

## Einführung.

Die Enzyklopädie der Rechts- und Staatswissenschaft ist in erster Linie der studierenden Jugend gewidmet. In knappster Form will sie den an den Universitäten vorgetragenen Lehrstoff vorführen, eine Übersicht bieten und zum Arbeiten anleiten. Aber sie will dem Studierenden auch zeigen, daß er eine Kunst und kein Handwerk erlernt; daß „Lernen“ hier heißt: die ganze Person einsetzen, nachdenken und an Hand der überall angeführten Hilfsmittel weiterdenken, was andere gedacht haben. Vielleicht ist die Enzyklopädie aber auch dem Fertigen willkommen, der aus der Arbeit des Tages heraus einmal wieder das Ganze, wie es heute sich darstellt, überschauen möchte, vielleicht auch dem Nichtfachmann, den Neigung oder Beruf an Fragen der Rechts- oder Staatswissenschaften heranführen. Beides wenigstens ist unser Wunsch. Die Vorarbeiten zu dem Unternehmen, das zunächst als Fortführung von Birkmeyers Enzyklopädie geplant war, waren bereits im Sommer 1914 abgeschlossen. Der Krieg gebot einen Aufschub und seine Folgen stellten das Zustandekommen zeitweilig überhaupt in Frage. Dem Mut der Verlagsbuchhandlung ist es zu danken, daß der Abschluß gelungen ist. Freilich, vieles hat sich auch für uns geändert. So fehlt der Name dessen, der 1914 mit an die Spitze getreten war und bis zu seinem Tode das Unternehmen betreut hat: der Name von Franz von Liszt. Möge es den Herausgebern gelungen sein, das Werk in seinem Geiste fortzuführen!

Die Herausgeber.

***Subskribenten auf sämtliche Beiträge erhalten das Gesamtwerk in der Reihenfolge des Erscheinens der einzelnen Lieferungen zu einem gegenüber dem Ladenpreis um 10% ermäßigten Preise. (Siehe beiliegende Bestellkarte.)***

Von dem Gesamtwerk ist bereits erschienen:

1. Rechtsphilosophie 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Max Ernst Mayer†, Frankfurt a. M.
2. Römische Rechtsgeschichte und System des Römischen Privatrechts . . . . . Prof. Dr. Paul Jörs†, Wien
3. Römischer Zivilprozeß . . . . . Prof. Dr. Leopold Wenger, Wien
5. Grundzüge des deutschen Privatrechts . . Prof. Dr. Hans Planitz, Köln a. Rh.
6. Rechtsentwicklung in Preußen . . . . Prof. Dr. Eberhard Schmidt, Kiel
7. Bürgerliches Recht: Allgemeiner Teil 2. Aufl. Geh. Justizrat Prof. Dr. Andreas v. Tuhr†, Zürich
9. Sachenrecht 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Julius v. Gierke, Göttingen
10. Familienrecht 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Heinrich Mitteis, Heidelberg
11. Erbrecht . . . . . Prof. Dr. Julius Binder, Göttingen
12. Handelsrecht mit Wechsel- und Scheckrecht 2. Auflage . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Karl Heinsheimer, Heidelberg
13. Privatversicherungsrecht . . . . . Geh. Hofrat und Geh. Justizrat Prof. Dr. Victor Ehrenberg, Göttingen
14. Urheber- und Erfinderrecht . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Philipp Allfeld, Erlangen
15. Internationales Privatrecht . . . . . Prof. Dr. Karl Neumeyer, München
18. Konkursrecht . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Ernst Jaeger, Leipzig
19. Freiwillige Gerichtsbarkeit . . . . . Prof. Dr. Friedrich Lent, Erlangen
21. Strafprozeßrecht . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Karl v. Lilienthal†, Heidelberg
- 22a. Preßrecht . . . . . Privatdozent Dr. H. Mannheim, Berlin
23. Allgemeine Staatslehre . . . . . Prof. Dr. Hans Kelsen, Wien
25. Verwaltungsrecht . . . . . Prof. Dr. Walter Jellinek, Kiel
26. Österreichisches Verfassungsrecht . . . . Ministerialrat Prof. Dr. Leo Wittmayer, Wien
27. Ausländisches Staatsrecht . . . . . Prof. Dr. Hans Gmelin, Gießen, und Prof. Dr. Otto Koellreutter, Jena
28. Steuerrecht 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Albert Hensel, Bonn a. Rh.
29. Kirchenrecht . . . . . Geh. Justizrat Prof. Dr. Erwin Ruck, Basel
31. Arbeitsrecht 3. Aufl. . . . . Prof. Dr. Walter Kaskel, Berlin
- 31b. Fürsorgerecht . . . . . Stadtrat Dr. H. Muthesius, Berlin
34. Geschichte der Volkswirtschaftslehre . . . Professor Dr. Edgar Salin, Basel
35. Ordnung des Wirtschaftslebens 2. Aufl. . Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Werner Sombart, Berlin
39. Gewerbepolitik . . . . . Geh. Legationsrat Prof. Dr. Kurt Wiedenfeld, Leipzig
43. Versicherungswesen . . . . . Regierungsrat a. D. Dr. Fritz Herrmannsdorfer, Hamburg
48. Gesellschaftslehre . . . . . Prof. Dr. Carl Brinkmann, Heidelberg
51. Chemische Technologie . . . . . Prof. Dr. Arthur Binz, Berlin

Eine Übersicht sämtlicher Bände siehe 3. und 4. Umschlagseite

# ENZYKLOPÄDIE DER RECHTS- UND STAATSWISSENSCHAFT

HERAUSGEGEBEN VON

**E. KOHLRAUSCH · W. KASKEL · A. SPIETHOFF**

ABTEILUNG STAATSWISSENSCHAFT

HERAUSGEGEBEN VON

**DR. ARTHUR SPIETHOFF**  
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT  
BONN

XLIII

## VERSICHERUNGSWESEN

VON

**DR. FRITZ HERRMANNSDORFER**  
REGIERUNGSRAT A. D., HAMBURG



VERLAG VON JULIUS SPRINGER · BERLIN 1928

# VERSICHERUNGSWESEN

VON

**DR. FRITZ HERRMANNSDORFER**

REGIERUNGSRAT a. D., HAMBURG

MIT 1 ABBILDUNG



VERLAG VON JULIUS SPRINGER · BERLIN 1928

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG  
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.

ISBN-13: 978-3-642-98581-2      e-ISBN-13: 978-3-642-99396-1  
DOI: 10.1007/978-3-642-99396-1

# Inhaltsverzeichnis.

	Seite
<b>I. Die Versicherung im allgemeinen.</b>	
§ 1. Begriff und Arten der Versicherung . . . . .	1
§ 2. Die technischen Grundlagen der Versicherung . . . . .	7
§ 3. Formen des Versicherungsbetriebes . . . . .	17
§ 4. Einrichtung einer Versicherungsunternehmung . . . . .	33
§ 5. Versicherungspolitik . . . . .	41
<b>II. Die einzelnen Versicherungszweige.</b>	
A. Die Personenversicherung.	
§ 6. Die Lebensversicherung . . . . .	52
§ 7. Die Unfallversicherung . . . . .	65
§ 8. Die Krankenversicherung. . . . .	72
B. Die Sachversicherung.	
§ 9. Die Transportversicherung . . . . .	80
§ 10. Die Feuerversicherung . . . . .	99
§ 11. Die landwirtschaftliche Versicherung . . . . .	110
§ 12. Kleinere Versicherungszweige . . . . .	114
C. Die Vermögensversicherung.	
§ 13. Die Haftpflichtversicherung . . . . .	120
§ 14. Die Kreditversicherung . . . . .	130
§ 15. Die Rückversicherung . . . . .	140
Sachverzeichnis . . . . .	153

# I. Die Versicherung im allgemeinen.

## § 1. Begriff und Arten der Versicherung.

Literatur: Das Schrifttum über Begriff und Arten der Versicherung ist außerordentlich umfangreich. Eine Zusammenstellung findet sich in MANES, Versicherungslexikon. 2. Aufl. Berlin 1924 unter den Artikeln „Versicherung“ und „Versicherungsvertrag“. Bezüglich der Einteilung der Versicherung vgl. DORN, In der Festgabe für ALFRED MANES. Berlin 1927.

