

DIE VERSICHERUNGS RUNDSCHAU

Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen

48. JAHRGANG

DEZEMBER 1993

NR. 12

Gesundheitsökonomie — eine junge Disziplin mit großen Aufgaben*

von PROF. DR. J.-MATTHIAS GRAF V. D. SCHULENBURG**

I. Einführung

A. Wozu brauchen wir Gesundheitsökonomie?

Mit einem Anteil von ca 10% des Bruttosozialproduktes gehört das Gesundheitswesen zu den größten Sektoren der Wirtschaft. Für Gesundheitsleistungen wird fast viermal so viel ausgegeben wie für die Landesverteidigung, mehr als für Schul- und Universitätsausbildung, Ernährung oder das liebste Kind des Bürgers: das Auto.

Aber das Gesundheitswesen ist nicht nur einer der größten Sektoren, es ist auch einer der am meisten regulierten Sektoren: staatliche Maßnahmen, Gesetze, Verordnungen und sozialpolitische Programme beeinflussen die Finanzierung, Allokation und Verteilung der im Gesundheitswesen eingesetzten Ressourcen in einem wesentlichen Maße.¹ Dort wo Märkte vorhanden sind, spielen sie im Gesundheitswesen eine eher untergeordnete Rolle. Sie sind Instrumente der übergeordneten Gesundheitspolitik, steuern aber nicht selbst die Angebotsstruktur und den Angebotsumfang.

Es ist daher letztlich eine öffentliche Aufgabe, zu bestimmen, welche Gesundheitsleistungen in welchem Umfang für welche Indikationen und Patientengruppen produziert werden. Die Lösung dieser Aufgabe setzt Beratungen voraus. Die Bewertungen müssen verschiedene Dimensionen berücksichtigen, die in Abbildung 1 schematisch dargestellt sind. Medizinisch muß geprüft werden, ob der Einsatz einer Gesundheitsleistung überhaupt bei einer bestimmten Erkrankung indiziert ist. Die epidemiologische Bewertungsdimension fragt nach der Inzidenz, Prävalenz, Progenienz von Erkrankungen und gibt damit Hinweise auf die Allokation der Gesundheitsausgaben. Soll zB ein neues Transplantationszentrum gebaut wer-

* Veränderte Fassung eines Vortrages auf der Jahrestagung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und der Steierischen Gesellschaft für Versicherungswissenschaft. Der Beitrag ist zum Teil textgleich mit Schulenburg (1993). Allerdings enthält er einen Schwerpunkt bezüglich Evaluationsforschung.

** Dekan des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaften der Universität Hannover und Vorstand des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health

¹ Vgl. Wasem (1993).

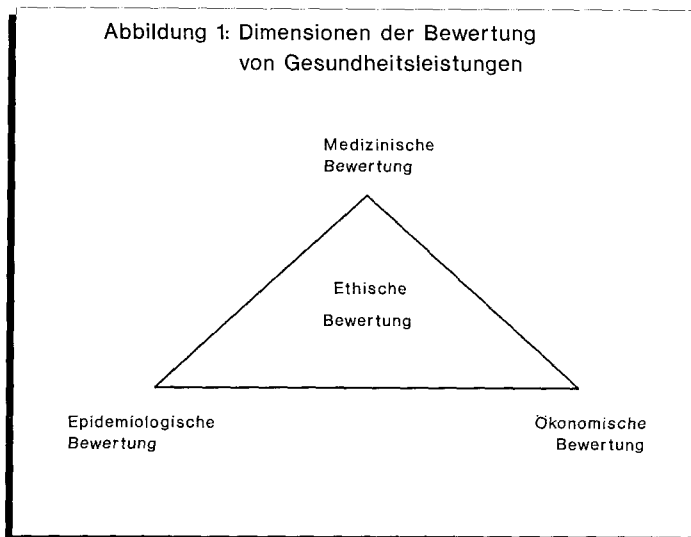
den?² Welche Präventionsprogramme wenden sich an wieviel Menschen? Schließlich spielen ethische Aspekte eine Rolle. Der Wille des Kranken ist zu respektieren, die Würde und die Existenz des Lebens zu achten und Hilfeleistungen nach bestem Wissen (state of the art) und Gewissen (Ethik) zu gewähren. Angesichts der begrenzten Ressourcen, die eine Gesellschaft zur Befriedigung aller Bedürfnisse hat, ist aber auch die ökonomische Bewertungsdimension von Bedeutung: Denn Geld, das für ein bestimmtes Gesundheitsprogramm ausgegeben worden ist, steht für andere Gesundheitsleistungen und ganz andere Aufgaben — wie Kindergärten, Schulen, Konsumgüter etc — nicht mehr zur Verfügung.

Die ökonomische Dimension bekommt eine größere Bedeutung, da der medizintechnische Fortschritt und die demographische Entwicklung die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stärker steigen läßt als die allgemeine Entwicklung der wirtschaftlichen Möglichkeiten.

Dieser Aufgabe der ökonomischen Bewertung widmet sich die Gesundheitsökonomik. Aber die Evaluationsforschung ist nur ein Teilgebiet dieses neuen Fachgebiets. Hinzu treten weitere Teilgebiete, über die dieser Surveyaufsatz ebenfalls informiert.³

Der Aufsatz gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Wurzeln der gesundheitsökonomischen Forschung. Er beschreibt dann verschiedene wissenschaftliche Ansätze der Gesundheitsökonomik und kehrt hierbei auf die Methoden der ökonomischen Evaluationsforschung zurück.

Die Wurzeln der Gesundheitsökonomik sind — wie bei vielen anderen ökonomischen Teildisziplinen auch — im anglo-amerikanischen Sprachraum zu finden.⁴ Hier hatte sich Anfang der 60er Jahre eine Gruppe von Ökonomen aufgemacht, Verhaltensweisen und



² Vgl. Pichlmayr — Nagel (1993).

³ Vgl. Schulenburg (1993).

⁴ Vgl. zur Entwicklung der Gesundheitsökonomie in Deutschland Andersen/Schulenburg (1987).

Marktstrukturen im Gesundheitswesen sowie die Krankenversicherung durch rigorose Anwendung ökonomischer Modelle zu analysieren. Der Nobelpreisträger Kenneth J. Arrow hatte bereits 1963 seinen berühmten Aufsatz „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“ veröffentlicht.⁵ In ihm zeigte er die Vorteile eines Krankenversicherungssystems und wies in einem Modell zur optimalen Versicherungsnachfrage nach, daß es nicht sinnvoll ist, sich gegen dieses Risiko voll zu versichern. Mark V. Pauly⁶, der spätere Direktor des bekannten Leonard Davis Institute an der University of Pennsylvania, beschäftigte sich bereits 1968 in seinem Beitrag „Efficiency in Public Provision of Medical Care“⁷ mit den Bedingungen einer optimalen medizinischen Versorgung Kranker. 1968 erschien in der *American Economic Review* die berühmt gewordene Kontroverse zwischen Arrow und Pauly zum Phänomen Moral Hazard⁸: Ist die Ausbeutung der Versicherung durch den Versicherten moralisch verwerflich (Arrows Position) oder rationales Verhalten (Paulys Position) oder beides (meine Position)?⁹ Weiterhin ist Uwe E. Reinhardts theoretische und empirische Untersuchung zur ärztlichen Produktionsfunktion und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen zu nennen.¹⁰ Mitte der 70er Jahre begann Joseph P. Newhouse¹¹ mit dem größten empirischen gesundheitsökonomischen Forschungsprojekt aller Zeiten, dem von der Rand-Corporation in Santa Monica durchgeführten „Health Insurance Experiment“. In ihm wurde gezeigt, daß die Preiselastizität nach Gesundheitsleistungen zwischen 0,04 und 0,16 liegt, womit die Bedeutung von Selbstbeteiligungsregelungen in der Krankenversicherung gezeigt wurde.¹²

Aus der frühen Gruppe der anglo-amerikanischen und britischen Gesundheitsökonomien sind sicherlich noch R. R. und W. G. Campell (1952/53) zu nennen, die die Frage der Pflichtversicherung behandelten, sowie Martin S. Feldstein, Robert G. Evans, Viktor R. Fuchs, Michael Grossman, Herbert E. Klarman und Frank A. Sloan. Alle haben gemeinsam, daß sie das mikroökonomische Instrumentarium der Nachfrage- und Angebotstheorie auf gesundheitsökonomische Fragestellungen anwendeten.

Mittlerweile ist aber auch aus dem früheren Pflänzchen „Gesundheitsökonomik in Deutschland“ ein prächtiger Baum geworden. Die Robert Bosch-Stiftung lud 1978 zum erstenmal zum Colloquium Gesundheitsökonomie ein, das in 11 Jahren über 20mal stattfand und aus dem Ausschuß Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik entstand. Beachtliche Forschungsarbeiten wurden und werden angegangen, und in den letzten Jahren kamen die ersten übergreifenden Lehrbücher auf den Markt.¹³ Einige Studiengänge „Public Health“ sind bereits gegründet worden (Hannover, Berlin, Bielefeld, und 1994 wird der universitäre Lehrstuhl für Gesundheitsökonomik in Deutschland besetzt werden [Ulm, Köln]).

⁵ Vgl. Arrow (1963), S 941 ff.

⁶ Vgl. Pauly (1986) S 629 ff.

⁷ Vgl. Pauly (1968b).

⁸ Vgl. Arrow (1968), Pauly (1968a).

⁹ Vgl. Schulenburg (1978).

¹⁰ Vgl. Reinhardt (1975).

¹¹ Vgl. Newhouse — Manning — Morris (1981).

¹² Vgl. zu den Ergebnissen anderer Untersuchungen Schulenburg (1987a).

¹³ Vgl. Gäfgen (1990), Andersen — Henke — Schulenburg (Hrsg) (1992), Breyer — Zweifel (1992).

B. Was ist Gesundheitsökonomik?

Jede wissenschaftliche Arbeit beginnt mit einer Definition. Sie sollte operational sein, das heißt mit ihr sollte man arbeiten können, und sie sollte weder zu weit noch zu eng sein. Leider liegt keine Definition vor, was Gesundheitsökonomik eigentlich ist: eine der vielen Bindestrichdefinitionen, ein multidisziplinäres Fach? Als auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik die Frage nach einer Definition gestellt wurde, war die Antwort: 1. Gesundheitsökonomie ist das, was Gesundheitsökonomien machen; und 2. „ein Gesundheitsökonom ist keiner, der die Gesundheitsausgaben schon deshalb für zu hoch hält, weil sie zu hoch sind“¹⁴.

Gesundheitsökonomik ist einfach die Analyse der wirtschaftlichen Aspekte des Gesundheitswesens und die Theorie der Gesundheitsökonomik ist die Verwendung von Konzepten der ökonomischen Theorie auf Fragen des Gesundheitswesens. Es gibt nämlich nur eine ökonomische Theorie; ihre Gesetze sind entweder generell gültig oder nicht. Die Behauptung, auf diesem oder jenem Markt sei alles anders, stimmt meistens nicht und begründet schon gar nicht, daß dort alle sonstigen Gesetze über die relative Knappheit und menschliches Verhalten als homo oeconomicus ausgeschaltet werden.

Dennoch ist die Anwendung der ökonomischen Theorie auf Fragen des Gesundheitswesens zum Teil heftig kritisiert worden. „Gesundheit ist das höchste Gut.“ Allerdings gilt dieser Satz bei vielen Menschen erst, wenn sie krank sind. Die Kritik basiert sowieso auf einem Mißverständnis. Natürlich wird man bei einem konkreten Krankheitsfall alles tun, was möglich ist, um dem Patienten zu helfen. Aber welche Möglichkeiten die Gesellschaft dem Gesundheitswesen geben kann, um die Versorgung der Kranken vorzunehmen, ist eine generelle Allokationsfrage, bei der die Gesundheitsökonomik hilft. Selbstbeteiligungen führen zu einer signifikanten Reduktion der Gesundheitsleistungsnachfrage, zu einem sorgsameren Umgang mit der eigenen Gesundheit und einem wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen des Gesundheitswesens. Allerdings sind Selbstbeteiligungen kein Allheilmittel. Zum einen haben im Gesundheitswesen die Anbieter die Möglichkeit, Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen zu induzieren. Zum anderen führt das Sisyphus-Syndrom¹⁵ zu einem permanenten Kostendruck.

Innerhalb des Gesundheitswesens gibt es auch viele Fehlanreize, die zu Ineffizienzen führen, wie die Schlagworte „Kostenexplosion“, „Selbstbedienungsladen“, „Pillensee“, „Ärztenschwemme“, „Bettenberg“ und „Pflegetnotstand“ zeigen.

Im folgenden sollen fünf Teilgebiete herausgegriffen werden, an denen die Vielfalt der methodischen Ansätze und Fragestellungen deutlich wird.

¹⁴ Gätgen (1986a), S 657.

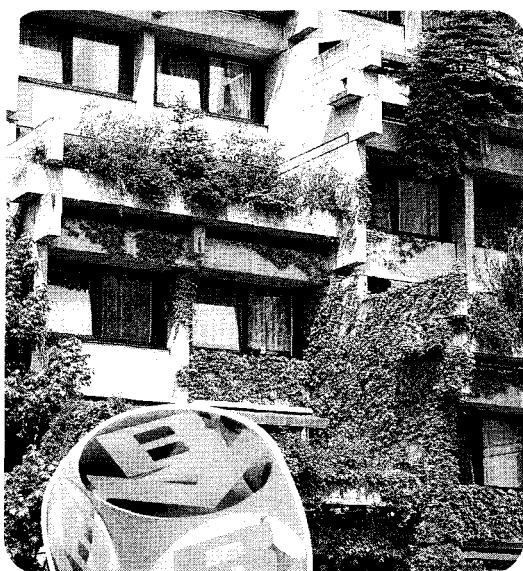
¹⁵ Vgl Zweifel (1990).

HAB & GUT WOHNUNG

Beim Wohnen bietet die HAB & GUT Wohnungsversicherung **MEHR** als Sicherheit. Sie schützt nicht nur den kompletten Wohnungsinhalt,

sondern nimmt Ihnen damit auch noch so manche weitere Sorge ab: Sie sind nie wieder unterversichert. Sie haben **MEHR** Leistungen inklusive. Zu einer Prämie, die **MEHR** als günstig ist.

