtigung der aus dem Unterschied zwischen alt und neu sich ergebenden Wertänderung;

- bei **halbfertigen und fertigen Erzeugnissen** die Wiederherstellungskosten, höchstens jedoch der Verkaufspreis abzüglich der ersparten Kosten;
- bei **Handelswaren und Rohstoffen** die Wiederbeschaffungskosten, höchstens jedoch (bei Handelswaren) der Verkaufspreis abzüglich der ersparten Kosten.

Maßgeblich sind die **Preise bzw die Kosten der Neuherstellung im Zeitpunkt des Schadenfalles**.

Bei Vermögensgegenständen, die infolge einer nicht durch den Schadenfall verursachten Beschädigung, infolge Veralterung oder infolge dauernden Betriebsstillstandes **entwertet** waren, gilt der geringere Wert als Ersatzwert.

Bei Sachen von **historischem oder künstlerischem Wert**, bei denen die Alterung im Allgemeinen zu keiner Entwertung führt, wird der Verkehrswert vergütet.

Ein persönlicher **Liebhaberwert** wird bei der Ermittlung des Ersatzwertes nicht berücksichtigt.

Der **Ersatz von Aufwendungen zur Abwendung und Minderung des Schadens** und die **Entschädigung für den Feuerschaden** dürfen **zusammen die Versicherungssumme** nicht übersteigen, soweit die Aufwendungen nicht auf Weisung des Versicherers erfolgt sind.

Die Ersatzpflicht ist **für jeden Posten** durch die für den betreffenden Posten angeführte **Versicherungssumme** begrenzt.

Eine **Neuwertversicherung** ist möglich, wenn der Zeitwert einer Sache nicht weniger als 40 % (industrielle Wirtschaftsgüter) bzw 50 % (zivile Wirtschaftsgüter) des Neuwerts beträgt. Ist der Zeitwert bei industriellen Wirtschaftsgütern niedriger als 70 % des Neuwerts, dann werden 98 % des Neuwerts ersetzt; ist er niedriger als 41 % des Neuwerts, werden 80 % des Neuwerts ersetzt. Bei Gebäuden, die nicht industriellen oder gewerblichen Zwecken dienen, beträgt die Entschädigung, wenn der Zeitwert weniger als 80 % des Neuwerts beträgt, 95 % des Neuwerts und wenn der Zeitwert weniger als 55 % des Neuwerts beträgt, 70 % des Neuwerts.

Der den Zeitwert übersteigende Teil der Entschädigung wird nur bezahlt, wenn das Gebäude an derselben Stelle wiedererrichtet wird und Maschinen und Einrichtungen für den gleichen Betriebszweck wiederbeschafft werden.

Bei **Vorräten** besteht die Möglichkeit der Vereinbarung einer **Verkaufswertklausel**. In diesem Fall wird auch der durch die Vernichtung der Vorräte entgangene Gewinn ersetzt.

Bei Ersatz der **Wiederherstellungskosten** sind auch die **anteiligen Fixkosten** (einschließlich der Verwaltung und des Vertriebs), die bei Vollauslastung der Kapazität anfallen, zu berücksichtigen.

c) **Vorschriften des Vertragsrechts für Feuerversicherungen**

Tritt nach Abschluss einer Versicherung eine **Gefahrenerhöhung** ein, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Pflicht zur Meldung einer Gefahrenerhöhung, die ohne sein Wissen und seinen Willen eingetreten ist (eine wissentliche Gefahrenerhöhung ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht zulässig), ist der Versicherer nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Verletzt der Versicherungsnehmer gesetzliche, polizeiliche oder vereinbarte **Sicherheitsvorschriften** oder duldet er ihre Verletzung, kann der Versicherer innerhalb eines Monats nach dem Zeitpunkt, in dem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, den Versicherungsvertrag kündigen. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Schadenfall nach einer solchen Verletzung eintritt und die Verletzung auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers beruht, es sei denn, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Schadens hatte.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der **Einlösung der Polizze**, nicht aber vor dem darin festgesetzten Zeitpunkt. Wird die Erstprämie erst nach diesem Zeitpunkt eingefordert, dann aber ohne Verzug bezahlt, beginnt der Versicherungsschutz in dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkt.

Endet das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit, gebührt dem Versicherer die Prämie für die laufende Versicherungsperiode, es sei denn, das Versicherungsverhältnis endet wegen des Wegfalles des Interesses ohne dass ein Schadenfall eingetreten ist.

Die endgültige Verrechnung der **Prämien für Vorräte** kann in der Regel erst im Nachhinein aufgrund der Meldungen über den Stand der Vorräte zu den im Versicherungsvertrag festgelegten Stichtagen erfolgen.

Schließt der Versicherungsnehmer für das versicherte Interesse **bei einem anderen Versicherer** eine Versicherung gegen dieselben Gefahren ab, hat er dem Versicherer unverzüglich den anderen Versicherer und die Versicherungssumme zu melden. Der Versicherer kann in diesem Fall die Versicherung mit einmonatiger Frist kündigen.

Ist für ein versichertes Risiko ein Selbstbehalt vereinbart, darf der Versicherungsnehmer für den **Selbstbehalt keine andere Versicherung** abschließen. Bei Verletzung dieser Verpflichtung wird die Entschädigung entsprechend gekürzt, sodass der vereinbarte Selbstbehalt für den Versicherungsnehmer verbleibt.

Nach **Eröffnung des Konkurses** oder des **Ausgleichsverfahrens** über das Vermögen und nach Anordnung der Zwangsverwaltung über eine Liegenschaft des Versicherungsnehmers kann der Versicherer den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Wenn der Versicherungsnehmer oder eine der in leitender Stellung für die Betriebsführung verantwortlichen Personen einen Schaden **vorsätzlich oder in grob fahrlässiger Weise** herbeiführt oder sich bei der Ermittlung des Schadens oder der Entschädigung einer **arglisten**

Täuschung schuldig macht, ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber von jeder Verpflichtung zur Leistung aus diesem Schadenfall frei.

Kündigt der Versicherungsnehmer anlässlich eines Schadenfalles, gebührt dem Versicherer die gesamte Prämie für die laufende Versicherungsperiode. Kündigt der Versicherer, gebührt ihm jener Teil der gesamten Prämie für die laufende Versicherungsperiode, der auf den dem Schaden entsprechenden Teil der Versicherungssumme entfällt.

Vom Schadentag an vermindert sich die Versicherungssumme für den **Rest der Versicherungsperiode** um den Betrag der Entschädigung. Für spätere Versicherungsperioden gelten wieder die ursprüngliche Versicherungssumme und Prämie, wenn sich nicht aus den Umständen etwas anderes ergibt. Die Verminderung der Versicherungssumme für den Rest der Versicherungsperiode kann durch eine **Nachtragsprämie** ausgeglichen werden.

Bei der **Berechnung einer Unterversicherung** sind außerhalb des Versicherungsortes befindliche Sachen nur dann zu berücksichtigen, wenn der Versicherer infolge besonderer Vereinbarungen auch außerhalb des Versicherungsortes für sie haftet.

Bei Wohngebäuden wird im Schadenfall eine Unterversicherung nicht berücksichtigt, soweit sie nicht 5 % der Versicherungssumme übersteigt.