**I. Begriff der Versicherung.** Jede Einrichtung des menschlichen Daseins kann von zwei Seiten aus untersucht werden. Man kann sie einmal von der wirtschaftlichen und weiter von der rechtlichen Seite aus betrachten. Für uns ergeben sich damit die Fragen: was ist Versicherung im wirtschaftlichen und was im rechtlichen Sinne.

Am einfachsten läßt sich noch die Frage nach dem rechtlichen Begriff der Versicherung beantworten. Wenn auch die vorliegende Abhandlung in erster Linie auf die wirtschaftliche, technische und praktische Seite der Versicherung abgestellt ist, so möchten wir doch nicht die rechtliche Betrachtungsweise völlig übergehen, zumal sich durch sie für unsere eigentliche Aufgabe sicherlich manche wertvollen Gesichtspunkte finden lassen.

1. Versicherung im rechtlichen Sinne ist zweifellos ein Rechtsgeschäft, das meist in die Form eines gegenseitigen Vertrages gekleidet ist. Die rechtlichen Begriffsbestimmungen beschäftigen sich infolgedessen ganz vorwiegend mit dem Begriff des Versicherungsvertrages. Wir besitzen kein Gesetz, das sich mit der Versicherung als solcher beschäftigt oder das eine Begriffsbestimmung der Versicherung enthielte. Versicherungsrechtliche Bestimmungen finden sich vielmehr in den verschiedensten Gesetzen. Wir erwähnen nur als Gegensätze, die später weiter behandelt werden, die Reichsversicherungsordnung und das Gesetz vom 30. Mai 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG.). Die rechtlichen Begriffsbestimmungen des Versicherungsvertrages gehen von dem letzt genannten Gesetz aus und beschränken sich damit notwendigerweise auf ein Teilgebiet der Versicherung.

Jeder Vertrag hat einen bestimmten typischen nur durch ihn in der reinen Form erreichbaren Zweck. Der Zweck bestimmt also den wesentlichen Inhalt des Vertrages, während für seine Form besondere Vorschriften bestehen können. Der Versicherungsvertrag ist ein selbständiger, entgeltlicher, gegenseitiger Vertrag, der den Zweck hat, Sicherheit gegen Gefahren zu gewähren. [Bezüglich des Begriffes der Gefahr verweisen wir auf die eingehenden Ausführungen von KISCH Handbuch des Privatversicherungsrechts, München 1920.] Der Begriff Gefahr kann verschiedenes bezeichnen, worauf wir weiter unten näher eingehen. Hier genügt es zu sagen, daß Gefahr die Möglichkeit des Eintritts eines Ereignisses bedeutet. Als wesentliches Merkmal des Versicherungsvertrages ergibt sich damit die Ungewißheit eines Ereignisses. Ungewiß kann sein, ob derjenige, der die Sicherheit gewährt, der Versicherer, überhaupt eine Leistung, durch welche die Folgen des Ereignisses beseitigt werden, zu machen hat, weiter in welcher Höhe er gegebenenfalls leisten muß und endlich, wann er leisten muß. Die Ungewißheit liegt aber auch auf

seiten der anderen Vertragspartei, dessen, der die Sicherheit haben will, des Versicherungsnehmers, vor. Es ist nämlich durchaus ungewiß, wie oft er das Entgelt, die Prämie, an den Versicherer zu zahlen hat.

Man hat vielfach bei der rechtlichen Begriffsbestimmung des Versicherungsvertrages das Merkmal der Gefahr im Sinne eines wirtschaftlich nachteiligen Ereignisses gefaßt. Dieses Vorgehen erscheint uns unangebracht, da es geeignet ist, die verschiedenen Gruppen der Versicherung näher zu bestimmen. Wir werden darauf zurückkommen. Es ist heute wohl auch allgemein anerkannt, daß man auf diesem Wege nicht zu einer Begriffsbestimmung des reinen Versicherungsvertrages gelangen kann.

Die bisherige Definition ist jedoch keineswegs ausreichend, denn sie schließt eine Reihe von Rechtsgeschäften mit ein, die zweifellos keine Versicherung sind. Sie umfaßt nämlich auch die entgeltliche Bürgschaft, den entgeltlichen Garantievertrag, die Wette, den Lotterie- und Leibrentenvertrag. Man hat daher versucht, auf einem anderen Wege zum Ziele zu gelangen. Das Gesetz kennt eine Reihe von Geschäften, die nur dann vorliegen, wenn sie gewerbsmäßig abgeschlossen werden. Wir verweisen auf den Kommissions-, Speditions- und Lagervertrag. Man hat daher auch beim Versicherungsvertrage auf einen gewerbsmäßigen Betrieb abgestellt. Dieser Weg findet offenbar im Gesetze über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 eine gewisse Rechtfertigung. Es bestimmt nämlich im § 1, daß Privatunternehmungen, welche den Betrieb von Versicherungsgeschäften zum Gegenstande haben, der Beaufsichtigung nach Maßgabe des Gesetzes unterliegen. Allerdings kann man das Merkmal des Betriebes, also das planmäßigen Abschlusses von Versicherungsgeschäften, auch fordern, damit ein Unternehmen vorliegt. Der Aufbau des genannten Gesetzes spricht sogar für eine derartige Ansicht des Gesetzgebers. Umgekehrt schließt man aus diesem Gesetze, daß Versicherung nur bei planmäßigem Betriebe vorliegen soll. Nimmt man dieses Merkmal in die Begriffsbestimmung auf, so stellt sich die Versicherung als ein selbständiger gegenseitiger Vertrag dar, durch den sich der Versicherer im planmäßigen Betrieb gegen Entgelt verpflichtet, im Falle des Eintritts eines im Vertrage bestimmten ungewissen Ereignisses eine Leistung zu entrichten.

2. Versicherung im wirtschaftlichen Sinne. Auch hier gehen die Meinungen über die Begriffsbestimmungen der Versicherung weit auseinander, da man von verschiedenen Merkmalen als besonders ausschlaggebend ausgeht. Man kann im großen und ganzen die Spiel-, Spar-, Leistungs-, Schaden-, Gefahren- und Bedarfstheorie unterscheiden.

In Deutschland ist die Spieltheorie am wenigsten verbreitet. Ihr Hauptvertreter HERRMANN faßt sie folgendermaßen zusammen: „Das Versicherungsgeschäft gleicht einer Lotterie mit dem Zeitpunkte und den Gewinnsten nach unbestimmten Ziehungen“. Die Spartheorie wird von HÜLSSE vertreten. „Versicherung im wirtschaftlichen Sinne ist die Einwirkung, welche die auf der Ungewißheit der Wirtschaft beruhende Unwirtschaftlichkeit der Ersparung dadurch beseitigt, daß sie die Last der Ersparung unter Ausnutzung der Ungewißheit auf viele der gleichartigen Ungewißheit ausgesetzte Wirtschaften verteilt.“ Auch die Leistungstheorie ist nicht sehr verbreitet. BRÄMER faßt sie wie folgt: „Im wirtschaftlichen Sinne ist Versicherung die Übernahme einer Pflicht des Versicherers zur Zahlung von Geld beim Eintreffen gewisser, vom Willen des Beteiligten unabhängiger Ereignisse an den Versicherungsnehmer oder dessen Schützling (Versicherten, Begünstigten) gegen Entgelt das in einmaliger oder (als Beitrag, Prämie) wiederholter Geldzahlung des Versicherungsnehmers besteht. Hauptvertreter der Schadentheorie ist ADOLPH WAGNER. Er definiert: „Versicherung im wirtschaftlichen Sinne ist diejenige wirtschaftliche Einrichtung,

welche die nachteiligen Folgen (zukünftiger) einzelner, für den Betroffenen zufälliger, daher auch im einzelnen Falle ihres Eintretens unvorhergesehener Ereignisse für das Vermögen einer Person dadurch beseitigt oder wenigstens vermindert, daß sie dieselben auf eine Reihe von Fällen verteilt, in denen die gleiche Gefahr droht, aber nicht (oder wenigstens jetzt nicht oder noch nicht) wirklich eintritt.“ Begründer der Gefahrentheorie ist KROSTA. Er sagt: „Versicherung ist die Vereinigung von Risiken zwecks Ausgleichs gegen Entgelt“.