Lassen Sie sich von Ihrem Bundesländer-Berater informieren. Er sagt Ihnen, wie man **MEHR** als sicher wohnt.



II. Ansätze zur ökonomischen Analyse des Gesundheitswesens

A. Mikroökonomische Verhaltenstheorie

Die mikroökonomische Verhaltenstheorie erklärt das menschliche Verhalten im Rahmen eines Nutzenmaximierungsmodells eines Akteurs oder weniger Akteure. Diese Modelle führen zu Hypothesen, die dann mit Hilfe von ökonometrischen Modellen und empirischen Daten überprüft werden.

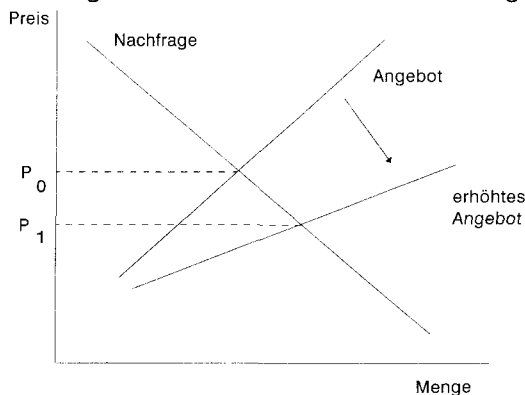
Da gibt es zB die Frage, welche Auswirkungen eine Zunahme der Ärzte — die sogenannte Ärzteschwemme — hat. Hierzu ist es zunächst notwendig, ein Verhaltensmodell des Arztes als Anbieter sowie des Patienten als Nachfrager zu formulieren.

Eine Gruppe von Wissenschaftlern machte sich in der Mitte der 70er Jahre daran, das Arztleistungsverhalten in die Formen ökonomischer Modelle zu gießen.¹⁶ Dabei schreckte man auch nicht davor zurück, die Berufsethik¹⁷ sowie altruistisches Verhalten von Ärzten mit einzubeziehen (obwohl Ökonomen eigentlich nicht an Altruismus der Menschen glauben).¹⁸

Bei der Formulierung des Patientenmodells muß vor allem die Unsicherheit und die Uninformiertheit des Versicherten berücksichtigt werden. Gesundheit ist ein Gut, das vom Menschen selbst mit den Produktionsfaktoren gesunde Lebensführung und Ernährung, Arztleistungen, Krankenhausleistungen usw produziert werden kann. Aber inwieweit kennt der Mensch seine Produktionsfunktion für das Gut Gesundheit?¹⁹ Es ist hier nicht der Raum, diese Debatte der gesundheitsökonomischen Forschung auszubreiten. Statt dessen wollen wir einen Schritt weitergehen und das Verhalten der Akteure in simple Angebots- und Nachfragekurven aggregieren.²⁰

Stellen wir uns zunächst einmal vor, der Arztleistungsmarkt wäre wie jeder andere. Angebot und Nachfrage bestimmen die auf dem Markt gehandelte Menge und den Preis. Daß die Nachfrage mit dem Preis sinkt — wie in Abbildung 2 dargestellt — und das Angebot mit

Abbildung 2: Marktallokation von Arztleistungen



¹⁶ Vgl Literaturübersicht in Schulenburg (1981) und Zweifel (1982).

¹⁷ Vgl insbesondere das „kritische Symptommiveau“ bei Zweifel (1982), S 85ff oder Schulenburg (1981), S 113ff.

¹⁸ Vgl zB Ruffin — Leigh (1973).

¹⁹ Vgl Grossman (1972) und Cropper (1977).

²⁰ Die nachfolgende Analyse entstammt Schulenburg (1987a).

dem Preis steigt, kann mit Hilfe von mikroökonomischen Modellen gezeigt werden, ist aber auch intuitiv unmittelbar einleuchtend. Der Nachfrager reduziert seine Nachfrage, wenn er mehr zahlen muß. Zum Nulltarif kauft er die Sättigungsmenge.

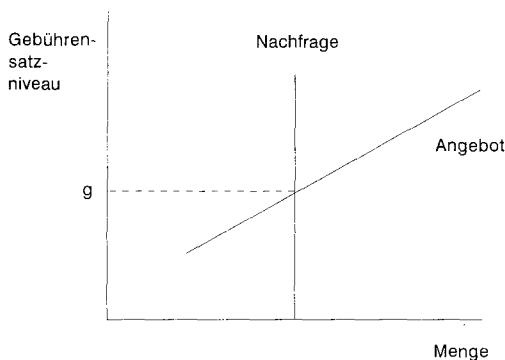
Die Anbieter — sprich Ärzte — sind umso mehr bereit zu arbeiten, je höher das Preisniveau für Arztleistungen ist. Was passiert nun, wenn die Zahl der Ärzte steigt? Neue Anbieter haben nur eine Chance im Markt, wenn sie zu geringeren Preisen anbieten. Der Wettbewerb verschärft sich. Die Folge ist eine südöstliche Verschiebung der Angebotsfunktion und damit eine größere Menge, ein kleinerer Markträumungspreis. Ob die Ausgaben (Preis \times Menge) steigen, fallen oder gleichbleiben, kann generell nicht gesagt werden und hängt offensichtlich von der Nachfrageelastizität ab.

Auf dem Arztleistungsmarkt erhalten aber die Versicherten die Leistungen zum „Nulltarif“, da die Kosten auf die Solidargemeinschaft der Kassen verteilt werden. Die Nachfragekurve wird zur Senkrechten in der Sättigungsmenge (siehe Abbildung 3). Die Preise bzw. das Gebührensatzniveau werden durch Verhandlungen bzw. staatliche Verordnungen festgelegt.

Steigt nun die Arztdichte, so kommt es zu einer Rechtsverschiebung der Angebotskurve. Die erhöhte Arztdichte führt zu verringerten Weg-, Warte- und Suchzeiten der Patienten. Mehr Versicherte konsultieren einen Arzt, dh die Nachfragekurve verschiebt sich von N_0 auf N_1 . Bei dem Gebührensatzniveau besteht ein Anreiz für die Ärzte, zusätzliche Nachfrage zu induzieren. Mehr Konsultationen sind zur Behandlung eines Falles notwendig, und es werden mehr Leistungen bei jeder Konsultation vollbracht. Die Nachfragekurve verschiebt sich abermals auf N_2 und schließlich auf N_3 . Diese angebotsinduzierte Nachfrage wird einerseits erleichtert durch die Unwissenheit der Patienten über das, was wirklich notwendig ist, und andererseits durch die Nulltarifsmentalität aller Beteiligten.

In umfangreichen empirischen Untersuchungen²¹ wurde dieses Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage untersucht. Die geschätzte Gesamtelastizität ist 1,11, dh 10% mehr Ärzte führen *ceteris paribus* zu 11% mehr Kosten. Um 6,6% steigt die Zahl der Fälle pro Versicherten, um 2,9% steigt die Zahl der Konsultationen pro Fall und um 1,6% die Zahl der Leistungen bei jedem Arztbesuch (siehe Abbildung 4).

**Abbildung 3: Allokation von Arztleistungen
bei Krankenversicherungsschutz**



²¹ Vgl. Breyer (1984), Kraft — Schulenburg (1986) und Andersen — Schulenburg (1990) und die dort angegebene Literatur.

Wie dem Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt werden kann, ist Gegenstand vieler Analysen der Gesundheitsökonomien. Sie bedienen sich dabei der Principal-Agent-Theorie und der Theorie ökonomischer Anreize.

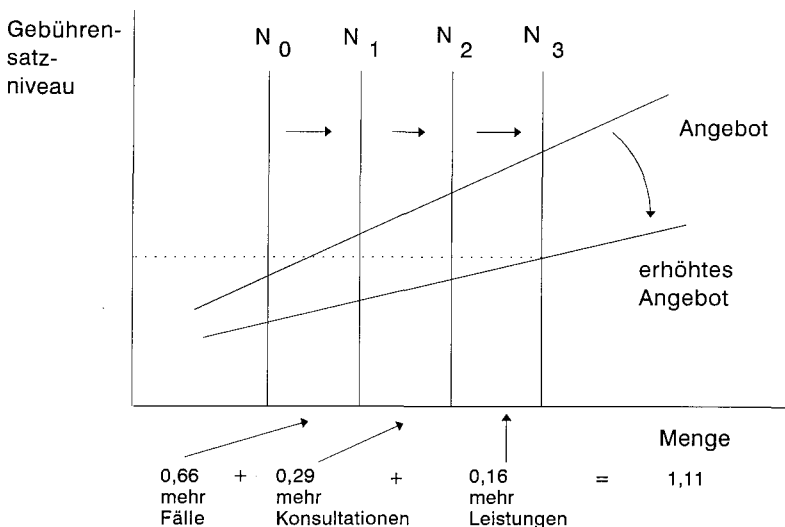
An sich ist es unmittelbar einleuchtend, daß Krankenhäuser bei einer Tagessatzhonorierung einen Anreiz haben, die Verweildauer zu verlängern, und daß Ärzte bei der vorherrschenden Einzelleistungshonorierung in die Menge gehen. Ein Bauunternehmer — um dies anhand einer Analogie zu erläutern — wird bei einem Festpreis „Schlüsselfertig“ versuchen, möglichst sparsam zu bauen. Wenn er jedoch für jeden Stein, den er verbaut, einen Betrag erhält, was wird er tun? Er wird die maximale Zahl an Steinen verbauen.

In den USA sind schon seit langem neue Krankenversicherungssysteme mit neuen Honorierungsformen entwickelt worden. Zu nennen sind die Health Maintenance Organizations, die Preferred Provider Organizations, Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) und Patient Management Categories (therapiebezogene Fallpauschalen). Es ist zu begrüßen, daß diese Ansätze nun auch in Deutschland und in anderen europäischen Ländern aufgegriffen werden.

B. Versicherungstheorie

Als Stammvater der modernen Versicherungstheorie gilt Daniel *Bernoulli* (1736). Wie andere Wissenschaftler seiner Zeit war er fasziniert von dem Konstrukt der Wahrscheinlichkeiten. Natürlich ging es ihm nicht um Versicherung, sondern wohl eher um die optimale Strategie am Spieltisch. Ausgehend von *Bernoullis* Theorie der Maximierung des Erwartungsnutzens zur Lösung von Entscheidungsproblemen unter Unsicherheit hat sich eine faszinierende Forschungsrichtung entwickelt, die sich mit der optimalen Versicherungsnachfrage und dem Gleichgewicht auf Versicherungsmärkten beschäftigt.²² Dabei spielen vor allem auch die Phänomene Moral Hazard und Adverse Selection eine Rolle.

Abbildung 4: Nachfrage und angebotsinduzierte Nachfrage



Weniger bekannt ist, daß gerade die gesundheitsökonomische Richtung der Versicherungstheorie erheblich zum Forschungs- und Erkenntnisfortschritt beigetragen hat. Einer der bekanntesten Artikel stammt vom Nobelpreisträger Kenneth Arrow (1963) „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“, in dem er die Bedingungen für einen optimalen Selbstbehaltsvertrag ableitet.

Gerade am Beispiel der Krankenversicherung sind die Wirkungen von Moral Hazard Verhalten und Adverse Selection untersucht worden.²³ Insbesondere spielte die Frage eine Rolle, welchen Nachfrageeffekt verschiedene Formen der Selbstbeteiligung des Patienten haben, wie zB proportionale Selbstbeteiligungen, Selbstbehalte und Gebühren sowie anspruchsvollere Formen wie Indemnitätstarife²⁴ und Bonus-Malus-Systeme auf Leistungsnachfrage und -struktur wirken.²⁵ Interessant ist auch deshalb diese Forschung, weil sie nicht nur Hypothesen aus theoretischen Verhaltensmodellen ableitet, sondern auch den empirischen Beleg beibringt.²⁶

Vielfach wird bezweifelt, ob Selbstbeteiligungen überhaupt wirken, obwohl empirische Studien dies eindrucksvoll belegen.²⁷

Gesundheitsleistungen machen nämlich in aller Regel nicht gesund, sondern krank. Je mehr man therapiert — und die meisten Therapien erhalten alte multimorbide Menschen —, um so mehr Gesundheitsleistungen sind nötig, um andere Krankheiten zu behandeln. So paradox es klingen mag, je mehr Gesundheitsleistungen konsumiert werden, um so kränker wird die Menschheit. Ein Teufelskreis, dem kein Krankenversicherungssystem enttrinnen kann.

Damit sind wir bei einem weiteren Problemkreis: Wer soll rationieren und wie wird rationiert, wenn es der Markt aus vermeintlichen sozial- und verteilungspolitischen Gründen nicht tun darf?

C. Ökonomische Theorie der Politik

Typisch für das Gesundheitswesen ist das hohe Maß an staatlicher Regulierung. Staatliche Regulierung zieht Verbandslobbyismus nach sich. Denn wenn es unmöglich oder schwierig ist, sich im Wettbewerb der Märkte zu profilieren, so begibt man sich in den politischen Wettbewerb.²⁸ Aber wie läuft der Verbandswettbewerb ab? Und unter welchen Bedingungen führt der Verbandswettbewerb zu einem erwünschten Ergebnis (Ökonomen sprechen von einer optimalen Allokation sowie einer gerechten Distribution)? Ein weites Feld tut sich auf, das von Gesundheitsökonomien unter Anwendung der Public Choice Theorie (ökonomischen Theorie der Politik) und erst in allerjüngster Zeit auch der Spieltheorie analysiert worden ist.

²² Einen Überblick gibt Schulenburg (1992).

²³ Vgl Strassl (1988).

²⁴ Vgl Knappe — Leu — Schulenburg (1988).

²⁵ Vgl Zweifel (1992).

²⁶ An dieser Stelle sei nochmals auf eines der umfangreichsten ökonomischen Projekte, welches an der Rand-Corporation, Santa Monica, durchgeführt wurde, hingewiesen. Es beschäftigte sich genau mit diesen Fragen. Vgl Phelps — Newhouse (1974) und O'Grady — Manning — Newhouse — Brook (1985). Zu den anderen Untersuchungen vergleiche Schulenburg (1987a), S 56ff.

²⁷ Vgl Schulenburg (1987a).

²⁸ Zu den Verbänden und dem Verbandswettbewerb im Gesundheitswesen siehe Schulenburg (1987b).