Herrschend dürfte heute wohl die Bedarfstheorie sein. MANES hat ihr folgende Fassung gegeben: „Unter Versicherung versteht man: auf Gegenseitigkeit beruhende wirtschaftliche Veranstaltungen zwecks Deckung zufälligen schätzbaren Vermögensbedarfs“. Diese Definition scheint auch uns am genauesten das Wesen der Versicherung überhaupt zu treffen. Im Gegensatz zur rechtlichen Begriffsbestimmung umfaßt die vorliegende das ganze Gebiet der Versicherung und stellt auf das Merkmal einer Veranstaltung ab. Es handelt sich also um eine Einrichtung des Wirtschaftslebens, nicht um eine Tätigkeit, wie sie dem Begriff des Rechtsgeschäfts und des Vertrages in der Hauptsache wohl zugrunde liegt. Träger der Veranstaltung ist die Gegenseitigkeit. Versicherung ist also nur in einer Wirtschaft und zwar bei Bestehen von Einzelwirtschaften möglich. Ob diese Einzelwirtschaften bewußt oder unbewußt zu dem beabsichtigten Zweck in Verbindung stehen, ist gleichgültig. Erforderlich ist nur, daß der Zusammenhang tatsächlich besteht. In einer Reihe von Fällen tritt er auch in der Praxis des Versicherungsbetriebes deutlich in die Erscheinung. Das ist bei all den Versicherungsunternehmen der Fall, welche die gemeinsame Tragung des Versicherungsgeschäftes zum Gegenstand haben, bei den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Die Absicht jeder Einzelwirtschaft beim Anschluß an diese offensichtliche Gemeinschaft ist nicht dahin gerichtet, den übrigen Mitgliedern den etwaigen Bedarf anteilig zu ersetzen. Sie will vielmehr in erster und einzigster Linie den eigenen Bedarf im angegebenen Falle ersetzt erhalten.

Dieser Zusammenschluß von Einzelwirtschaften ist immer ein Zweckverband. Es soll ein Vermögensbedarf gedeckt werden. Die Wirtschaft, bei der ein solcher Vermögensbedarf nicht eintreten kann, wird kein Interesse daran haben, sich der Gemeinschaft anzuschließen. Andererseits haben die Mitglieder der Gemeinschaft kein Interesse daran, eine Einzelwirtschaft aufzunehmen, bei der der Bedarf schon eingetreten ist. Der Bedarf muß also noch ungewiß sein. Er muß vor allem auch erwartungswidrig eintreten. Insbesondere muß eine willkürliche Herbeiführung möglichst ausgeschlossen sein. Wird er willkürlich herbeigeführt, so muß er von der Deckung grundsätzlich ausgeschlossen sein, weil sich sonst ein Mitglied auf Kosten der Gesamtheit Vorteile verschaffen könnte. Der Vermögensbedarf kann sich nach mancher Richtung äußern. Der Begriff muß aber so unbestimmt gehalten werden, um sämtliche Gruppen der Versicherung zu umfassen. Der Vermögensbedarf kann seine Ursache in einem Schaden haben, also in dem Eintritt eines wirtschaftlich nachteiligen Ereignisses. Er kann in einem Gewinnentgang, im Aufhören der Spar- oder Arbeitsfähigkeit bestehen. Er kann verursacht sein durch eine Ausgabe zur Abwendung eines drohenden Verlustes oder durch die Notwendigkeit eine andere Ausgabe zu machen. So lassen sich noch mannigfaltige andere Anlässe aufzählen. Immer aber müssen sie wirtschaftlicher Natur sein. Endlich bleibt noch das Erfordernis der Schätzbarkeit des Vermögensbedarfs. Unsere Definition meint damit, daß jede Versicherung auf den Erfahrungen der Statistik beruht.

Aus den einzelnen Teilen der Definition, namentlich aus dem Merkmal der Wirtschaftlichkeit und der Gegenseitigkeit der Veranstaltung ergibt sich, daß die Leistungen aller Mitglieder die Ausgaben des Verbandes decken müssen. Dieses Gleichgewicht muß auf das Ganze hin gesehen vorhanden sein. Im Einzelfalle



wird es sogar meist fehlen. Nicht bei jedem Mitglied tritt in jedem Jahr ein Vermögensbedarf ein, trotzdem es in jedem Jahr seinen Beitrag leisten muß.

Wir haben nunmehr noch zu versuchen, die Versicherung gegen ähnliche Erscheinungen abzugrenzen. Zunächst kommt das Sparen in Betracht. Das Hauptunterscheidungsmerkmal dürfte darin beruhen, daß der Sparer in keine Gemeinschaft eintritt, bei welcher einer für den anderen einzustehen hat. Er ist auf sich allein angewiesen. Wenn er daher vor Erreichung seines Zieles seine Spartätigkeit aus irgendeinem Grunde einstellt oder einstellen muß, so erreicht er es überhaupt nicht. Als Beispiel nehme man den Tod. Im Sterbefall können die Hinterbliebenen über die bis dahin angesammelten Sparbeträge verfügen, während bei der Lebensversicherung der Versicherer diese Beträge bis zur vollen Höhe der Versicherungssumme ergänzt. Andererseits kann der Sparer jederzeit über sein Guthaben frei verfügen. Bei der Versicherung dagegen dient die Kapitalansammlung zur Deckung eines ganz bestimmten Vermögensbedarfes, ist also an ihn gebunden.

Vom Spiel und der Lotterie unterscheidet sich die Versicherung durch ihren Zweck. Spiel bedeutet Unsicherheit, Versicherung dagegen Sicherheit. Der Spieler will einen Gewinn machen, der Versicherungsnehmer will einen etwaigen Vermögensbedarf ersetzen.

Schwieriger dürfte die Unterscheidung vom Garantie- und Bürgschaftsvertrag sein. Wir müssen damit wieder mehr auf die rechtliche Seite eingehen. Garantie- und Bürgschaft werden sehr oft unentgeltlich gestellt. Jedenfalls gehört das Merkmal der Entgeltlichkeit nicht zum Begriff. Die Versicherung ist dagegen stets entgeltlich, und zwar begriffsmäßig entgeltlich. Aber auch Bürgschaft und Garantie werden vielfach gegen Entgelt übernommen und sogar gewerbsmäßig betrieben. Ob dann ein Versicherungsbetrieb und damit Versicherung vorliegt, dürfte in diesem Falle nur noch danach zu beurteilen sein, ob der Geschäftsbetrieb nach versicherungstechnischen Gesichtspunkten aufgebaut ist. Dafür wäre namentlich wohl kennzeichnend, ob die Geschäfte unter dem Gesichtspunkt des Gesetzes der großen Zahl abgeschlossen werden und ob auf eine Risikenmischung gesehen wird. Weiter ist zu beachten, ob andere Unternehmungen durch interne Beteiligungen anteilig die Gefahr mitlaufen. Ist das alles nicht der Fall, so mag vielleicht ein Bankgeschäft vorliegen, von Versicherung wird man dagegen nicht sprechen können.

**II. Einteilung der Versicherung.** 1. Man muß, wenn man die Praxis betrachtet, zwei Hauptgruppen der Versicherung unterscheiden. Die eine wird durch die öffentliche Fürsorge ausgeübt und beruht auf Erwägungen der Sozialpolitik. Dies ist die Sozialversicherung. Ihr Zweck ist, kurz zusammengefaßt, Schutz wirtschaftlich Schwacher gegen einen etwaigen Vermögensbedarf. Dabei beschränkt sich die Versicherung meist auf einen Vermögensbedarf, der durch eine körperliche Eigenschaft, sei es Krankheit, Unfall, Invalidität u. dgl., verursacht ist. Nur die sogenannte Arbeitslosenversicherung dürfte hiervon eine Ausnahme machen. Die Sozialversicherung hat ihre gesetzliche Regelung in der Hauptsache in der Reichsversicherungsordnung und in dem Angestelltenversicherungsgesetze gefunden. Ihr grundsätzliches Gepräge findet sie in dem Versicherungszwang, den der Gesetzgeber zur Erreichung seines Zweckes nicht entbehren zu können glaubte. Da diese Versicherungsart ein Teil der Sozialpolitik ist, haben wir uns im folgenden nicht mehr mit ihm zu beschäftigen.

Wenn man von Versicherung oder dem Versicherungswesen spricht, denkt man auch wohl in erster Linie an die zweite Hauptgruppe, die sogenannte Privatversicherung. Zu ihr gehören alle Versicherungen mit Ausnahme der Sozialversicherung. Ihr Hauptmerkmal ist, daß sie in der Regel auf freiwilligen Verträgen beruhen. Wir sagen, in der Regel, denn auch hier gibt es in manchen Gegenden Deutschlands einen Versicherungszwang.

Die Privatversicherung wird hauptsächlich von Privatunternehmungen betrieben. Daneben tritt aber auch der Staat oder ein Organ des Staates als Versicherer in Form von öffentlichen Anstalten, den sogenannten Sozietäten, auf. Wir haben bei unseren Ausführungen über die Form des Versicherungsbetriebes noch hierauf zurückzukommen. Die Sozietäten besitzen in manchen Gegenden das alleinige Recht zur Ausübung gewisser Versicherungsarten. Wer sich gegen die betreffende Gefahr versichern will, muß dies dann bei der zuständigen Sozietät tun. In anderen Fällen und Gegenden geht das Bannrecht der öffentlichen Anstalt sogar so weit, daß jeder, der einen betreffenden versicherbaren Gegenstand überhaupt hat, auch bei der zuständigen Sozietät versichert sein muß. Diese Form stellt wohl noch eine Übergangsform von der Privat- zur Sozialversicherung dar und ist ein Überrest des alten Polizeistaates. Die Sorge für die wirtschaftlich Schwachen tritt allerdings dabei mehr in den Hintergrund, da es vielfach gerade nicht die wirtschaftlich Schwachen sind, die von dem Zwange erfaßt werden. Man denke nur an die zwangsweise Feuerversicherung der Hausbesitzer in einigen Gegenden Deutschlands. Im folgenden werden wir die Versicherung durch öffentliche Anstalten sehr in den Hintergrund treten lassen und uns auf die reine Privatversicherung beschränken, um ein möglichst übersichtliches Bild dieses Wirtschaftszweiges zu gewinnen. Würden wir diese Beschränkung nicht einführen, so müßten wir auf eine Reihe von landesrechtlichen Besonderheiten eingehen, die zwar den Betrieb, nicht aber das Wesen der Privatversicherung treffen. Wir werden bei den Ausführungen über die Formen des Versicherungsbetriebes auf diesen Punkt noch zurückkommen.

Die Privatversicherung hat ihre reichsgesetzliche Regelung in der Hauptsache in dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. 5. 1908 erhalten, neben dem aber auch noch andere gesetzliche Bestimmungen, z. B. das Handelsgesetzbuch, in Betracht kommen. Da es sich um einen Wirtschaftszweig von außerordentlicher Bedeutung handelt, hat der Gesetzgeber der Staatsgewalt ein Aufsichtsrecht durch das Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. 5. 1901 vorbehalten. Die Sozietäten unterstehen ebenfalls auf Grund einer Reihe von Landesgesetzen einer staatlichen Aufsicht.

2. Gruppen der Privatversicherung. Die beiden wichtigsten Gruppen der Privatversicherung werden meist nach dem Gesetze über den Versicherungsvertrag unterschieden. Es unterscheidet in seinem § 1 zwischen der Schadensversicherung und der Personenversicherung, kennt also, wie wir nochmals ausdrücklich betonen möchten, nicht den Begriff der Versicherung an sich. Zu beachten ist dabei, daß das Gesetz bei dieser Einteilung von einem verschiedenen Einteilungsmaßstab ausgeht. Richtiger ist es daher, der Personenversicherung die Sachversicherung gegenüberzustellen, weil man dann in beiden Fällen von dem Objekt der Versicherung als Einteilungsmaßstab ausgeht. Bei der Schadensversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsnehmer den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrages zu ersetzen. Bei der Personenversicherung ist er verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den vereinbarten Betrag an Kapital oder Rente zu zahlen oder die sonst vereinbarte Leistung zu bewirken. Beide Fälle unterscheiden sich demnach grundsätzlich dadurch, daß bei der Schadensversicherung der Vermögensbedarf, wie schon der Name besagt, durch einen Schaden verursacht werden muß, während der Versicherungsfall bei der Personenversicherung keineswegs in einem Schadenereignis zu bestehen braucht. Im Gegenteil, er kann sogar in einem durchaus erwünschten Ereignis zutage treten. Man denke nur an die Aussteuer für ein Mädchen im Falle seiner Heirat, an die Geburt eines Kindes, die Einziehung zum Militärdienst. Alle derartigen Ereignisse erfordern aber bei ihrem Eintritt gewisse Vermögensaufwendungen oder aber sie verhindern

den Erwerb. Infolgedessen sind sie doch in ihrer mittelbaren Auswirkung wirtschaftlich nachteilig.

Auf dem bis jetzt behandelten Unterschiede beruht auch noch eine andere vielfach übliche Einteilung der Versicherung. Bei der Schadenversicherung kann man durch die Abschätzung des Schadens genau feststellen, wie groß der Vermögensbedarf ist. Die Versicherung kann zwar nicht die Wirtschaftsgüter vor Schaden bewahren, sie soll aber die wirtschaftlich nachteiligen Folgen ihrer Vernichtung oder Beschädigung beseitigen. Mehr kann sie aber auch nicht leisten. Infolgedessen ist der Wert der verschiedenen Güter die Richtschnur für die Höhe des Schadens und damit für die oberste Grenze der Entschädigungsleistung des Versicherers. Bei der Personenversicherung läßt sich der Vermögensbedarf nicht so genau feststellen. Insbesondere gibt es keinen Wert, welcher für die Versicherungsleistung als Anhaltspunkt dienen könnte. Ob jemand seiner Tochter im Falle ihrer Verheiratung eine Aussteuer im Werte von 5000 oder 50000 M. geben will, ist Sache seines freien Willens. Man könnte allerdings sagen, daß vielleicht eine Aussteuer von 50000 M. seine Vermögensverhältnisse übersteigen würde. Gleichwohl darf sein Vermögen nicht als maßgebend für die Höhe der Versicherungssumme herangezogen werden, da bei der Personenversicherung aus den Prämienzahlungen das Kapital angesammelt wird. Sie hat gerade neben dem Risikocharakter auch noch einen starken Sparcharakter. Bei ihr wird also der zukünftige Vermögensbedarf taxiert und in einer Summe genau festgesetzt. Man stellt daher vielfach der Schadenversicherung die Personenversicherung als Summenversicherung gegenüber.

Die bisher behandelten Einteilungen erscheinen uns nicht ganz vollständig. Für die Einteilung gehen wir von dem Gegenstand, auf den sich die Versicherung bezieht, aus. Vom Schaden können nicht nur Personen und Sachen betroffen werden. Der Schaden kann auch das Vermögen betreffen. Wir wollen daher die Versicherung in die Personenversicherung, Sachversicherung und die Vermögensversicherung einteilen.

Die bisher behandelten Gruppen der Versicherung sind in der Praxis wieder weiter eingeteilt in die sogenannten Versicherungszweige. Man versteht darunter eine gewisse Gesamtheit von Versicherungen, die entweder gegen die gleiche Gefahrart oder für die gleiche Art der versicherten Gegenstände genommen wird. Auch hier ist der Einteilungsgesichtspunkt wieder nicht einheitlich. Einmal wird die Gefahr, ein anderes Mal das Objekt der Versicherung für die Einteilung zugrunde gelegt. Indessen hat sich trotz der systematischen Mängel diese Einteilung in Wissenschaft und Praxis so fest eingebürgert, daß sie hier beibehalten werden soll.

Als Zweige der Personenversicherung finden wir hauptsächlich

1. die Lebensversicherung,
2. die Unfallversicherung,
3. die Krankenversicherung.