Zunächst schienen die meisten Ökonomen dem Galbraith'schen Theorem (1952) der „countervailing power“²⁹ zugeneigt. Die Verbände werden es schon wohl gestalten, da kein Verband wegen der Existenz von Gegenverbänden eine dominante Stellung erringen kann. In der neueren Forschung, die unter dem Titel „Neokorporatismus“ firmiert³⁰, wird doch heftige Kritik an der Verbandsdemokratie im allgemeinen und am Gesundheitswesen geübt, und man kehrt im Urteil zu dem zurück, was Adam Smith bereits vor 200 Jahren feststellte: Es besteht die Gefahr, daß die Kontrahenten, statt sich zu bekämpfen, miteinander kolludieren, um dann gegen das Gemeinwohl zu konspirieren.

Interessant ist nicht nur das Zusammenspiel der Verbände, sondern auch die Rolle des zuzählenden Spielers Staat. In dem Spiel „Kostendämpfung“ hat es der Staat besonders schwer, da er kaum über Detailkenntnisse verfügt und auch personell den starken Interessengruppen kaum Paroli bieten kann. Unterschiedliche Strategien wurden in den verschiedenen Ländern ausprobiert: Drohungen, Preis- und Mengenkontingentierungen, Stärkung der Nachfrager- und Krankenkassenmacht und Moral Suasion. Ein „Goldstandard“ der Kostendämpfung hat sich dabei aber nicht entwickelt. Allerdings war die deutsche Droh- und Verunsicherungsstrategie recht erfolgreich.³¹

Spieltheoretisch ist das leicht zu erklären.³² Es handelt sich um ein n-Personen Wiederholungsspiel mit asymmetrisch verteilten Informationen. Der Spieler Staat (Principal) bringt Unsicherheit ins Spiel, indem er ankündigt, die Spielregeln zu ändern. Die anderen Spieler (Agents) reagieren hierauf hektisch und mit vorausilendem Gehorsam. Die Betriebswirtschaftslehre nennt dies „management by fear“. Doch eine Lösung auf Dauer kann dies nicht sein, wenn der Tiger Staat zahlos bleibt.

D. Ordnungspolitik

Wie oben erwähnt, gibt es kaum einen Sektor der Wirtschaft, der so stark reguliert ist wie das Gesundheitswesen. Welches Ordnungsmodell erfüllt aber am besten die Ziele: mehr Markt, mehr Staat oder mehr Verbandsmacht im Sinne des Galbraith'schen Modells von organisierter Macht und Gegenmacht? Selbst die Meinungen der Gesundheitsökonom prallen hier scharf aufeinander, wobei sich jede Gruppe auf theoretische Konzepte beruft, die die Überlegenheit des von ihnen geforderten Allokationsmechanismus zeigen. Insbesondere spielt in dieser Diskussion die Frage eine Rolle, wie stark Entscheidungsbefugnisse zentralisiert oder dezentralisiert werden sollen und welche Entscheidungsspielräume den einzelnen Akteuren zugestanden werden sollen. Letztlich geht es in der ordnungspolitischen und -theoretischen Debatte um das Spannungsfeld Sicherheit, Freiheit und Gleichheit. Gleichheit und Sicherheit sind mit Freiheit nicht zu haben et vice versa. In mancherlei Hinsicht ist dies aber keine reine ökonomische Frage mehr, sondern es geht um die Ethik des modernen Wohlfahrts- und Sozialstaates.

Da die Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen vorwiegend nicht über den Markt, sondern durch Institutionen getroffen werden, ist die Frage, wieviel Ressourcen überhaupt in das Gesundheitswesen fließen³³ und wie die Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens verteilt werden sollen. Gerade zu der letztgenannten Frage hat die theo-

²⁹ Vgl. Galbraith (1952).

³⁰ Vgl. Gäfgen (1988).

³¹ Siehe Schulenburg (1993) und Waseem (1993).

³² Vgl. zu den Grundlagen der Spieltheorie zB Holler – Illing (1991).

³³ Vgl. Henke (1993).

retische Gesundheitsökonomik in den letzten Jahren Methoden entwickelt, auf die hier zum Abschluß eingegangen werden soll.

E. Evaluationstheorie und Pharmacoeconomics

Die Evaluation von Gesundheitsleistungen spielt angesichts der Begrenztheit der Ressourcen eine zunehmende Rolle für die Allokation der Ressourcen. Insbesondere bei der Neueinführung und Preisfestsetzung von neuen pharmazeutischen Produkten werden schon jetzt in vielen europäischen Ländern gesundheitsökonomische Evaluationen herangezogen. Die in Abbildung 5 wiedergegebenen Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie zeigen dies deutlich. Der hier deutlich werdende Trend wird dazu führen, daß in einigen Jahren in fast allen Ländern ökonomische Evaluationen von medizinischen Innovationen durchzuführen sind.

Abbildung 5: Notwendigkeit ökonomischer Evaluationen für pharmazeutische Produkte

	für nationale Preisverhandlungen	für Festlegung der Erstattungspflicht und des Selbstbeteiligungsniveaus	für Aufnahme in lokale Behandlungsrichtlinien
Belgien	?	ja	?
Finnland	ja	ja	?
Frankreich	ja	?	ja
Deutschland	nein	nein	nein
Italien	?	ja	ja
Niederlande	nein	ja	ja
Portugal	nein	ja	?
Spanien	nein	?	?
Schweden	ja	?	ja
Schweiz	nein	ja	ja
Großbritannien	nein	nein	ja

Um Gesundheitsleistungen zu evaluieren, haben Wirtschaftswissenschaftler eine Reihe von Methoden entwickelt. Abbildung 6 stellt diese im Überblick zusammen. Bei der Kosten-Analyse werden die Kosten einer bestimmten Therapie erfaßt. Bei der Kosten-Kosten-Analyse werden die Kosten einer Therapie mit den Kosten einer alternativen Therapie verglichen. Immer häufiger werden Kosten-Kosten-Analysen direkt in Verbindung mit klinischen Studien angefertigt. Es werden dann zB sowohl die Ressourcen für die Gruppe der Placebo-Patienten als auch der Patienten erfaßt, die mit dem zu evaluierenden Medikament behandelt werden. Unter Berücksichtigung von Kosten- und Preisdaten erhält man die durchschnittlichen Kosten beider Gruppen für einen Kostenvergleich. Hiermit läßt sich zB überprüfen, ob die These stimmt, daß neue Therapieformen zu Kostenersparnissen durch kürzere Krankenhausverweildauer usw. führen.

Die Kosten-Nutzen-Analyse bezieht die indirekten Nutzen und Kosten mit ein. Dies sind die volkswirtschaftlichen Kosten und Nutzen, die nicht direkt mit der Krankenbehandlung verbunden sind, aber dennoch der Behandlung kausal zuzuordnen sind. Hierzu gehören Produktivitätseffekte durch veränderte Arbeitsfähigkeit und Zeitkosten, die mit der Behandlung verbunden sind.

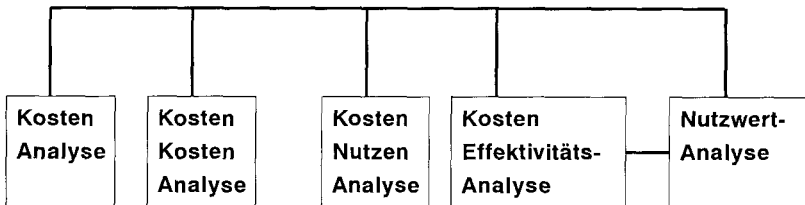
Während die Kosten-Effektivitätsanalyse die Sicht des medizinischen Therapeuten repräsentiert, evaluiert die Nutzwertanalyse den Behandlungserfolg aus Patientensicht. Medizinische Bewertungskriterien sind zB Mortalität, Nebenwirkungen und Compliance. Die Kosten-Effektivitätsanalyse gibt dann Antworten, wieviel es mehr kostet, um die Mortalität um 1% zu senken, die Nebenwirkungsrate zu mindern und die Compliance zu erhöhen. Die von der Nutzwert-Analyse in den Mittelpunkt gestellte Patientensicht arbeitet mit dem Konzept der Lebensqualität.

Lebensqualität ist der Behandlungserfolg aus der Sicht des Patienten auf Dauer. Lebensqualität kann aber nur dann ein Entscheidungskriterium sein, wenn sie operationalisierbar, dh interpersonell nachvollziehbar ist. Und dies gelingt durch das Konzept der Quality-Adjusted-Life-Years (QALYs, qualitätsbereinigte Lebensjahre), welches in Abbildung 7 dargestellt ist. Auf der Abszisse ist das erwartete Restlebensalter eines (repräsentativen) Patienten nach dem Diagnosebeginn abgetragen, während auf der Ordinate die Lebensqualität gemessen wird. Dabei wird die Lebensqualität zwischen 0 (= Tod) und 1 (= vollständige Gesundheit) normiert.

In Abbildung 7 ist ein solcher Vergleich zwischen zwei (fiktiven) Alternativen dargestellt. Die konvexe Funktion beschreibt den Lebensqualitätsverlauf eines Patienten, wenn keine Behandlung stattfindet, während die geschwungene jene Lebensqualitätsentwicklung beschreibt, wenn eine Behandlung erfolgt. Der Lebensqualitätsgewinn der Behandlung ist gleich der schraffierten Fläche, dh der mit der Lebensqualität gewichteten Jahre, die Quality-Adjusted-Life-Years (QALYs).

Das Instrument macht es möglich, den trade-off zwischen Lebensqualitätsverbesserung und Lebensdaueränderung, also zwischen der Quantität des Lebens und der Qualität des Lebens deutlich und damit diskursfähig zu machen.³⁴

Abbildung 6: Methoden der ökonomischen Bewertung



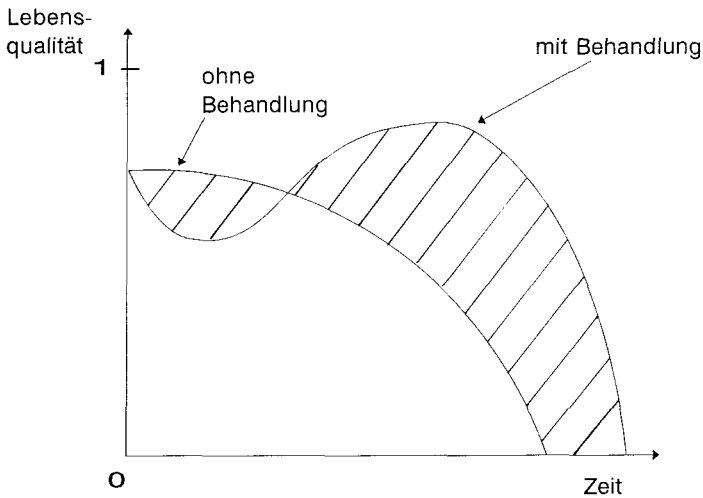
³⁴ Eine verteilte Analyse liefern Schulenburg (1993) und Schöffski (1990).

Die Schwierigkeit liegt natürlich darin, die Ordinatwerte, dh die Lebensqualität zu messen. Hier haben Ökonomen, Mediziner und Sozialmediziner eine Vielzahl von Ansätzen sowie Arzt- und Patientenbefragungsbögen entwickelt. Im Ergebnis geht es darum, die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen dahin zu lenken, wo sie den größten QALY-Gewinn erzeugen.

III. Schluß

Dies alles waren nur Schlaglichter auf ein umfassendes, noch recht junges, aber faszinierendes Forschungsgebiet auf der Schnittstelle zwischen Medizin, Epidemiologie, Versicherungswissenschaft und der Volks- und Betriebswirtschaftslehre. Schon jetzt ist es einem einzigen Wissenschaftler nicht mehr möglich, dieses Gebiet zu überblicken. Die Bibliographie zur Gesundheitsökonomie von 1987 umfaßt bereits 1.702 deutschsprachige gesundheitsökonomische Dokumente.³⁵ Der 1992 erschienene Nachfolgebänd³⁶ zählt für die Jahre 1987—1991 allein 1.675 deutschsprachige gesundheitsökonomische Werke. Im anglo-amerikanischen Sprachraum schätzt man 40.000 gesundheitsökonomische Veröffentlichungen und wohl mindestens 10 Fachzeitschriften: ua das amerikanische Journal for Health Economics, die britische Zeitschrift Health Economics, Pharmacoeconomics, Health Affairs, Milbank Memorial Fund Quarterly, Health Care Financing Review und International Journal of Social Economics. Deswegen ist jetzt schon eine Ausdifferenzierung der gesundheitsökonomischen Forschung festzustellen — unter einem gemeinsamen Dach mit anderen oben genannten Wissenschaften, dem Dach der Public Health Forschung.

Abbildung 7: Das QALY-Konzept



³⁵ Vgl Andersen — Schulenburg (1987).

³⁶ Vgl Andersen — Henke — Schulenburg (1992).

Aber die Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomik steht erst am Anfang. Wie der Arzt von der Krankheit seiner Patienten lebt, so lebt der Ökonom von den Schwächeanfällen der Wirtschaft. Daß das Gesundheitswesen krank ist und krank bleiben wird, daran besteht kein Zweifel. Der Gesundheitsökonomik werden auch in Zukunft viele Fragen gestellt werden. Aber auch die Versicherungswissenschaft wird vor neuen Herausforderungen und Fragen stehen. Hierdurch entwickelt sich nach der Agrar-, Industrie- und Handelswirtschaftslehre die Dienstleistungsökonomik als übergreifende Disziplin. Gesundheits- und Bildungsökonomik sowie Bank- und Versicherungsbetriebslehre sind Teilgebiete dieser sich formierenden Disziplin.

Die Fondsgebundene Lebensversicherung

VON PROF. DR. MANFRED FEILMEIER UNTER MITARBEIT VON DIPL.-INFORM. P. SIX, MÜNCHEN*

Mit dem Wegfall der materiellen Staatsaufsicht durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) ab 1993 und der Konkurrenz durch ausländische Anbieter auf dem deutschen Markt wird sich auch das Angebot an Versicherungsprodukten entsprechend ändern bzw. ändern müssen. Manche Anforderungen an neue Produkte sind bereits jetzt schon absehbar, *manch andere zumindest recht wahrscheinlich.*

Die heutige Tarifwelt zeichnet sich durch starre Leistungs- und Beitragsspektren aus. Insbesondere eine genaue Anpassung an die Kunden- und Vertriebswünsche läßt sich nur schwer realisieren. Die Lebensdauer der Produkte erstreckt sich in der Regel über viele Jahre.