Als Zweige der Sachversicherung:

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Transportversicherung,</li> <li>2. die Feuerversicherung</li> <li>3. die Hagelversicherung</li> <li>4. die Viehversicherung</li> <li>5. eine Anzahl kleinerer Zweige.</li> </ol> | } | landwirtschaftliche Versicherung, |
|--|---|-----------------------------------|

Die Vermögensversicherung kann man wieder einteilen in

1. die Haftpflichtversicherung,
2. die Kreditversicherung,
3. die Rückversicherung.

Endlich kennt die Praxis noch sogenannte Versicherungsarten. Man versteht darunter verschiedene Erscheinungsformen der einzelnen Versicherungszweige.

## § 2. Die technischen Grundlagen der Versicherung.

Literatur: CZUBER, Wahrscheinlichkeitsrechnung. Leipzig 1921; EHRENBURG, Versicherungsrecht. Leipzig 1893; GRUBE, Privatversicherung und Geldentwertung. Berlin 1923; HAGEN, Versicherungsrecht. Leipzig 1922; KISCH, Handbuch des Privatversicherungsrechts. München 1920; KEYNES, A treatise on Probability. London 1921; LENGYEL, Lehren aus der Geldentwertung für den Versicherungsbetrieb. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft 1923; MANES, Versicherungsllexikon. Berlin 1924. MANES, Grundzüge des Versicherungswesens. Leipzig 1923.

1. Bevor wir auf die technischen Grundlagen eingehen, müssen wir erst die üblichen Bezeichnungen kennen lernen. Wie wir bereits gesehen haben, sind an der Versicherung immer zwei Parteien beteiligt. Diejenige Partei, die sich verpflichtet, unter den im Versicherungsvertrage vereinbarten Umständen die vereinbarte Leistung zu machen, heißt der Versicherer. In der Praxis wird namentlich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen dafür vielfach der Ausdruck „Die Gesellschaft“ oder „Der Verein“ gebraucht, je nachdem ob von einer Aktiengesellschaft“ oder von einem sogenannten Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit das Geschäft betrieben wird. Die Partei, welche die zur Erlangung des Versicherungsschutzes erforderlichen Beiträge zahlt, heißt der Versicherungsnehmer. Damit ist aber der Kreis der an einer Versicherung beteiligten Personen noch nicht notwendigerweise erschöpft. Keineswegs erhält nämlich jedesmal derjenige, welcher die Beiträge bezahlt, auch die im Vertrage vereinbarte Leistung. Man denke nur an den Abschluß einer Lebensversicherung durch einen Ehemann in der Weise, daß die überlebende Ehefrau im Falle seines Todes die Versicherungsleistung ausbezahlt erhalten soll, oder man nehme eine Kreditversicherung, die vom Schuldner so eingegangen wird, daß im Falle seiner Zahlungsunfähigkeit der Gläubiger die Leistung vom Versicherer empfangen soll. In allen Fällen nennt man die Partei, der die Leistung zugute kommen soll, den Versicherten. In sehr vielen, man kann wohl sagen, in den meisten Fällen werden Versicherungsnehmer und Versicherter ein und dieselbe Person sein. Da dies jedoch keineswegs immer so ist, kommt der Unterscheidung mehr als nur theoretische Bedeutung zu.

Der Beitrag, welcher vom Versicherungsnehmer gezahlt werden muß, um den Versicherungsschutz wirksam werden zu lassen, nennt man die Prämie. Die Zeitdauer, für welche eine Versicherung abgeschlossen wird, heißt die Vertragsdauer. Versicherungsperiode nennt man den Zeitraum, nach welchem die Prämie berechnet wird. Sie darf nach dem Versicherungsvertragsgesetz höchstens ein Jahr betragen. Infolgedessen zerfällt vielfach die Vertragsdauer in eine Reihe von Versicherungsperioden. Der Betrag, welcher im Versicherungsvertrage als Grenze für die Leistung des Versicherers festgesetzt ist, heißt die Versicherungssumme. Das Ereignis, welches diese Leistung auslöst, wird als Versicherungsfall bezeichnet. Endlich haben wir noch zu erwähnen, daß man die Urkunde, welche über einen Versicherungsvertrag ausgestellt wird, als Versicherungspolice oder auch kurz nur als Police oder Versicherungsschein bezeichnet.

2. Wenn wir uns nunmehr den technischen Grundlagen der Versicherung zuwenden, so möchten wir an die Definition der Versicherung anknüpfen. Wir haben gesehen, daß es ihre Aufgabe ist, einen etwaigen Vermögensbedarf zu decken. Wir haben auch schon auf gewisse Merkmale, nämlich die Zufälligkeit und Schätzbarkeit des Vermögensbedarfs hingewiesen. Damit haben wir den jedem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Begriff der Gefahr.

Unter Gefahr versteht man, wie KISCH, Handbuch des Privatversicherungsrechts, eingehend dargelegt hat, etwas sehr Verschiedenes. Man bezeichnet, kurz zusammengefaßt, damit einmal den Umstand, von dem die Leistungspflicht des Versicherers abhängig gemacht ist, weiter die Möglichkeit des Eintritts dieses Umstandes und endlich die Haftung des Versicherers aus diesem Umstande. Im erst-

genannten Sinne braucht die Gefahr nicht notwendigerweise ein schädlicher oder unerwünschter Zustand zu sein. Immer aber muß er möglich sein, d. h. also er muß objektiv oder wenigstens doch subjektiv ungewiß sein. Weiter ist in diesem Sinne noch erforderlich, daß er versicherbar, also des rechtlichen Schutzes würdig ist. Im zweiten Sinne als Möglichkeit des Versicherungsfalles hängt die Gefahr von zahllosen Umständen des täglichen Lebens, den sogenannten Gefahrenumständen, ab. Sie zusammen bilden den Gefahrzustand. Die Möglichkeit des Eintritts der Gefahr, also des Versicherungsfalles, wird nach der Wahrscheinlichkeit berechnet. Gefahr als Haftung endlich ist nur die vertragliche Leistungspflicht des Versicherers im Versicherungsfalle. Zu bemerken ist endlich noch, daß man für den Ausdruck Gefahr vielfach den Ausdruck Risiko gebraucht.

Ohne Gefahr ist ein Versicherungsvertrag nicht möglich. Sie ist also die Grundlage der Versicherung überhaupt. Ein Blick ins tägliche Leben zeigt sofort, daß es die verschiedenartigsten Gefahren gibt. Der Versicherer hat sich daher zunächst zu überlegen, gegen welche Gefahren er Versicherungsschutz gewähren will. Die Art der Gefahr ist einer der Maßstäbe für die Einteilung der Versicherung in Versicherungszweige, wie wir bereits kennen gelernt haben.

Innerhalb der einzelnen Versicherungszweige, oder mit anderen Worten bei der Versicherung gegen die gleiche Gefahr, ist bei den einzelnen Versicherungen je nach den vorliegenden Gefahrenumständen die Möglichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles ganz verschieden groß. Aus Gründen, die wir später noch bei der Betrachtung der Wahrscheinlichkeit und der Prämienberechnung zu erörtern haben werden, macht der Versicherer je nach der größeren oder geringeren Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles Klassen für die Beiträge, welche von dem Versicherungsnehmer zu zahlen sind. Man nennt sie Gefahrenklassen.

Die Bestimmung der Gefahr erfolgt im Versicherungsvertrage. Da es sich um Verträge handelt, wie sie im täglichen Leben gebräuchlich sind, hat der Gesetzgeber Vertragstypen in der Normierung der einzelnen Versicherungszweige aufgestellt. Dabei kommen zwei verschiedene Prinzipien zum Ausdruck. Das erste ist das der Universalität. Es besagt, daß durch den typenmäßigen Versicherungsvertrag grundsätzlich Versicherungsschutz gegen alle vorkommenden Gefahren geboten wird. Selbstverständlich können im tatsächlich abgeschlossenen Versicherungsvertrage einzelne Gefahren von der Deckung ausgeschlossen werden. Dieses Prinzip kommt in der Transportversicherung zum Ausdruck. Das andere Prinzip ist das der Spezialität. Nach ihm wird nur gegen die bestimmte Gefahr durch den typischen Versicherungsvertrag Schutz gewährt. Natürlich kann der tatsächlich abgeschlossene Vertrag auch noch andere Gefahren mitdecken. Dieses zweite Prinzip ist die Regel. In der Praxis findet sich aber in der sogenannte Einheitsversicherung, die wir bei der Besprechung der Transportversicherung behandeln werden, ein Übergang zum Prinzip der Universalität. Hier sei nur bemerkt, daß die Einheitsversicherung in der heutzutage herrschenden Form grundsätzlich Deckung gegen mehrere, im Vertrage genau bezeichnete Gefahren gewährt.

Wir haben also nach dem Gesagten bei jeder Versicherung mit einer Gefahr in den oben erwähnten Bedeutungen nach zwei Richtungen hin zu tun. Einmal kommt die Gefahr generell in Frage. Es handelt sich also mit anderen Worten um die Auswahl des Versicherungszweiges. Weiter kommt aber noch die Art der betreffenden Gefahr, z. B. Feuer, Hagel, im einzelnen Falle in Frage. Das sind, wie bereits erwähnt, die Gefahrenumstände und der Gefahrzustand des betreffenden zu versichernden Gegenstandes. Von ihnen hängt die Gefahr, die der Versicherer tatsächlich übernimmt, ausschließlich ab. Für jeden Versicherungsvertrag müssen sie genau festgestellt werden. Dies geschieht durch die Beantwortung einer Reihe von Fragen, welche der Versicherer im Antrage an den Versicherungsnehmer zu richten pflegt. Hierin prägt sich die sogenannte Anzeigepflicht des Versiche-

rungsnehmers aus, der alle Umstände, welche für die Übernahme der Gefahr von Bedeutung sind, dem Versicherer anzeigen muß.

Ist der Vertrag abgeschlossen und somit die Gefahr genau umgrenzt, so darf sie naturgemäß nicht mehr nachträglich geändert werden. Man unterscheidet dabei eine Gefahränderung und eine Gefahrerhöhung. Eine Gefahränderung, die nicht auch zugleich eine Gefahrerhöhung ist, hat im allgemeinen keinen Einfluß auf den Bestand des Vertrages. In manchen Verträgen, ja ganzen Versicherungszweigen findet sich aber auch die gerade entgegengesetzte Regelung vereinbart. Bei der Gefahrerhöhung ist zu unterscheiden, ob sie vom Versicherungsnehmer herbeigeführt worden oder ohne sein Zutun eingetreten ist. Die Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung sind eingehend im Gesetze über den Versicherungsvertrag geregelt. Wenn der Versicherungsnehmer auch eine Erhöhung der Gefahr nicht vornehmen darf, so ist er andererseits auch nicht zu einer Verminderung der Gefahr verpflichtet. Der Versicherer hat ja auf sie in dem Zustande, in dem sie sich beim Vertragschluß befand, die Deckung zugesagt. Es kann allerdings vertraglich eine Pflicht des Versicherungsnehmers zur Verminderung der Gefahr im Einzelfalle besonders vereinbart sein. Man spricht dann von sogenannten Sicherheitsvorschriften.

3. Aus dem Begriffe der Gefahr ergibt sich, daß bei der einzelnen Versicherung ein Schadenereignis eintreten kann, keineswegs aber eintreten muß. Andererseits müssen wir beachten, daß die Versicherung, wenn sie den Vermögensbedarf der auf Gegenseitigkeit zusammengeschlossenen Einzelwirtschaften decken soll, mit den einzunehmenden Beiträgen auch die gesamten Aufwendungen decken muß.

Die Grundlage für die Berechnung der Prämie ist die Wahrscheinlichkeitsrechnung. Sie hat es mit objektiv gegebenen Tatsachen zu tun, aus denen verschiedene Ergebnisse in die Erscheinung treten können, aber nicht müssen. Man unterscheidet dabei konstante und variable Bedingungen. Die objektiven Tatsachen sind die konstanten Bedingungen, während die variablen Bedingungen kurz mit dem Zufall gleichzusetzen sind. Aus der Verbindung beider Bedingungen entsteht das „Ereignis.“ Grenzen der Wahrscheinlichkeit sind die Unmöglichkeit und die Notwendigkeit des Ereignisses. Bei den möglichen Ereignissen unterscheidet man dann noch die günstigen und die ungünstigen Fälle.

Unter der mathematischen Wahrscheinlichkeit versteht man das Verhältnis der günstigen zu den möglichen Fällen. Ihr Verhältnis zueinander drückt den Grad der Möglichkeit des Eintritts des betreffenden Ereignisses aus. Damit ist aber über das tatsächliche Geschehen noch nichts gefunden. Sie ist daher auch für das Versicherungswesen von mehr untergeordneter Bedeutung. Für dieses kommt die sogenannte statistische Wahrscheinlichkeit in Frage. Ist bei einer genügend großen Zahl von Einzelbeobachtungen ein bestimmtes Ereignis, das jedesmal möglich war, in einer gewissen Anzahl von Fällen eingetreten, so bezeichnet man den Quotienten aus der Zahl der eingetretenen Fälle und der Zahl der Einzelbeobachtungen als statistische Wahrscheinlichkeit. Der wesentliche Unterschied zur mathematischen Wahrscheinlichkeit besteht in dem Fehlen der konstanten Bedingungen. Daraus ergibt sich, daß die statistische Wahrscheinlichkeit nur mit großer Vorsicht von der Versicherung gebraucht werden kann. Man denke nur an die Sterbewahrscheinlichkeiten, die sich während der Beobachtungszeit ändern und bei denen auch die Einzelfälle nicht einmal gleichwertig sind. Aus der Beobachtung der Sterblichkeit lassen sich nur Sterbequoten ableiten. Sie werden erst dadurch zu Sterbewahrscheinlichkeiten, daß man sie auf eine bestimmte Personen-Gruppe anwendet und für diese als konstant ansieht.

Die Untersuchung dieser äußerst schwierigen Fragen hat zur Ausbildung einer besonderen Wissenschaft, der Versicherungsmathematik, geführt. Sie hat bisher ihr Hauptanwendungsgebiet in der Lebensversicherung, die neben den Zweigen, bei denen eine Reserveberechnung erforderlich ist, allein mathematisch durch-

gearbeitet ist. Aber auch in das Gebiet der anderen Versicherungsweige dringt die Mathematik langsam vor. Im großen und ganzen geht man jedoch bei ihnen heute noch von Erfahrungen aus. Beachtenswert ist dabei, daß diese Erfahrungen nicht von jedem Versicherer für sich gemacht sind, sondern von der Gesamtheit benutzt werden. Wie roh die Ergebnisse sind, ergibt sich daraus, daß nicht nur viele Versicherungen besondere Vereinbarungen enthalten, sondern daß sich im Bestande auch noch die besondere Geschäftspolitik jedes einzelnen Versicherers ausdrückt. Gleichwohl sind aber die Ergebnisse immer noch genau genug, um ein für die Praxis brauchbares Instrument zu geben.

Man kann die zur Anwendung kommenden Erfahrungssätze kurz dahin zusammenfassen, daß das Versicherungswesen auf dem Gesetz der großen Zahl beruht. Man bezeichnet damit die Erfahrungstatsache, daß Ereignisse, die völlig zufällig einzutreten scheinen, gleichwohl regelmäßig eintreten, und daß man diese Regelmäßigkeit nachweisen kann, wenn man eine sehr große Zahl von Ereignissen beobachtet. Bei einer derartig umfassenden Beobachtungsreihe tritt die jeweilige Entstehungsursache in den Hintergrund. Für die Versicherung bedeutet dieses Gesetz, daß man für die Einheit eines versicherten Objektes einer ganz bestimmten Art feststellen kann, wie oft es von einer Gefahr ebenfalls ganz bestimmter Art, z. B. Feuer, betroffen wird. Maßgebend ist dabei meist ein Zeitraum von einem Jahr, innerhalb dessen der Schaden eintreten darf. Man hat diesen Zeitraum in Übereinstimmung mit der Dauer der Versicherungsperiode gewählt.