Die mit der Deregulierung des Versicherungsmarktes zu erwartende erhebliche Freiheit in der Wahl der Rechnungsgrundlagen wird unternehmensindividuell eine kunden- oder vertriebswegabhängige Nutzung dieser Spielräume erlauben, zB in Form von unterschiedlichen Ausscheidewahrscheinlichkeiten für verschiedene Zielgruppen oder durch vertriebswegabhängige Kostenfestlegung.

In einem zukünftigen gemeinsamen europäischen Versicherungsmarkt werden Produkte mit sehr flexiblen Versicherungsleistungen und Beitragsverläufen an Bedeutung gewinnen. Dieser Wunsch nach einer individuelleren Gestaltung von Beitrags- und Leistungsverläufen kann durch Spektrentarife erfüllt werden, mit deren Hilfe bereits von vornherein unterschiedliche Versicherungsbedürfnisse in verschiedenen Lebensabschnitten berücksichtigt werden können. Unter dem Aspekt der größeren Flexibilität ist auch die Möglichkeit zu sehen, dem Kunden Optionen bezüglich der künftigen Gestaltung seines Versicherungsschutzes einzuräumen. Die Kombination und Bündelung von Produkten (auch spartenübergreifend) ist künftig ebenso denkbar wie die Abdeckung neuer Risiken (Dread Disease, Pflegerenten, ua). Konkret sind fast alle im europäischen Ausland bereits heute üblichen Versicherungsprodukte auch in Deutschland denkbar. Beispielsweise wird die fondsgebundene Lebensversicherung (FLV) in ihrer modernen, in Großbritannien weit verbreiteten „unit-linked“-Form ebenso diskutiert wie andere Produktformen, die von vornherein den Aspekt der Kapitalanlage noch wesentlich stärker miteinbeziehen als es bei der FLV ohnehin schon der Fall ist.

* Vortrag vor der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen

II. Die Fondsgebundene Lebensversicherung als Produkt von morgen

A. Abgrenzung der FLV von der konventionellen Lebensversicherung

Bei der FLV handelt es sich um eine kapitalbildende Lebensversicherung, deren Anlagemittel sich in einem Sondervermögen (Anlagestock) befinden, das von den Anlagemitteln des übrigen Geschäfts getrennt ist. Die Mittel des Anlagestocks bestehen aus Zertifikaten eines oder mehrerer Investmentfonds.

Beim Abschluß einer FLV hat der Kunde im Rahmen der vom Lebensversicherungsunternehmen (LVU) angebotenen Fonds die Wahl des Fonds bzw. des Fondsmix (Aufteilung des Sparbeitrags auf verschiedene Fonds). Während der Laufzeit des Vertrags kann die Aufteilung auf verschiedene Fonds jederzeit geändert werden, wobei das zu diesem Zeitpunkt vorhandene Vermögen auch umgeschichtet werden kann (Switchen).

Die Wertentwicklung des Vertrages nimmt durch die unmittelbare Anlage der Mittel im vom Kunden gewünschten Fondsmix direkt an der Fondsentwicklung teil. Der Kunde bestimmt auf diese Weise also die Art der Kapitalanlage, trägt aber auch das Anlagerisiko selbst. Diese Verlagerung des Anlagerisikos vom Versicherungsunternehmen zum Kunden ist der entscheidende Unterschied zwischen konventioneller und fondsgebundener Lebensversicherung und unterstreicht den Anlagecharakter des Produktes FLV.

Der Wert einer Anteilseinheit (Anteilepreis) ergibt sich aus dem Wert der im Fonds befindlichen Vermögensanlagen, dividiert durch die Gesamtzahl der Fondsanteile. Beim Kauf von Anteilseinheiten wird dieser Fondskurs (Rücknahmepreis) um einen Ausgabeaufschlag erhöht, der von der Kapitalanlagegesellschaft zusammen mit dem LVU festgelegt wird und einen Sicherheitszuschlag für das LVU enthalten kann. Die Vermögenserträge des Fonds verbleiben im Anlagestock und erhöhen entweder den Wert der Anteilseinheiten oder sie werden in zusätzliche Anteilseinheiten umgerechnet, die den einzelnen Versicherungen gutgeschrieben werden. Das LVU erzielt somit keine Erträge aus den Kapitalanlagen.

Da das Deckungskapital bei der FLV stark von der Wertentwicklung des oder der jeweiligen Anlagefonds abhängt, kann sein Verlauf im Gegensatz zur konventionellen Lebensversicherung nicht prospektiv bestimmt werden. Deshalb wird das Deckungskapital retrospektiv betrachtet, Risiko- und Kostenbeiträge werden für den Zeitraum von einem Monat prospektiv gerechnet.

Die Leistung einer FLV kann entweder in Form einer Geldzahlung erfolgen (entsprechend dem zum Leistungstermin gültigen Fondskurs) oder durch die Übertragung von Fondsanteilen auf den Kunden (Naturalleistung).

Durch die Risikoverlagerung auf den Versicherten kann bei der FLV die Höhe der Erlebensfalleistungen und der Rückkaufswerte nicht garantiert werden. Sie richtet sich vielmehr nach dem Wert der Anteilseinheiten zum Zeitpunkt des Leistungsfalles. Im Erlebensfall erhält der Kunde das aktuell vorhandene Kapital, bei Rückkauf wird es um einen Stornoabschlag gekürzt. Im Todesfall wird außer dem momentan vorhandenen Kapital noch eine zusätzliche Leistung erbracht. Es existiert eine Reihe von Modellen für die Definition dieser Todesfalleistung, wobei meist eine gewisse Mindesttodesfalleistung garantiert wird. Bei gleicher Deckungskapitalentwicklung können sich je nach Definition dieser Mindesttodesfalleistung sehr unterschiedliche Verläufe der tatsächlichen Todesfalleistung ergeben. In den Abbildungen 1, 2 und 3 ist der zeitliche Verlauf der Todesfalleistung für unterschiedliche Gestaltungsformen der FLV dargestellt.

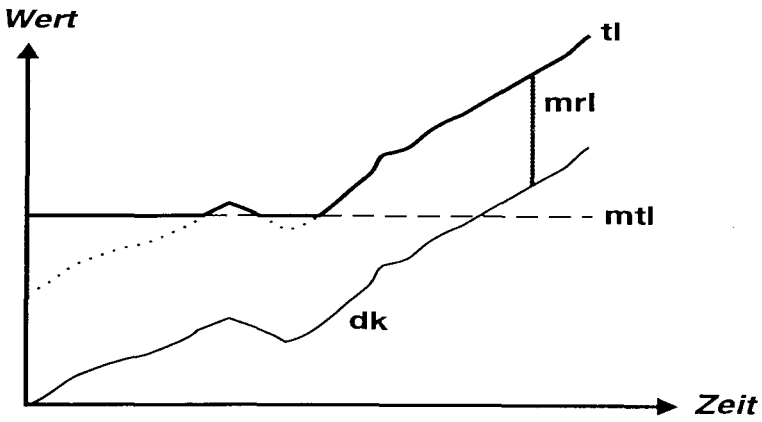


Abb 1: Konstante Mindesttodesfalleistung und konstante Mindestrisikoleistung

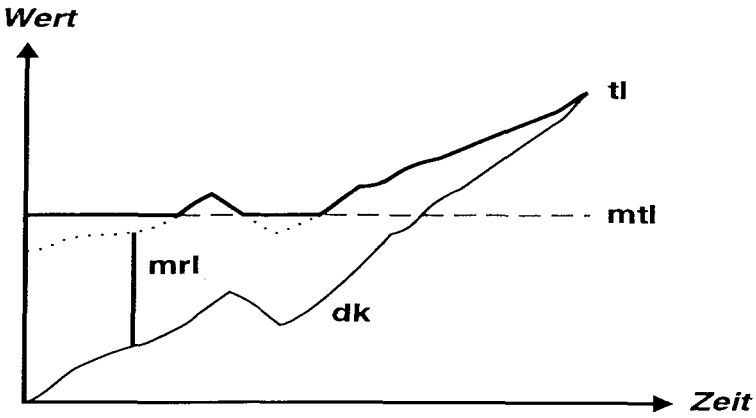


Abb 2: Konstante Mindesttodesfalleistung und fallende Mindestrisikoleistung

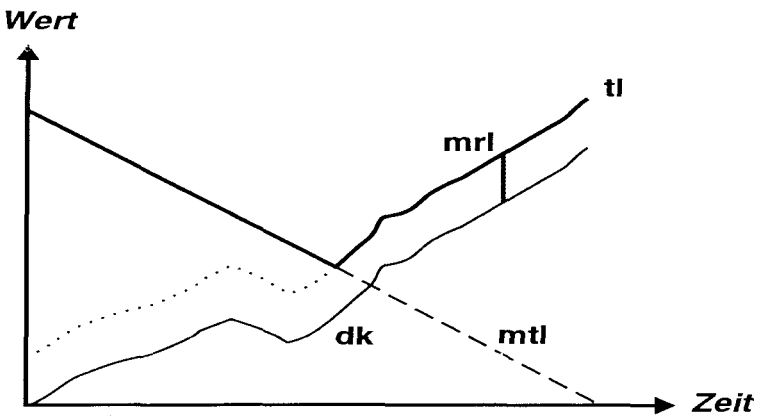


Abb 3: Fallende Mindesttodesfalleistung und konstante Mindestrisikoleistung

Bei der FLV existiert somit kein festgelegtes Beitrags-/Leistungsgefüge. Die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten erlauben es, verschiedene FLV-Produkte für unterschiedliche Zielgruppen anzubieten, wobei insbesondere das Verhältnis von Absicherung (Todesfallleistung) zu Sparprozeß in hohem Maße variiert werden kann. Beispielsweise kann so entweder die Risikoabsicherung, der Sparprozeß oder die Absicherung von Ratenkrediten durch fallende Todesfallleistung im Vordergrund stehen.

B. Bisherige Verbreitung der FLV in Europa

Die FLV wurde 1970 in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt, um eine damals beobachtete Nachfrage nach unmittelbarer Teilnahme am Wirtschaftswachstum zu befriedigen. Da sich jedoch der Verkaufsboom der Investmentgesellschaften schon bald als wenig dauerhaft erwies, führten viele Versicherer die FLV nicht ein. Sie hat daher in Deutschland zunächst keine große Bedeutung erlangt.

Im Jahr 1989 wurde die FLV in der Bundesrepublik von 14 Lebensversicherungsunternehmen in verschiedenen Varianten angeboten und hatte dort jeweils einen Anteil von zwei bis neun Prozent der gesamten Versicherungssumme. 1990 erzielte die FLV einen Anteil von 2% am Gesamtgeschäft in Deutschland, gegenüber 0,6% im Jahr 1989. Während die Steigerungsrate für den Neuzugang von konventionellen Lebensversicherungen bei 29 Prozent lag, erreichte die FLV eine Steigerungsrate von 65 Prozent. Die Beitragseinnahmen stiegen innerhalb des einen Jahres um 29% auf 459 Mio DM.

Insbesondere in Großbritannien hat die FLV einen hohen Marktanteil. 30 bis 40 Prozent der Lebensversicherungen gegen laufende Beitragszahlung sind FLV, bei den Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist die FLV mit einem Anteil von 80% bis 90% sogar Marktführer.

In den Niederlanden existieren bei vielen Gesellschaften zahlreiche FLV-Varianten. Auch wenn die FLV hier insgesamt noch nicht in nennenswertem Umfang angeboten wird, so konnte sie doch gerade in den letzten Jahren deutliche Zuwachsraten verzeichnen.

Seit 1990 wird die FLV auch in der Schweiz angeboten. Allerdings ist dort die weitere Entwicklung ungewiß, da die steuerliche Situation bislang ungeklärt ist.

Während die FLV in Belgien erst seit 1992 erlaubt ist, wurde sie in Schweden bereits ein Jahr früher genehmigt. In diesem Zeitraum konnte sie immerhin bereits einen Anteil von 25 Prozent am Neugeschäft erringen.

III. Der Mustergeschäftsplan für die FLV in Deutschland

Im Jahr 1990 veröffentlichte das BAV einen neu gefaßten Mustergeschäftsplan für die FLV auf den Todes- und Erlebensfall. Auch wenn darin nicht alle Gestaltungsmöglichkeiten abgedeckt werden können, so steckt der Mustergeschäftsplan doch einen Rahmen ab für die Gestaltungsfreiheit einer FLV. Die Grenzen ergeben sich aus unverzichtbaren Grundsätzen, die den Lebensversicherungs-Charakter der FLV gewährleisten. Der Mustergeschäftsplan bietet den Lebensversicherungsunternehmen somit ein formales Gerüst, mit dessen Hilfe das Genehmigungsverfahren erleichtert und beschleunigt werden kann.

Der Mustergeschäftsplan sieht vor, daß alle Beiträge fest in DM vereinbart werden. Die fälligen Beiträge werden zerlegt in Anlagebeiträge und Kostenanteile, wobei die Anlagebeiträge dem Anlagestock zugeführt und dabei in Anteileneinheiten umgewandelt werden.

Die Kostenanteile werden ohne vorherige Umwandlung in Anteilseinheiten direkt ihrer Verwendung zugeführt. Die zur Anlage kommenden Beiträge enthalten somit nicht nur Sparanteile, sondern auch die zur Deckung des Todesfallrisikos erforderlichen Risikobeiträge. Die Ansammlung der in Anteilseinheiten umgewandelten Anlagebeiträge bildet das Deckungskapital, dem die benötigten Risikoteile monatlich entnommen werden.

Die Versicherungsleistung besteht im Erlebensfall aus dem in Anteilseinheiten geführten Deckungskapital. Obwohl diese Leistung primär in Wertpapieren zu erbringen ist, besteht ein Wahlrecht zwischen Naturalleistung und einer Leistung in DM. Im Todesfall wird außer dem vorhandenen Deckungskapital eine zusätzliche Risikosumme als DM-Leistung erbracht. Sie ergibt sich als Differenz zwischen der vertraglich vereinbarten Todesfalleistung zum Todeszeitpunkt und dem Zeitwert des Deckungskapitals. Bei der tariflichen Festlegung der Todesfalleistung ist darauf zu achten, daß unabhängig von der Wertentwicklung des Deckungskapitals immer eine positive Mindestrisikosumme garantiert ist.