Das Gesetz der großen Zahl ist wissenschaftlich nur für die Lebensversicherung durchgearbeitet. Sofort erhebt sich nämlich die Frage, wie groß denn die Zahl sein muß, damit sich die Gesetzmäßigkeit der Schadenereignisse im Bestande auswirkt. Die mathematische Fassung des Gesetzes, auf die wir hier nicht eingehen können, beantwortet diese Frage. Sie gibt auch das Fehlergesetz und die mittlere Abweichung an.

Wenn man durch die Beobachtung einer Reihe von Jahren an einer sehr großen Anzahl von Schadenfällen beobachtet hat, daß z. B. von 1000 Häusern im Laufe eines Jahres 10 niederbrennen, so ist damit allein noch nicht viel gewonnen. Man muß die Beobachtungen noch weiter ausdehnen und feststellen, welche Werte durch diese 10 Brände im Durchschnitt vernichtet werden. Erst wenn wir wissen, daß auf einen Wert von 1000 M. im Laufe eines Jahres durchschnittlich 1 M. Schaden entfällt, haben wir die brauchbare Grundlage für den praktischen Versicherungsbetrieb. Im Laufe eines längeren Zeitraumes muß nämlich der Versicherer das Risiko decken können, wenn er für je 1000 M. versicherte Werte der betreffenden Art 1 M. an Beitrag vom Versicherungsnehmer erhebt. Da es sich um Sätze der Wahrscheinlichkeit handelt, müssen wir ausdrücklich hervorheben, daß der Ausgleich sich nur im Laufe der Zeit einstellen wird. Wie die Schadenstatistik einer jeden Versicherungsunternehmung zeigt, wechseln gute Jahre mit schlechten ab.

Durch Beobachtungen der geschilderten Art sind auf Grund einer langjährigen Erfahrung die Tarife der Versicherungsunternehmungen aufgebaut worden. Sie enthalten keine starren Sätze, da die Grundbedingungen der Schadenereignisse ständigen Veränderungen unterliegen. Man denke nur an die ständige Verbesserung des Feuerlöschwesens oder an die Zunahme sanitärer Einrichtungen. Schon in kurzer Zeit müssen derartige Veränderungen im Schadenverlauf zum Ausdruck kommen und eine Ermäßigung oder Erhöhung des Prämienatzes bedingen.

Wenn wir bisher von einem Prämienatz gesprochen haben, so haben wir damit immer nur den Nettoprämienatz gemeint, den der Versicherer erheben muß, um das tatsächliche Risiko zu decken. Auf die technischen Unterlagen zur Berechnung der Nettoprämien, die bei den einzelnen Versicherungszweigen naturgemäß sehr verschieden und meistens sehr umfangreich sind, kommen wir gelegentlich

noch zurück. In der Praxis erhebt der Versicherer nicht die Nettoprämie. Er hat noch Verwaltungskosten aufzuwenden und will verdienen. Außerdem muß er Rücklagen machen können, um einer Abweichung von dem angenommenen durchschnittlichen Schadenverlauf begegnen zu können. Er muß also für alle diese Posten noch einen Zuschlag erheben. Die wirklich erhobene Prämie kann man daher in diesem Sinne als Bruttoprämie bezeichnen.

Für die Bemessung des Prämienteiles, der zur Deckung des Risikos bestimmt ist, spielt aber auch der Zinsfuß eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wir möchten hier schon kurz darauf hinweisen, daß z. B. bei der Lebensversicherung die Prämie in einen Risiko- und einen Sparanteil zerfällt. Auch die Bedeutung des Zinsfußes wird von der Versicherungsmathematik näher untersucht. Er kommt namentlich bei der Bemessung einer ausreichenden Prämie in Betracht. Wir werden auf diesen Punkt bei der Behandlung der Prämie in der Lebensversicherung noch eingehen.

Aus der Gesamtheit der Prämienzahlungen muß der Versicherer, wenn sein Betrieb ordnungsmäßig geführt ist, die Gesamtheit der Schadenzahlungen bestreiten können. Am deutlichsten tritt dieser Charakter der Prämien in dem sogenannten Umlageverfahren, das sich namentlich bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit findet, in die Erscheinung. Bei ihm wird der Bedarf eines bestimmten Zeitraumes, meist eines Jahres, festgestellt und auf die Mitglieder nach Maßgabe ihrer Versicherungssummen verteilt. Dies ist die sogenannte Nachprämie. Sie eignet sich nur für sehr einfache Verhältnisse. Bei einer anderen Art des Umlageverfahrens wird vom Versicherer auf Grund der bisherigen Erfahrungen der voraussichtliche Bedarf des nächsten Jahres geschätzt und entsprechend den Versicherungssummen als Vorschüsse von den Versicherungsnehmern erhoben. Diese Vorschüsse nennt man die Vorprämie. Kommt das Versicherungsunternehmen bei der endgültigen Feststellung des Bedarfs mit diesen eingehobenen Beträgen nicht aus, so muß auch der Rest noch nach dem gleichen Schlüssel auf die Mitglieder umgelegt werden. Dies sind die sogenannten Nachschüsse. War an Vorprämie über den endgültigen Bedarf eingefordert worden, so wird der Überschuß zurückvergütet. Dieses Verfahren birgt für die Mitglieder große Gefahren in sich, da bei außergewöhnlichen Ereignissen möglicherweise sehr erhebliche Nachschüsse geleistet werden müssen, wenn keine anderweitigen Mittel mehr vorhanden sein sollten. Die großen Gegenseitigkeitsvereine sind von jeher auf die Schaffung ausreichender Reserven bedacht gewesen, während die kleineren Unternehmungen es hier oft fehlen lassen. Da von den Nachschüssen möglicherweise die wirtschaftliche Existenz der Mitglieder abhängt, haben manche Vereine die an sich unbegrenzte Nachschußpflicht auf ein genau festgesetztes Vielfaches der Vorprämie in der Satzung begrenzt. Manche Gegenseitigkeitsvereine heben aber auch von ihren Mitgliedern nur feste Beiträge ein, so daß keine Nachschüsse zu zahlen sind, aber auch keine Überschüsse zurückvergütet werden. Gleichwohl muß der Bedarf befriedigt werden. Soweit bei dieser Gestaltung des Umlageverfahrens die Mittel fehlen, werden die Leistungen des Vereins entsprechend gekürzt. Der Ausfall wird dann von denen getragen, die vom Schaden betroffen worden sind. Dadurch büßt naturgemäß der Versicherungsschutz außerordentlich viel von seiner Wirksamkeit ein. Er wird insbesondere vollständig ungleichmäßig, je nach dem Schadensausfall der einzelnen Jahre.

In der Praxis treten diese Nachteile des Umlageverfahrens jedoch kaum in die Erscheinung. Versicherungs-Aktiengesellschaften und -Vereine stehen in scharfer Konkurrenz. Es würde außerordentlich stark gegen einen Gegenseitigkeitsverein ausgenützt werden, wenn er zu sehr in den Prämien, seien es Vorprämien oder Nachschüsse, schwankt. Der Stolz der alten Gegenseitigkeitsvereine, die vielfach der Inflation zum Opfer gefallen sind, war es, jahrzehntlang keine Nachschüsse erhoben zu haben und in ihren Prämien vollständig stabil zu sein.



Die nächste Art der Beitragsleistung ist das sogenannte Kapitaldeckungsverfahren. Bei ihm werden in jedem Geschäftsjahre die Kapitalwerte der in ihm fällig werdenden Renten festgesetzt und durch Beiträge aufgebracht. Für die Berechnung dieser Kapitalwerte ist der Zinsfuß, der der Berechnung zugrunde gelegt wird, von großer Bedeutung. Dieses Verfahren hat nur ein sehr beschränktes Anwendungsgebiet.

Von der größten Bedeutung ist vielmehr das sogenannte Prämienverfahren. Bei ihm haben die Versicherten einen zu Vertragsbeginn festgesetzten, für die Vertragsdauer grundsätzlich gleichbleibenden Beitrag zu zahlen, für den sie im Schadenfalle die vertraglich vereinbarte Entschädigungsleistung erhalten. Träger der Versicherung ist hier, im Gegensatz zum Umlageverfahren, ein Unternehmer. Das Risiko liegt für ihn im Geschäftsverlauf. Ist dieser über Erwarten günstig, so macht er einen Gewinn. Kommt er dagegen mit den Beiträgen nicht aus, so muß er den Fehlbetrag aus seinem Vermögen decken. An diesem Punkte setzt die Versicherungspolitik hinsichtlich der Kapitalausrüstung der Versicherungsunternehmungen ein. Man sieht ohne weiteres, daß ein Unternehmen, welches das Prämienverfahren wählt, Garantiemittel, sei es in Form des Aktienkapitals oder der Reserven, haben muß, während ein Unternehmen mit Umlageverfahren darauf verzichten kann.