Nach dem ersten Versicherungsjahr hat der Versicherungsnehmer das Recht auf Umwandlung seiner FLV in eine konventionelle Lebensversicherung. Dabei wird der vorhandene Zeitwert des Deckungskapitals als Einmalzahlung mit eingebracht.

Der Versicherungsnehmer kann durch eine in DM erfolgende Vorauszahlung bis zur aktuellen Höhe der Rückvergütung vorzeitig über sein Anteilguthaben verfügen. Die entnommenen Anteilseinheiten kann der Versicherungsnehmer jederzeit ganz oder teilweise zurückzahlen, wobei für die Bewertung der Rückzahlungsbeträge der aktuelle Anteilwert maßgebend ist.

Bezüglich der Überschußverwendung geht der Mustergeschäftsplan davon aus, daß die Überschußanteile in Anteilseinheiten umgewandelt und dem Deckungskapital zugeführt werden. Es ist allerdings auch möglich, die Überschußanteile mit den geschäftsplanmäßigen Risikobeiträgen zu verrechnen. Eine Schlußüberschußbeteiligung kommt nicht in Betracht.

Der Mustergeschäftsplan beinhaltet keine verbindliche Festlegung der genehmigungsfähigen Tarifformen, sondern bietet den einzelnen LVU gewisse Rahmenbedingungen an, innerhalb derer genügend Gestaltungsspielraum bleibt. Ein Beweis dafür ist die Tatsache, daß die in Deutschland angebotenen FLV-Tarife oft in einigen Punkten von den Vorgaben des Mustergeschäftsplans abweichen.

Beispielsweise haben manche LVU abweichende Regelungen über die Mindestversicherungssumme getroffen oder den jährlichen Mindestbeitrag für FLV gegen laufende Beitragszahlung statt auf DM 1200 auf lediglich DM 600 festgelegt. Auch finden sich völlig unterschiedliche Ausprägungen bezüglich der Festlegung von Mindesttodesfalleistung und Mindestrisikoleistung.

IV. Aspekte der FLV

In diesem Kapitel sollen einige ausgewählte Aspekte fondsgebundener Lebensversicherungen kurz näher beleuchtet werden.

A. Verschiedene Fondsarten

FLV-Fonds setzen sich in der Regel anteilmäßig aus nur wenigen Anlagearten zusammen, zB Aktien (Aktienfonds), festverzinsliche Wertpapiere (Rentenfonds), Aktien und festverzinsliche Wertpapiere (gemischte Fonds) oder Immobilien (Immobilienfonds). Bei den Fonds handelt es sich im allgemeinen um Spezialfonds, die von einer Kapitalanlagegesell-

Die EA-Generali zum Thema Verantwortung:

Der zweitbeste Schutz.



Zu leben, heißt Verantwortung tragen. Das kann Ihnen niemand abnehmen, auch wenn man es Ihnen manchmal verspricht. Der beste Schutz ist Selbstschutz, da auch die beste Versicherung nicht Ihre Gesundheit oder persönliche Werte ersetzen kann. Was wir von der EA-Generali für Sie tun können, ist, Sie auf mögliche

Gefahren hinweisen. Damit Sie sich ein bißchen besser schützen können. Und selbstverständlich ein fairer und verlässlicher Partner im Schadensfall zu sein. Das sehen wir als unsere Aufgabe.

Die EA-Generali.

Wir stehen zu unserer Verantwortung.



schaft in enger Zusammenarbeit mit dem LVU verwaltet werden. Hinsichtlich der Überschußverwendung werden die Fonds unterteilt in thesaurierende und ausschüttende Fonds. Bei thesaurierenden Fonds fließen die Fondserträge dem Fonds wieder direkt zu, dh die Gewinne aus den Vermögenswerten des Anlagestocks erhöhen den Wert der Fondsanteile bei gleichbleibender Anzahl an Teileinheiten. Die Überschüsse ausschüttender Fonds werden zum Ankauf zusätzlicher Teileinheiten verwendet oder an die Anteilseigner ausgezahlt. Im Zusammenhang mit der FLV werden im allgemeinen thesaurierende Fonds verwendet.

B. Steuerliche Behandlung der FLV

Auch wenn Beiträge zur FLV nicht zum Sonderausgabenabzug zugelassen sind, so bleiben doch sämtliche Erträge aus der FLV steuerfrei, wenn der Vertrag gegen laufende Beitragszahlung mit einer Dauer von mindestens 12 Jahren abgeschlossen ist und eine Auszahlung (außer bei Tod des Versicherten) frühestens 12 Jahre nach Vertragsabschluß erfolgt. In dieser Hinsicht besteht kein Unterschied gegenüber konventionellen Lebensversicherungen.

Da die Körperschaftssteuer nur bei inländischen Dividenden erhoben wird, spielt sie bei ausländischen Aktienfonds sowie bei reinen Immobilien- und Rentenfonds keine Rolle. Die auf den Anlagestock entfallende anrechenbare Körperschaftssteuer von derzeit 9/16 der ausgeschütteten inländischen Dividende wird von der zuständigen Finanzbehörde dem LVU erstattet, wo sie wiederum den einzelnen FLV-Verträgen gutgeschrieben wird. Bei der konventionellen Lebensversicherung existiert keine vergleichbare Gutschrift.

C. Kostenkalkulation

Die Kostenbeiträge werden monatlich im Rahmen der Beitragszerlegung kalkuliert und dem Fondsvermögen entnommen.

Der Mustergeschäftsplan fordert, daß mindestens 80% der vom zweiten Versicherungsjahr an gezahlten Beiträge, die nicht zur Deckung des Amortisationszuschlags und der laufenden Verwaltungskosten benötigt werden, dem Deckungskapital zugeführt werden. Um dieser Mindestanlagevorschrift zu genügen, werden die Abschlußkosten bei der FLV nicht im klassischen Sinne gezillmert, sondern als Forderung gegenüber dem Versicherungsnehmer in der Bilanz aktiviert und über eine Tilgungsdauer verrechnet. Als Bemessungsgröße kommen unveränderliche Größen wie monatlicher Beitrag, Summe aller im Erlebensfall zu zahlenden Beiträge oder anfängliche Mindesttodesfalleistung in Frage.

Die laufenden Verwaltungskosten können vorgegeben werden in Abhängigkeit vom Beitrag oder der Mindesttodesfalleistung.

Da dem LVU keine Zinsverluste entstehen, werden auch keine Ratenzuschläge erhoben.

D. Provisionssysteme

Die bereits beschriebene Verteilung der rechnungsmäßig gedeckten Abschlußkosten auf mehrere Jahre erfordert auch eine Verteilung der Abschlußprovisionen. Deshalb bietet sich für die FLV eine ratierte Provisionszahlung an. Dadurch wird sichergestellt, daß das LVU den entsprechenden Betrag nicht vorfinanzieren muß, da die Provision erst nach dem Eingang der Abschlußkosten gezahlt wird. Ebenso könnte die Provisionshaftungsdauer verlängert werden. Auch bei der FLV dürfen nicht mehr als 90% der rechnungsmäßigen Abschlußkosten als Provision gezahlt werden. Die Festlegung der Provisionen ist in der Regel von der Mindesttodesfallsumme und bzw. oder von der Beitragssumme abhängig, falls diese die Bezugsgröße für die Abschlußkosten bilden.

V. Eine Produktionsstraße für Versicherungs-Verwaltungssysteme

Bei der Entwicklung eines Verwaltungssystems für fondsgebundene Lebensversicherungen kann man verschiedene Alternativen als Ausgangspunkt wählen. Zum einen könnte ein universelles „Mega-Verwaltungssystem“ die Grundlage darstellen, dessen vielfältige Möglichkeiten jedoch zu einem Großteil nicht genutzt würden. Alternativ dazu ist es möglich, methodisch ein derartiges FLV-Verwaltungssystem komplett neu zu entwickeln, was sicherlich lange dauert und mit hohen Kosten verbunden ist. Eine schnellere und billigere Lösung besteht darin, ausgehend von bereits bestehender wiederverwendbarer Software und lizenzfähigen Konzepten ein Bestandsführungssystem für FLV nach bewährten Methoden und Architekturprinzipien gleichsam auf einer „Produktionsstraße für Verwaltungssysteme“ zu entwickeln.

Zu diesen Architekturprinzipien zählt ein modularer Aufbau des Systems, so daß wesentliche Funktionen wie beispielsweise alle versicherungstechnischen Berechnungen in einem eigenen Subsystem mit exakt definierter Schnittstelle zusammengefaßt sind. Außerdem sollten alle Vertragsbearbeitungen gemäß einem Historienkonzept dokumentiert werden und alle im zeitlichen Verlauf einer FLV-Police entstandenen Vertragszustände direkt zugreifbar sein. Werden die Verträge im Rahmen eines Zeitmodells fortgeschrieben, so ist eine vollständige zeitnahe Dokumentation gewährleistet.

Weiterer Bestandteil einer Produktionsstraße für Verwaltungssysteme ist beispielsweise die getrennte Modellierung von Daten, Funktionen und Geschäftsvorfällen. Das Datenmodell, das die fachlichen Zusammenhänge beschreibt und bereits Personen-, Vertrags- und Tarifdaten voneinander trennt, teilt sich auf in ein Bestands- und ein Produktdatenmodell.

Das Bestandsdatenmodell befaßt sich mit der Modellierung der im wesentlichen statischen Vertragsdaten und mit der Darstellung von Wertständen und den Bewegungen zeitlich variabler Daten in Form eines Kontenmodells. Außerdem wird mit Hilfe eines Historienkonzeptes die Nachvollziehbarkeit aller Veränderungen sichergestellt.

Das Produktdatenmodell ist das zentrale Ablagemedium aller produktspezifischen Daten aus den verschiedenen Anwendungsbereichen. Es beinhaltet sowohl Tarifdaten (wie Rechnungsgrundlagen und Berechnungsvorschriften) und Überschußdaten (Bezugsgrößen, Überschußsätze) als auch Provisionsregeln und allgemeine Steuerungsinformationen. Einzelne Anwendungen greifen ausschließlich über Sichten auf das Produktdatenmodell zu, das die Integration neuer Produkte wesentlich erleichtert und beschleunigt, und damit ein wichtiges Werkzeug zur Produktinnovation darstellt.

VI. Ein FLV-Kern

Trotz der zunehmenden Bedeutung von fondsgebundenen Lebensversicherungen für den Versicherungsmarkt ist die Einbeziehung von FLV-Policen mit den bestehenden Verwaltungssystemen in der Regel noch nicht möglich. Eine Lösung dieses Problems besteht darin, einen FLV-spezifischen Verwaltungssystem-Kern (FLV-Kern) in vorhandene Bestandsführungssysteme zu integrieren. Im folgenden werden Leistungsfähigkeit, Funktionalität und die zugrundeliegende Architektur eines solchen FLV-Kerns kurz beschrieben.

Im FLV-Kern sind die Funktionen für die versicherungstechnische Behandlung von FLV implementiert. Diese Funktionen sind unabhängig von den Gegebenheiten und Abläufen des einzelnen LVU und werden realisiert durch Arbeitsschritte, die jeweils eine abgeschlossene, elementare Bearbeitung oder Berechnung durchführen. Durch die Kombination der voneinander unabhängigen Arbeitsschritte entstehen die unternehmensabhängigen Geschäfts-

vorfälle. Diese komplexen Abläufe können unternehmensspezifisch aus den wiederverwendbaren, universell einsetzbaren Arbeitsschritten des FLV-Kerns zusammengesetzt werden.

Die Kommunikation der Arbeitsschritte untereinander und mit anderen Systemkomponenten erfolgt ausschließlich über die Datenbank, die somit die einzige Schnittstelle darstellt. Auch wenn zwei Arbeitsschritte im Rahmen eines Geschäftsvorfalles direkt hintereinander ausgeführt werden, tauschen sie keinerlei Daten direkt aus, sondern lediglich über das zugrundeliegende Datenmodell. Dabei hat jeder Arbeitsschritt seine eigene Datensicht, meist eine Teilmenge eines FLV-Vertrages.

Alle für die Bearbeitung eines Vertrages benötigten produktspezifischen Informationen sind in einer Produktdatenbank (PDB) abgelegt. Damit können alle produktabhängigen Verarbeitungen (iw Berechnung unterschiedlicher Formeln für verschiedene Produkte) über die PDB gesteuert werden.

Dieses Konzept der elementaren unabhängigen Arbeitsschritte und der Steuerung produktspezifischer Verarbeitungen über die PDB bewirkt die hohe Flexibilität und Universalität des FLV-Kerns. Dadurch läßt sich ein breites Spektrum von FLV-Produkten im Kern abbilden.

VII. Wege vom FLV-Kern zu einem Verwaltungssystem für FLV

Um nun mit Hilfe eines derartigen FLV-Kerns ein System zu erzeugen, das fondsgebundene Lebensversicherungen verwalten kann, gibt es verschiedene Möglichkeiten:

1. Unter Berücksichtigung und Einbeziehung des FLV-Kerns wird ein völlig neues Verwaltungssystem für Lebensversicherungen entwickelt.
2. Mit Hilfe des FLV-Kerns wird eine sogenannte Standalone-Lösung FLV realisiert. Dabei handelt es sich um ein ausschließlich auf die Verwaltung von fondsgebundenen Lebensversicherungen ausgerichtetes System.
3. Der FLV-Kern wird in ein bereits vorhandenes Verwaltungssystem integriert. Um eine erfolgreiche Integration des FLV-Kerns zu gewährleisten, muß das gegebene Verwaltungssystem gewisse Anforderungen erfüllen. Dazu gehört außer der Existenz eines Daten- und Funktionenmodells ein integriertes Historienkonzept und die Führung zeitlich variabler technischer Daten in Kontenform. Außerdem müssen insbesondere die versicherungstechnischen Funktionen in einem separaten Subsystem zusammengefaßt sein, das schließlich um die FLV-spezifischen Funktionen erweitert wird. In Abbildung 4 sind die von der Integration des FLV-Kerns betroffenen DV-Komplexe dargestellt.

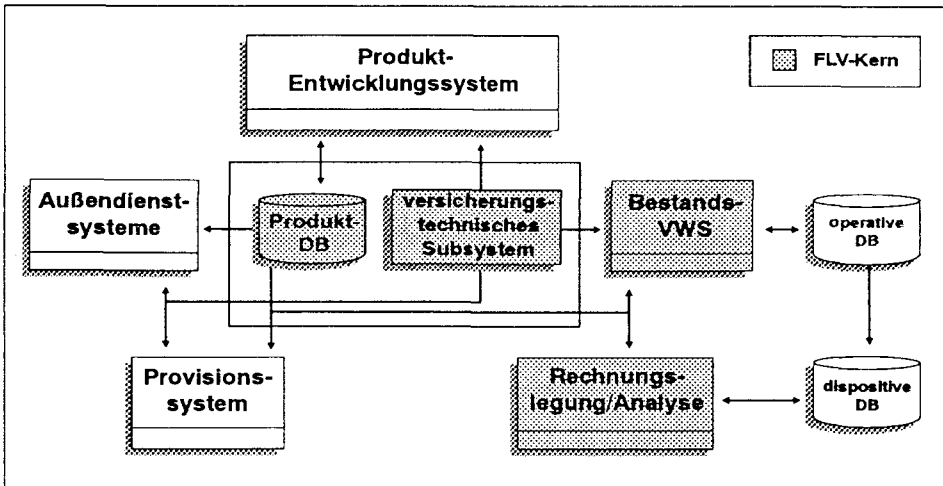
Im Rahmen der Integration des FLV-Kerns in das bereits bestehende Verwaltungssystem eines Lebensversicherungsunternehmens werden evtl zusätzliche unternehmensabhängige Arbeitsschritte geschaffen und die Geschäftsvorgänge des Unternehmens modelliert durch die geeignete Kombination von Arbeitsschritten. Außerdem muß entweder das Datenmodell des Bestandsführungssystems an das „ideale“ Datenmodell des FLV-Kerns angepaßt werden oder umgekehrt. Alternativ dazu wäre es auch möglich, beide Datenmodelle auf eine geeignete Zwischenform zu transferieren.

Schließlich ist noch die Dialogoberfläche des Verwaltungssystems um die FLV-spezifischen Masken zu erweitern.

Auf diese Weise läßt sich die FLV unter Verwendung eines existierenden Bestandsführungssystems als ein Produkt einführen und verwalten, das künftig verstärkt auftretende Anforderungen und Kundenwünsche bereits heute erfüllt und so den Erfordernissen der kommenden Jahre Rechnung trägt.

Abb 4: Integration des FLV-Kerns in ein bestehendes Verwaltungssystem

Integration des FLV-Kerns



Betroffene DV-Komplexe

GESCHÄFTSNACHRICHTEN

Sehr gute Ergebnisse bei der Interunfall

Im Geschäftsjahr 1992 erzielte die Interunfall Versicherung AG einen Jahresüberschuß von 354,9 Mio S. Der Anstieg war vor allem auf die Verbesserung des technischen Ergebnisses um fast 43 Mio S und der mit dem Vorjahr vergleichbaren Finanznettoerträge inklusive des sonstigen nichtversicherungstechnischen Ergebnisses um mehr als 110 Mio S zurückzuführen.

Gut entwickelt haben sich auch die Kapitalanlagen (+11,8%) und die Eigenmittel (+21,5%). Die im § 73b des VAG geforderte Eigenmittelausstattung erfüllte das Unternehmen zum Bilanzstichtag zu 155,7%. Neben der Zuweisung von rd 353 Mio S an diverse Rücklagen war auch die Ausschüttung einer um 4%-Punkte höheren Dividende an die Aktionäre möglich.

Die verrechneten Prämien des Gesamtgeschäftes stiegen im Berichtsjahr um 7,7% auf 6.780,0 Mio S (Vorjahr 6.298,1 Mio S). Davon resultierten 6.638,3 Mio S (Vorjahr 6.147,8 Mio S) aus dem direkten Geschäft (+8,0%). In der Schadenunfallversicherung betrug die Ausweitung 7,8%. Sie erbrachte insgesamt 5.164,6 Mio S. Das Krankenversicherungsgeschäft belief sich auf 319,9 Mio S (+10,6%). Aus der Lebensversicherung stammten Beiträge von 1.153,8 Mio S, ds +8,1%.

Aus geschäftspolitischen Gründen gingen die Prämien des indirekten Geschäftes auf 141,6 Mio S (Vorjahr 150,3 Mio S) zurück. Im Bereich der abgegebenen Rückversicherung waren die Prämien mit 1.137,7 Mio S um 43,0% höher. Hier wirkte sich die Neuordnung der Beziehungen, die bereits 1991 einen positiven Einfluß auf das Eigenbehaltsergebnis hatte, aus.

Im Eigenbehalt verblieben verrechnete Prämien von 5.642,3 Mio S nach 5.502,6 Mio S im Vorjahr. Die in den Gewinn- und Verlustrechnungen ausgewiesenen abgegrenzten Prämien für diese Position beliefen sich auf 5.611,0 Mio S (Vorjahr 5.498,4 Mio S).

Zum 31. 12. 1992 verwaltete die Interunfall 2,307.938 (1991: 2,258.791) aufrechte Verträge im direkten Geschäft, wovon 1,867.582 in der Schaden-Unfallversicherung, 128.568 in der Krankenversicherung und 311.788 in der Lebensversicherung geführt wurden.

Für Versicherungsfälle wurden 1992 in allen Abteilungen insgesamt 4.738,3 Mio S (Vorjahr 4.415,8 Mio S) aufgewendet. Die Herkunft aus den einzelnen Bilanzabteilungen zeigte folgendes Bild: Schaden-Unfallversicherung 3.992,7 Mio S (Vorjahr 3.787,0 Mio S), Krankenversicherung 169,7 Mio S (Vorjahr 158,6 Mio S) und Lebensversicherung 575,9 Mio S (Vorjahr 470,2 Mio S).

Nach Abzug der an die Rückversicherer abgegebenen Anteile von 1.166,2 Mio S (1991: 811,8 Mio S) verblieben Eigenbehaltsleistungen von 3.572,1 Mio S, die um rd 31,8 Mio S geringer waren als im Vorjahr.

Den versicherungstechnischen Rückstellungen wurden im Eigenbehalt 553,9 Mio S (Vorjahr 573,3 Mio S) zugeführt, wobei der überwiegende Teil die Deckungsrückstellung betraf. Die Aufwendungen für die erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer war mit 474,6 Mio S um 69,3 Mio S höher als im Vorjahr. In der KFZ-Fahrzeugsparte wurde darüber hinaus noch ein Bonus von 14,6 Mio S gewährt.

Die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb stiegen in der Bruttorechnung von 1.709,3 Mio S auf 1.887,7 Mio S im Geschäftsjahr an. Die Abschlußaufwendungen sind darin mit 1.449,4 Mio S (+13,2%) und die Verwaltungskosten mit 438,3 Mio S (+2,2%) enthalten. Der Gesamtkostensatz, gemessen an der verrechneten Prämie, stieg auf 27,8% (1991: 27,1%).

Das versicherungstechnische Ergebnis zeigte sich gegenüber dem Vorjahr stark verbessert. Nach -238,0 Mio S im Jahr 1991 war 1992 ein Abgang von 195,5 Mio S zu verzeichnen. In der Schaden-Unfallversicherung reduzierte sich das negative Ergebnis um 17,7 Mio S auf 291,6 Mio S. Die Krankenversicherung schloß mit +18,3 Mio S (Vorjahr +13,1 Mio S). Durch die hohen zugerechneten Kapitalerträge positiv beeinflusst war der technische Wert von +77,8 Mio S (Vorjahr +58,1 Mio S) in der Lebensversicherung.

Der Bruttoerfolg aus Kapitalanlagen und Zinsenerträgen stellte sich auf 1.490,3 Mio S nach 1.289,9 Mio S im Vorjahr. Die Steigerung von 15,5% war auch auf die Vornahme von Zuschreibungen in Höhe von 119,4 Mio S zurückzuführen. Sie waren aufgrund der neuen Rechnungslegungsvorschriften notwendig, da Sonderabschreibungen nicht mehr direkt von den einzelnen Bilanzposten abgesetzt werden dürfen. Sie wurden in gleicher Höhe der Bewertungsreserve zugeführt.

Die Aufwendungen für die Kapitalanlagen waren durch den rückläufigen Abschreibungsbedarf mit 153,4 Mio S um 15,8% geringer als 1991. Der Finanznettoertrag stieg von 1.107,8 Mio S um 20,7% auf 1.337,0 Mio S, ohne Berücksichtigung der Erträge aus Zu-

schreibungen um 9,9%. Die Bewertung nach dem strengen Niederstwertprinzip wurde beibehalten.

Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit betrug 432,4 Mio S (Vorjahr 278,3 Mio S). Nach Abzug der Einkommens- und Ertragssteuern von 77,5 Mio S (Vorjahr 66,9 Mio S) verblieb ein Jahresüberschuß von 354,9 Mio S (Vorjahr 211,4 Mio S). Den Rücklagen wurde ein Betrag von 57,7 Mio S entnommen (Vorjahr 58,6 Mio S). Die Rücklagenzuführungen beliefen sich auf 353,4 Mio S (Vorjahr 216,6 Mio S), davon 33,6 Mio S an die Rücklage gem § 73a VAG, 150,9 Mio S an die Bewertungsreserve, 63,0 Mio S an die sonstigen un versteuerten Rücklagen und 105,9 Mio S an freie Rücklagen.

Der Jahresgewinn stellte sich auf 59,2 Mio S (1991: 53,4 Mio S), der sich mit dem Gewinnvortrag aus dem Vorjahr 1,4 Mio S (1991: 1,0 Mio S) zu einem Bilanzgewinn von 60,6 Mio S (1991: 54,4 Mio S) rechnete.

Die Kapitalanlagen stellten sich zum Bilanzstichtag auf 15.827,2 Mio S (Vorjahr 14.156,1 Mio S) und beinhalten die Grundstücke und Bauten von 1.654,9 Mio S (Vorjahr 821,6 Mio S), die Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen von 287,7 Mio S (Vorjahr 280,0 Mio S) — davon Anteile an verbundenen Unternehmen 232,4 Mio S (Vorjahr 224,8 Mio S), Beteiligungen 55,3 Mio S (Vorjahr 55,2 Mio S) —, die sonstigen Kapitalanlagen von 13.725,9 Mio S (Vorjahr 12.920,9 Mio S) — davon Aktien und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere 1.202,3 Mio S (Vorjahr 1.006,0 Mio S), Schuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere 6.710,5 Mio S (Vorjahr 6.872,5 Mio S), Hypothekendarlehen 143,6 Mio S (Vorjahr 165,1 Mio S), Polizzen, Darlehen und -vorauszahlungen 40,3 Mio S (Vorjahr 37,0 Mio S), sonstige Darlehensforderungen 5.489,1 Mio S (Vorjahr 4.214,1 Mio S), Guthaben bei Banken 140,1 Mio S (Vorjahr 626,2 Mio S) — und Depotforderungen aus dem übernommenen Rückversicherungsgeschäft von 158,7 Mio S (Vorjahr 133,6 Mio S). Der Schwerpunkt der Veranlagungen lag 1992 im Bereich der sonstigen Darlehensforderungen und bei Grundstücken und Bauten, woraus speziell der Ankauf des Mobil-Hauses in Wien 1., Schwarzenbergplatz 3, hervorzuheben ist.

Zum Jahresende 1992 verfügte das Unternehmen über Eigenmittel von 1.706,3 Mio S (Vorjahr 1.404,3 Mio S). Sie setzten sich aus dem Eigenkapital von 1.179,5 Mio S (Vorjahr 1.067,4 Mio S) — davon Nennwert des Grundkapitals 300,0 Mio S (Vorjahr 300,0 Mio S), den gebundenen Kapitalrücklagen 107,0 Mio S (Vorjahr 107,0 Mio S), gesetzliche Rücklage 3,0 Mio S (Vorjahr 3,0 Mio S), freie Rücklagen 708,9 Mio S (Vorjahr 603,0 Mio S), Bilanzgewinn 60,6 Mio S (Vorjahr 54,4 Mio S) — und un versteuerten Rücklagen von 526,8 Mio S (Vorjahr 336,9 Mio S) — davon Risikorücklage gem § 73a VAG 191,1 Mio S (Vorjahr 157,5 Mio S), Bewertungsreserve 153,3 Mio S (Vorjahr 4,6 Mio S), sonstige un versteuerte Rücklagen 182,4 Mio S (Vorjahr 174,8 Mio S) — zusammen.

Die versicherungstechnischen Rückstellungen aus dem Eigenbehalt beliefen sich auf 13.779,5 Mio S (Vorjahr 12.597,7 Mio S). Sie ergaben sich aus folgenden Bilanzansätzen: Prämienüberträge 1.096,6 Mio S (Vorjahr 1.130,0 Mio S), Deckungsrückstellung 7.927,6 Mio S (Vorjahr 7.023,2 Mio S), Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle 3.941,8 Mio S (Vorjahr 3.768,1 Mio S), Rückstellung für erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung 33,7 Mio S (Vorjahr 33,1 Mio S), Rückstellung für erfolgsabhängige Prämienrückerstattung bzw. Gewinnbeteiligung der Versicherungsnehmer 581,0 Mio S (Vorjahr 484,6 Mio S), Schwankungsrückstellung 145,4 Mio S (Vorjahr 102,9 Mio S) und sonstige versicherungstechnische Rückstellungen 53,4 Mio S (Vorjahr 55,8 Mio S).

Die Rückstellung für Abfertigungen wurde mit 350,5 Mio S (Vorjahr 320,4 Mio S) bilanziert. Sie beträgt 50% der fiktiven gesetzlichen und vertraglichen Abfertigungsverpflichtungen. Eine nach finanzmathematischen Grundsätzen vorgenommene Berechnung des Deckungskapitals dieser Verpflichtungen hat einen Betrag von 323,5 Mio S, ds 46,2% der fiktiven Ansprüche, ergeben. Die Pensionsrückstellung von 487,5 Mio S (Vorjahr 450,7 Mio S) enthält das berechnete Deckungskapital mit einem Rechnungszinssatz von 6% und den Barwert der flüssigen Pensionen. Der Fehlbetrag von 177,2 Mio S (Vorjahr 187,6 Mio S) gem Artikel X, Abs 4 RLG wurde als Gegenpost in die aktiven Rechnungsabgrenzungsposten aufgenommen.

Aus dem ausgewiesenen Bilanzgewinn von 60,6 Mio S wurden aufgrund des Vorstandsvorschlages nach Genehmigung durch die Hauptversammlung 15% Dividende, ds 45,0 Mio S und 5% Bonus, ds 15,0 Mio S ausgeschüttet und der Rest von 0,6 Mio S auf neue Rechnung vorgetragen.

INFORMATION

2. Universitätslehrgang für Versicherungswirtschaft an der Karl Franzens-Universität Graz

Am 24. September 1993 wurden in der Aula der Karl Franzens-Universität im Rahmen eines feierlichen Festaktes, in Anwesenheit zahlreicher Ehrengäste aus Politik und Versicherungswirtschaft, die Urkunden an die erfolgreichen Absolventen dieses LG für Versicherungswirtschaft überreicht.

Die Festredner würdigten in ihren Ansprachen den Einsatz und die Mühen der Absolventen, welche zum Großteil trotz des Studiums weiterhin im Berufsleben standen.

Der Rektor der Karl Franzens-Universität, o. Univ.-Prof. Dr. Franz *Zeilinger*, wies in seiner Festansprache auf die Bedeutung solcher Lehrveranstaltungen als Bindeglied zwischen akademischem Dogma und der Praxis in der Wirtschaft hin. Er freute sich besonders, daß an der Karl Franzens-Universität in Graz diese Möglichkeit geschaffen wurde und derartige Interesse für diese Ausbildungsmöglichkeit herrscht.

Dieser Ansicht schloß sich der Dekan der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät, o. Univ.-Prof. Dr. *Tichy*, in seiner Rede an und hob die Bedeutung akademischer Qualifikation für den Versicherungsfachmann zur Bewältigung seiner Beratungstätigkeit bei großen Wirtschaftsvorhaben besonders hervor.

Gen.-Dir. *Reimelt* von der Steirischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen zeigte sich erfreut, daß es wieder so viele akademisch ausgebildete Versicherungskaufleute für die Versicherungswirtschaft gibt, und ist überzeugt, daß dadurch das Image der Versicherungswirtschaft weiter verbessert werden kann.

o. Univ.-Prof. Dr. *Fenyves*, Vorstand des Institutes für Bürgerliches Recht, freute sich als LG-Leiter über die geringe Ausfallsquote. Von den 79 Teilnehmern, welche die Zulassung erhielten, konnten 73 Absolventen das Studium erfolgreich beenden und die Urkunde über den Berufstitel „Akad. gepr. Versicherungskaufmann“ in Empfang nehmen.

Dieser geringe „Drop-out“ ist einerseits die Bestätigung der richtigen Überlegung, die Qualifikation der Bewerber vorab zu prüfen, damit ein entsprechend hohes Ausbildungs-

niveau gewährleistet wird, und andererseits der Beweis dafür, daß der Einsatz und die Leistungsbereitschaft der Absolventen nicht unterschätzt wurde. Prof. *Fenyves* erinnerte daran, wie schwierig es war, diese Ausbildung im Rahmen des ordentlichen Universitätsbetriebes zu ermöglichen, und schloß mit dem Hinweis, daß diese LG „das Salz auf dem Brot jeder Universität“ sind.

Disp. *Zitter* dankte in seiner Funktion als Lehrgangssprecher dem Kollegium der Vortragenden für ihren Einsatz und den Angehörigen der Absolventen für die Unterstützung, welche wesentlich zum Erreichen der Berufsbezeichnung „Akad. gepr. Versicherungskaufmann“ geführt hat.

RECHTSPRECHUNG

321.

VersVG § 6 Abs 2; AKHB 1988 § 6 Abs 2 Z 1 (Führerscheinklausel): Im Falle der Mißachtung der Auflage, beim Lenken eines Kraftfahrzeugs eine Korrekturbrille zu tragen, ist der Kausalitätsgegenbeweis auf den Nachweis beschränkt, daß für den Unfall gar kein Fahrfehler oder nur ein solcher Fehler kausal war, der schon seiner Art nach außerhalb jedes erdenkbaren Zusammenhangs mit dem erhöhten Risiko stand (hier: „Wegschauen“ von der Straße auf einen daneben gelegenen See).

Sachverhalt: Die Kl nimmt den Bekl gem §§ 158c, 158f VersVG auf Rückersatz ihrer an den geschädigten Dritten erbrachten Leistungen wegen Verletzung der „Führerscheinklausel“ in Anspruch. Der leicht kurzsichtige Bekl (1 bzw 1,5 Dioptrien), dem im Führerschein auferlegt ist, Fahrzeuge nur mit Sehbehelf zu lenken, war — ohne eine Brille zu tragen — auf einen vor ihm zum Stehen gekommenen Linksabbieger aufzufahren, weil er seine Aufmerksamkeit von der Straße ab und einem rechts daneben gelegenen Baggersee zugewendet hatte.

Das ErstG (LG Innsbruck 22. 10. 1992, GZ 5 Cg 1027/92) wies das Klagebegehren ab; das BerufungsG (OLG Innsbruck 12. 2. 1993, GZ 4 R 12/93) gab hingegen statt. Der OGH gab der Revision des Bekl Folge.

Aus den Entscheidungsgründen: Die gegen das Urteil des BerufungsG vom Bekl erhobene ao Revision ist zulässig, weil eine Rechtsprechung zu der Frage fehlt, ob ein im Wegsehen von der

Fahrbahn bestehender Aufmerksamkeitsfehler im Falle der durch das Nichttragen der Korrekturbrille bewirkten Obliegenheitsverletzung gem § 6 Abs 2 Z 1 AKHB 1988 den Kausalitätsgegenbeweis im Sinne des § 6 Abs 2 VersVG ausschließt; sie ist auch berechtigt.

Zutreffend hat das BerufungsG darauf verwiesen, daß § 6 Abs 2 Z 1 AKHB 1988, wonach als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Schadensereignisses die Freiheit des Versicherten von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, bestimmt ist, daß der Lenker die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, das versicherte Fahrzeug zu lenken, auch die Verletzung der Auflage in der Lenkerberechtigung umfaßt, eine Korrekturbrille zu tragen (EvBl 1976/155 ua; *Petrasch*, Obliegenheitsverletzung und Leistungsfreiheit in den Kfz-Versicherungen, ZVR 1985, 65ff [72]). Es trifft auch zu, daß der Versicherer bei der Geltendmachung der Leistungsfreiheit wegen eines Verstoßes gegen die „Führerscheinklausel“ nur den objektiven Tatbestand der Obliegenheitsverletzung nachweisen muß (*Petrasch* aaO 68; ZVR 1991/27; ZVR 1984/329; VR 1987, 98). Die Versicherungsbedingungen unterstellen diese Obliegenheit ausdrücklich dem § 6 Abs 2 VersVG; danach kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat. Dieser dem Bekl obliegende Kausalitätsgegenbeweis ist nach ständiger Rechtsprechung strikt zu führen, der Beweis der Unwahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs reicht nicht aus (*Petrasch* aaO 69). Nach herrschender Rechtsprechung (ZVR 1983/40 mwN)

kann er beim Fehlen der allgemeinen Lenkerberechtigung nicht durch einen Nachweis entsprechender Fahrkenntnisse erbracht werden. Im Falle der Mißachtung der Auflage, beim Lenken eines Kraftfahrzeugs eine Korrekturbrille zu tragen, ist der Beweis ausgeschlossen, daß der Lenker ohnedies über ausreichendes Sehvermögen verfügt; der Nachweis, daß sich der Unfall unabhängig von diesem Mangel aber etwa infolge eines technischen Gebrechens oder aus dem Alleinverschulden eines Dritten ereignet hat, ist nicht ausgeschlossen (EvBl 1976/155 ua). Der Kausalitätsgegenbeweis ist in solchen Fällen auf den Nachweis beschränkt, daß für den Unfall gar kein Fahrfehler oder nur ein solcher Fehler kausal war, der schon seiner Art nach außerhalb jedes erdenkbaren Zusammenhangs mit dem erhöhten Risiko stand (*Petrasch* aaO 73; SZ 50/114 im Falle des Lenkens eines Fahrzeugs durch einen Behinderten ohne die erforderliche Ausgleichseinrichtung).

Im vorliegenden Fall hat der Bekl die Geschwindigkeitsverminderung des vor ihm fahrenden Fahrzeugs, das Blinkzeichen und das verkehrsbedingte Anhalten vor dem Linksabbiegen nicht etwa trotz Beobachtung des Verkehrsgeschehens vor ihm nicht ausreichend wahrgenommen, was zweifellos auch einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Mangel der Wahrnehmung und dem Nichttragen der Korrekturbrille bewirkt hätte. Es steht vielmehr fest, daß er seinen Blick von der Fahrbahn weg, in Richtung eines rechts daneben befindlichen Baggersees gerichtet hat; nur deshalb hat er nach der erstgerichtlichen Feststellung die Geschwindigkeitsverringerung, das Blinkzeichen und das verkehrsbedingte Anhalten des vor ihm fahrenden Fahrzeugs nicht rechtzeitig wahrgenommen. Damit basiert der Unfall aber auf einem Fahrfehler, der mit der durch das Nichttragen der Brille bewirkten Risikoerhöhung in keinem Zusammenhang mehr steht. In einem solchen Fall ist daher der Kausalitätsgegenbeweis gelungen; der Einfluß der Obliegenheitsverletzung auf den Eintritt des Versicherungsfalls ist hier einer objektiven Nachprüfung nicht unzugänglich geblieben.

OGH 30. 6. 1993, 7 Ob 19/93

322.

VersVG § 6 Abs 2; AKHB 1988 § 6 Abs 2 Z 1 (Führerscheinklausel); KFG § 79 Abs 3: Der Kausalitätsgegenbeweis gem § 6 Abs 2 VersVG ist erbracht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß ihm

eine Bestätigung gem § 79 Abs 3 KFG ausgestellt worden wäre, sofern er sie beantragt hätte. Die Erteilung dieser Bestätigung setzt lediglich das Vorliegen eines jeweils im In- und im Ausland gelegenen (Doppel)wohnsitzes voraus.

Sachverhalt: Der Kl, der polnischer Staatsbürger ist und einen polnischen Führerschein besitzt, hat einen ordentlichen Wohnsitz in Krakau und seit 1989 einen weiteren in Österreich. Im Jänner 1992 verursachte er in Österreich einen Verkehrsunfall und nimmt nunmehr die Bekl als Haftpflichtversicherer für die Deckung der hierdurch entstandenen Ersatzansprüche Dritter in Anspruch. Die Bekl erklärt sich wegen Verstoßes gegen § 6 Abs 2 Z 1 AKHB 1988 (Führerscheinklausel) für leistungsfrei, weil der Kl im Unfallszeitpunkt über keine Bestätigung gem § 79 Abs 3 KFG verfügt habe. Der Kl beantragte diese Bestätigung in der Tat erst im April 1992, die Voraussetzungen für deren Erteilung hätten indessen bereits im Unfallszeitpunkt vorgelegen.

Die Unterinstanzen (LG Feldkirch 19. 10. 1993, GZ 4 Cg 310/92; OLG Innsbruck 12. 2. 1993, GZ 4 R 11/93) gaben der Klage statt. Die ordentliche Revision wurde zugelassen, da eine Rechtsprechung des OGH zu den Kriterien des Kausalitätsgegenbeweises im Hinblick auf die Führerscheinklausel bei Fahren mit ausländischem Führerschein ohne Vorliegen einer Bestätigung gem § 79 Abs 3 KFG bislang fehlt. Der OGH schloß sich den Vorinstanzen an.

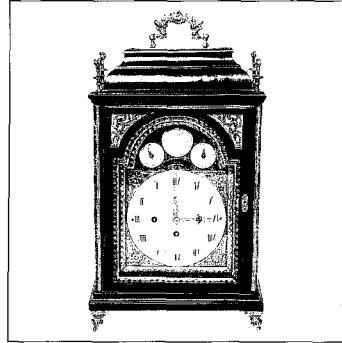
Aus den Entscheidungsgründen: § 6 Abs 2 Z 1 AKHB 1988 bestimmt als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Schadensereignisses die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, daß der Lenker die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, das versicherte Fahrzeug zu lenken. Der Versicherer hat bei Geltendmachung der Leistungsfreiheit wegen eines Verstoßes gegen die „Führerscheinklausel“ nur den objektiven Tatbestand der Obliegenheitsverletzung nachzuweisen (*Petrasch*, Obliegenheitsverletzung und Leistungsfreiheit in den *Kfz-Versicherungen*, ZVR 1985, 65ff [68]; OGH ZVR 1991/27, ZVR 1984/329). Die Versicherungsbedingungen unterstellen diese Obliegenheit ausdrücklich dem § 6 Abs 2 VersVG. Danach kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

Das BerufungsG hat zutreffend darauf verwiesen, daß an den dem Kl obliegenden Kausalitätsgegenbeweis nach ständiger Rechtsprechung strenge Anforderungen zu stellen sind. So kann er nach herrschender Rechtsprechung bei Fehlen der allgemeinen Lenkerberechtigung nicht durch einen Nachweis des tatsächlichen Fahrkönnens erbracht werden (ZVR 1983/40, ZVR 1983/289). *Dieses muß vielmehr bereits vor Antritt der Fahrt in der vom Gesetz formalisierten Weise durch Erhebungen der Behörde und die Fahrprüfung dargetan sein (Petrasch aaO 73).* Dem Fahrer ohne Lenkerberechtigung bleibt demnach ein eingeschränkter Kausalitätsgegenbeweis nur in der Richtung möglich, daß der Unfall durch keinerlei Fahrfehler, sondern etwa durch ein technisches Gebrechen oder das ausschließliche Verschulden eines Dritten verursacht wurde. Ausnahmen sind an die Kriterien des Kausalitätsgegenbeweises geringere Anforderungen dann zu stellen, wenn der Formalisierung der Erteilung der Lenkerberechtigung aus besonderen Gründen keine entscheidende Bedeutung mehr zukommt. So hat der OGH den Kausalitätsgegenbeweis für den Fall als erbracht angesehen, als zwar der Versicherungsfall nach bereits bestandener Lenkerprüfung, aber noch vor Aushändigung des Führerscheins eingetreten war (JBl 1984, 499), weil alle Voraussetzungen für die Erteilung der Lenkerberechtigung vorlagen und letztere nicht aus sachlichen, sondern aus verfahrenstechnischen Gründen unterblieb. Im gleichen Sinne wurde auch das Lenken eines Kraftfahrzeuges nach Ablauf einer im Inland zunächst gültigen ausländischen Fahrerlaubnis beurteilt (SZ 50/94). Auch hier konnte sich der Versicherer in diesem Ausnahmefall trotz eines Fahrfehlers des Versicherten nicht auf seine Leistungsfreiheit berufen, weil der Versicherungsfall erweislich weder auf Unkenntnis der inländischen Verkehrsvorschriften noch auf mangelnder Eignung des Fahrers beruhte (vglS Petrasch, ZVR 1985, 65ff, 73).

Nicht anders ist aber auch der vorliegende Fall zu beurteilen.

Nach § 79 Abs 3 KFG können Personen, die sowohl im Bundesgebiet als auch im Ausland einen ordentlichen Wohnsitz haben, von einem ausländischen Führerschein, der vom Staat ihres Wohnsitzes ausgestellt ist, im Bundesgebiet Gebrauch machen, wenn sie eine Bestätigung der Behörde, in deren örtlichem Wirkungsbereich der Wohnsitz liegt, vorweisen, in der das Vorliegen eines Doppelwohnsitzes festgestellt wird.

WIR BIETEN MEHR



Das Dorotheum führte erfolgreich die Versteigerung der Verlassenschaft von Prof. Fred Adlmüller durch – eine Stockuhr um 1780 wurde um 574.000 versteigert.

Das Dienstleistungsangebot des Dorotheums ist vielfältig. Für die Durchführung von Versteigerungen von

- Verlassenschaften und Sammlungen
- Vermögensmassen im Insolvenzverfahren
- Gegenständen im Rahmen des Exekutionsverfahrens
- Pfändern der Kreditinstitute
- für verfallen erklärten oder gepfändeten Gegenständen
- eingezogenen Gegenständen
- Restbeständen bei Geschäftsaufösungen

stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung

Wir bieten Ihnen ein komplettes Servicepaket: Seriöse Schätzung durch unsere Experten in den verschiedenen Sparten, Durchführung von Auktionen sowie Transport und Aufbewahrung.

Falls Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte an Frau Dr. Stöhr-Kohlmaier (Tel. 0222/51560-433). Wir informieren Sie gerne.



DOROTHEUM

WIR SCHÄTZEN WERTE

Solche Bestätigungen sind auf Antrag jeweils nur auf die Dauer eines Jahres auszustellen. Sinn und Zweck dieser durch die 6. KFG-Novelle eingeführten Bestimmung war die Regelung der Lenkerberechtigung bei Vorliegen eines Doppelwohnsitzes. Zuvor war nach den bestehenden Vorschriften das Vorliegen je einer Zulassung und der Besitz je eines Führerscheins beider Staaten erforderlich. Nach dieser Bestimmung soll die österreichische Behörde nach Prüfung des tatsächlichen Vorliegens eines Doppelwohnsitzes eine entsprechende Bestätigung ausstellen, wodurch dann die Verpflichtung des österreichischen Führerscheins wegfällt, wenn der Führerschein im anderen Staat ausgestellt wurde. Diese Bestätigung ist jeweils nur auf die Dauer eines Jahres auszustellen und nur nach neuerlicher Prüfung des Vorliegens auch eines Wohnsitzes im Ausland zu verlängern (EB zur RV 1093 BlgNR 15.GP 33). Daraus erhellt, daß die Ausstellung einer Bestätigung nach § 79 Abs 3 KFG lediglich vom Vorliegen eines Doppelwohnsitzes, sonst aber von keinen weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht wird. Ein darüber hinausgehendes besonderes Ermittlungsverfahren ist nicht vor-

gesehen, insbesondere sind neben dem Vorliegen eines Doppelwohnsitzes weitere Voraussetzungen wie Verkehrszulässigkeit, geistige und körperliche Eignung sowie faktische Befähigung nicht mehr zu prüfen.

Nach den Feststellungen haben sich die tatsächlichen Wohnverhältnisse des Kl seit dem Jahr 1989 nicht verändert. Es kann daher keinem Zweifel unterliegen, daß die zuständigen Verwaltungsbehörden eine Bestätigung im Sinne des § 79 Abs 3 KFG bereits vor dem Unfall erteilt hätten, wenn eine solche beantragt worden wäre. Bei diesem Sachverhalt muß in der erwiesenen Erteilung einer Bestätigung nach § 79 Abs 3 KFG infolge Vorliegens eines Doppelwohnsitzes der Nachweis der fehlenden Kausalität des Mangels der inländischen Lenkerberechtigung im Sinn des § 6 Abs 2 VersVG erblickt werden. Ist dem Kl der Kausalitätsgegenbeweis gelungen, kommt es nicht mehr darauf an, ob im Bereich der Haftpflichtversicherung überhaupt eine Obliegenheit verletzt werden konnte, weil der Kl noch keinen Antrag nach § 64 Abs 6 KFG gestellt hatte.

OGH 14. 7. 1993, 7 Ob 9/93

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

Peter Knirsch, **Verweigerung der Rechtsschutz-Versicherungsleistung wegen „keiner oder nicht hinreichender Aussicht auf Erfolg“**, AnwBl 1993, 725: Besteht nach Ansicht des Rechtsschutzversicherers „keine hinreichende Aussicht“ auf erfolgreiche Rechtsdurchsetzung, so kann er gem Art 9 ARB 1988 die Deckung ablehnen. Der Autor schlägt nach einer Sichtung der Literatur und (spärlichen) Rechtsprechung hiezu vor, mit der Auslegung dieser Wendung an den Maßstab des § 63 Abs 1 ZPO anzuknüpfen, der die Zuerkennung von Verfahrenshilfe ebenfalls von einer Erfolgsprognose abhängig macht: Die Prozeßführung darf nach dieser Bestimmung nicht als „offenbar aussichtslos“ erscheinen. Betont wird, daß übergroße Strenge bei der Beurteilung der Erfolgsaussichten jedenfalls fehl am Platz ist.

Theo Mayer-Maly, **Probleme der Anpassung des österreichischen Kraftfahrzeug-Haftpflichtrechts an das Recht des Europäischen Wirtschaftsraumes**, ZVR 1993, 289: Der Inhalt mehrerer EG-Richtlinien zur Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung wurde durch die KHVG-Novelle 1992 bereits in das österreichische Recht umgesetzt; eine weitere einschlägige Novelle steht bevor. Der Verfasser nimmt dies zum Anlaß, die Grenzen des Anpassungsbedarfs der heimischen Regelungen an die EG-Normen auszuloten. Seiner Ansicht nach bleiben vor allem zwei Besonderheiten unseres KHVG vom Gemeinschaftsrecht unberührt: Weder der „Spalt-Tarif“ (§ 11 Abs 1) noch das „Bonus-Malus-System“ (§ 10 Abs 2) sind EG-konform abzuändern. Den Ansatzpunkt für dieses Ergebnis bilden nach Mayer-Maly jene Textstellen in den Richt-

linien, die auf das „Allgemeininteresse“ in den Mitgliedstaaten abstellen, da dieser Begriff auch das Interesse der Versicherungsgemeinschaft an einer Finanzierung der Deckung durch ein möglichst kostengünstiges Prämiensystem einschließt.

Stephan Heid — Claudia Rudolf, **Rechtsprechungsübersicht: Arzthaftung**, *ecolex* 1993, 658: Die Verfasser haben bemerkenswerte OGH-Judikatur durchwegs jüngerer Datums aus dem Bereich der Arzthaftung zusammengetragen. Sachverhalt und wichtigste Entscheidungsgründe dieser Urteile, in denen es vor allem um Fragen der Kausalität, der Beweislast und des Umfangs ärztlicher Aufklärungspflicht geht, werden in Kurzform (und damit „benutzerfreundlich“) dargestellt.

Christian Huber, **Der Nutzungsausfallsschaden des Leasingnehmers — Beeinträchtigung des Rechtsbesitzers oder Schadensverlagerung?** *VersR* 1993, 1329: Im Vorjahr sprach der OGH in Abkehr von seiner bisherigen Entscheidungspraxis dem Leasingnehmer Ersatz seiner durch einen drittverschuldeten Unfall verursachten Mietwagenkosten zu, weil ein Fall bloßer Schadensverlagerung vorliege (veröffentlicht ua in *VersR* 1993, 732). Das Urteil fand in

der Literatur hinsichtlich seines Ergebnisses Beifall, seiner Begründung wurde jedoch vielfach Skepsis entgegengebracht. Huber teilt diese Kritik nicht. Seiner Ansicht nach hat der OGH hier nicht bloß den dogmatisch richtigen Weg beschritten, sondern überdies auch die Weichen für die zukünftige Beurteilung weiterer „verwandter“ Fallkonstellationen gestellt.

Rückversicherungs-Sonderheft der ZfV, *ZfV* 1993, 513ff (Heft 21): Traditionellerweise widmet die ZfV eine Heftausgabe pro Jahr ausschließlich den speziellen Problemen der Rückversicherung. Aus dem heuer gebotenen breiten Spektrum seien besonders erwähnt die Artikel von Mäder, **Die vorvertragliche Anzeigepflicht des Erstversicherers in der Rückversicherung** (516) und Stenberg, **Ausländische Rückversicherer vor amerikanischen Gerichten: Unentdecktes Neuland** (532). Nierhaus berichtet über **Die Rückversicherungsmärkte heute — kurz- und längerfristige Herausforderungen und Chancen** (513); Cornish gibt einen Überblick über das **English reinsurance law — developments during 1992** (559). Einen weiteren Schwerpunkt des Heftes bilden Beiträge über die Auswirkungen von Umwelt- und Naturkatastrophen großen Ausmaßes auf die Rückversicherer, wobei auch die Rolle der Klimaänderung untersucht wird (v. Seggern, 545; Sperling, 547; Enz, 550).

Allianz 

**... günstig
versichert und
persönlich betreut.**

BÜCHERSPIEGEL

Höchstrichterliche Rechtsprechung zur Personenversicherung von Wolfgang Römer, Schriftenreihe Versicherungsforum, Heft 14, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1993, II und 76 Seiten, DM 14,—.

Die Schrift gibt einen Vortrag wieder, den der Autor, der Richter am BGH ist, anlässlich zweier Veranstaltungen des Versicherungsforums, die am 15. und 29. 6. 1993 stattfanden, gehalten hat. Es wird die Sichtweise des BGH zu einer Reihe von Geschäftsabläufen des Versicherungswesens dargestellt.

Die neuen Rahmenbedingungen für den Versicherungsaußendienst im europäischen Binnenmarkt, 23. Juni 1993, Frankfurt am Main, mit Beiträgen von Robert Ludwig, Helmut Müller, Gerd Diehl, Ludger Theilmeier, Schriftenreihe Versicherungsforum, Heft 15, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1993, X und 54 Seiten, DM 22,—.

Es werden Beiträge zur Veranstaltung des Versicherungsforums vom 23. Juni 1993 wiedergegeben. Es geht um die Rahmenbedingungen, unter denen die Versicherer und speziell der Versicherungsaußendienst im europäischen Binnenmarkt künftig zu arbeiten haben. Dabei werden die neuen Bedingungen und Usancen vermittelt und wichtige Fragen, die den Außendienst betreffen, ausführlich aus der Sicht der Versicherer, der Vermittler und der Versicherungsaufsichtsbehörde erörtert.

Reichweite und Grenzen der Haftungsfreizeichnung gemäß § 41 a ADSp unter dem Einfluß der neugefaßten Speditionsversicherungsbedingungen von Franz Eickmeier, Veröffentlichungen des Seminars für Versicherungswissenschaft der Universität Hamburg und des Vereins zur Förderung der Versicherungswissenschaft in Hamburg e. V., Reihe A: Rechtswissenschaft, Heft 80; Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1993, XXXVI und 244 Seiten, DM 66,—.

§ 41 a der Allgemeinen Deutschen Spediteurbedingungen (ADSp) befreit den Spediteur von der Haftung für jeden durch die Speditionsversicherung, dh durch die Bedingungen des Speditions- und Rollfuhrversicherungsscheins (SVS/RVS), ge-

deckten Schaden. Diese Bedingungen sind somit für die Spediteurhaftung von größter Bedeutung. Die zum 1. 3. 1989 erfolgte Reform des SVS/RVS veranlaßte den Autor zur Darstellung der wesentlichen Neuerungen. Insbesondere werden die Grenzen der Freizeichnung untersucht.

Die Haftungsbegrenzung des Luftfrachtführers nach dem Warschauer Abkommen, Bestandsaufnahme und Ansätze für eine Neuregelung von Beatrix Schobel, Verlag Peter Lang AG, Bern — Berlin — Frankfurt a/M — New York — Paris — Wien, 1993, XXIII und 182 Seiten, DM 54,—.

Vor allem seit dem Absturz eines österreichischen Flugzeugs in Südostasien ist die betragsmäßige Haftungsbeschränkung nach dem Warschauer Abkommen ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gerückt. Die vorliegende Dissertation, die an der Universität Nürnberg-Erlangen geschrieben wurde, untersucht die Angemessenheit der Regelung dieses internationalen Übereinkommens rechtsvergleichend zwischen dem US-amerikanischen und dem deutschen Recht. Im Anschluß an die Bestandsaufnahme de lege lata werden Vorschläge zur künftigen Vereinheitlichung des internationalen Lufttransportrechts gemacht. Kernpunkt ist die Forderung, daß einheitliche Mindeststandards geschaffen werden sollen, über die die entwickelteren Staaten hinausgehen können, um eine Übereinstimmung mit deren innerstaatlichem Haftungsrecht zu erreichen.

Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB), Kommentar, von Wolfgang Böhme, 9. Auflage, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1993, 472 Seiten, DM 64,—.

Der bewährte Kommentar liegt nunmehr in 9. Auflage vor. Sämtliche neuen versicherungsrechtlichen Vorschriften und Bedingungenänderungen wurden einbezogen. Rechtsprechung und Literatur sind bis April 1993 berücksichtigt. Der allgemeinen Kommentierung schließt sich regelmäßig eine Aufstellung von Einzelfällen mit der hiezu ergangenen Rechtsprechung an. Auch die Darstellung kontroverser Auslegungen kommt nicht zu kurz. Gerade diese Fallsammlung macht den Kommentar für jeden, der sich schnell über ein anstehendes Auslegungsproblem informieren will, so wertvoll.