Beim Prämienverfahren gibt es zwei Unterarten. Die erste ist das sogenannte Prämierendurchschnittsverfahren. Ohne Rücksicht auf das Risiko hat bei ihm jeder Versicherte den gleichen Beitrag zu zahlen. Daß dieses System außerordentlich ungerecht ist, wenn Risiken verschiedener Schwere bei dem Unternehmen versichert sind, liegt auf der Hand. Dies vermeidet das gewöhnliche Prämienverfahren. Es geht von einer genauen Einteilung der Risiken hinsichtlich ihrer Schwere aus und bildet möglichst genaue Risikogruppen. Bei ihm herrscht der Grundsatz, daß jeder Versicherte verhältnismäßig gleich mit Prämien belastet sein soll. Wer ein schweres Risiko, d. h. ein solches, bei dem die Gefahr des Eintritts eines Schadens sehr groß ist, versichert, muß einen höheren Beitragssatz zahlen als derjenige, der ein leichtes Risiko versichert. Dank dieses Grundsatzes ist das Prämienverfahren in der Privatversicherung nahezu allein geltend.

Das Prämienverfahren beruht auf dem Grundsatz, daß die Prämie zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode im voraus gezahlt werden muß. Dieser Grundsatz ist auch in das Versicherungsvertragsgesetz aufgenommen worden. Der Versicherer erhält auf diese Weise von der Gesamtheit der Versicherungsnehmer die Mittel in die Hand, die etwa eintretenden Schäden zu vergüten. Die Versicherung soll aber nicht nur diese Entschädigungsleistungen zahlen. Einer ihrer größten Vorteile besteht auch noch darin, daß sie dem Versicherten das Gefühl der Sicherheit gibt. Die Leistung des Versicherers beginnt also, wenn auch vielleicht nicht im streng juristischen Sinne, mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages. Da er schon zu Beginn des Vertrages die Prämie in die Hand bekommt, spielt für alle Versicherungszweige, also auch für die, bei denen nur eine Risikoprämie erhoben wird, die Verzinsung eine gewisse Rolle. Die erzielten Zinsgewinne dienen mit zur Bestreitung der Ausgaben. Schwierig kann es nur im Einzelfall sein, welche Beträge verzinslich angelegt werden dürfen, um die notwendige Liquidität des Unternehmens zu wahren. Wir werden bei der Besprechung der Vermögensanlagen noch Gelegenheit haben, hierauf näher einzugehen.

4. Ein Grunderfordernis der Versicherungstechnik ist dann weiter der Ausgleich des Versicherungsbestandes. Man pflegt einen Teil dieses Erfordernisses mit dem Ausdruck Homogenität des Versicherungsbestandes zu bezeichnen, trifft aber, wie gesagt, nur einen Teil des Ausgleiches, der nach den technischen Erfordernissen vorhanden sein mußte.

Der Versicherungsbestand muß gleichartig sein, und zwar zunächst einmal hinsichtlich der Versicherungssummen. Am deutlichsten wird dies wohl durch ein

Beispiel. Es sollen auf Versicherungen von Hausrat im Werte von 1000 M. nach den statistischen Erfahrungen im Durchschnitt 1 M. Schäden im Jahre entfallen. Wenn der Versicherer nur Versicherungen über 1000 M. abschließt, so wird er, wenn er 1‰ Prämie erhebt, im Durchschnitt die Mittel haben, um die eintretenden Schäden tragen zu können. Wenn er aber außerdem eine Versicherung mit einer Versicherungssumme von z. B. 50000 M. abschließen würde, so würde er zwar 50 M. Prämie erhalten, aber wenn auf diese Versicherung ein Schaden entfiel, keineswegs die Mittel haben, ihn zu decken. Bei dem ersten Beispiel, dessen Schadenstatistik auch bei unserem zweiten Beispiel noch gilt, entfiel nämlich auf 1000 Versicherungen ein Schaden von 1000 M., d. h. eine Versicherung erlitt evtl. einen vollen Schaden. Wenn nun bei dem zweiten Beispiele die Versicherung von 50000 M. von dem vollen Schaden betroffen wird, so hat der Versicherer nur 1049 M. Mittel, um ihn zu decken. Es ergibt sich also, daß die Versicherungssummen in einem Versicherungsbestande möglichst gleichmäßig sein müssen. Das kann der Versicherer dadurch erreichen, daß er sich auch bei großen Risiken nicht über die einmal festgesetzte Summe beteiligt. An der vollen Deckung des betreffenden Risikos müssen sich dann eine ganze Anzahl von Versicherern beteiligen. Man nennt dies Mitversicherung. Der Versicherer kann sich aber auch dadurch helfen, daß er zwar zunächst ein großes Risiko ganz allein übernimmt, daß er dann aber durch besondere Verträge einen oder mehrere Versicherer an diesem Risiko beteiligt. Er nimmt mit anderen Worten selbst wieder für einen Teil des von ihm übernommenen Risikos anderweitig Versicherung. Man nennt diese Versicherung Rückversicherung. Sie ist also ein technisches Hilfsmittel des Versicherers. Da sie sich zu einem selbständigen Versicherungsweige ausgebildet hat, müssen wir ausführlich auf die hier angedeuteten Punkte bei ihrer Besprechung zurückkommen.

Der Versicherungsbestand muß aber nicht nur möglichst gleichwertig, er muß auch ausgeglichen hinsichtlich der Gefahr sein. Der Versicherer kann nicht unter sonst gleichgefährdeten Risiken eines zeichnen, bei dem die Gefahr besonders groß ist. Er muß vielmehr danach trachten, daß auf sämtliche Risikogruppen ungefähr die gleichen Aufwendungen in seinem Betrieb fallen. Das wird dazu führen, daß er sich an gefährlicheren Risiken entsprechend niedriger beteiligt. Dieser Gesichtspunkt ist ebenfalls bei der Besprechung der Rückversicherung, soweit es sich um die Bemessung des eigenen Anteils handelt, zu erörtern. Das gleiche gilt von dem Fall der sogenannten Gefahrenrückversicherung.

Wenn man alle diese Gesichtspunkte beachtet, so müßte bei einer richtig berechneten Prämie ein Versicherer auch dann den Ausgleich in seinem Bestande erzielen, wenn er sich auf die Zeichnung von Risiken einer ganz bestimmten Risikogruppe beschränken würde. Dieser Satz ist jedoch nur in der Theorie richtig. In keinem Versicherungsweige, ausgenommen vielleicht die Lebensversicherung, sind die Gefahrumstände so genau bekannt und die technischen Unterlagen so sichergestellt, daß die Rechnung vollständig stimmen würde. Man fordert daher in der Praxis des Versicherungsbetriebes noch mit Recht eine Mischung der Risiken. Man versteht darunter, daß ein Versicherungsbestand in einem durch Erfahrung als gut befundenem Verhältnisse Versicherungen aller oder doch der meisten Risikogruppen umfassen soll. Ein Blick in die Praxis zeigt sofort, daß die verschiedenen Risikogruppen in einem Geschäftsjahre ganz verschieden verlaufen können. So kann z. B. im landwirtschaftlichen Feuerversicherungsgeschäft der Schadenverlauf sehr ungünstig sein, während er im industriellen Feuerversicherungsgeschäft noch durchaus normal ist. Die Gründe für solche Abweichungen lassen sich meist nur durch eine eingehende Untersuchung feststellen. Hat der Versicherer aber einen gut gemischten Bestand, so besteht die Möglichkeit, daß die Ursachen für den verschiedenartigen Verlauf sich in ihrer Auswirkung für das Geschäftsergebnis aufheben.

In der Praxis des Versicherungsbetriebes sucht man die Mischung des Bestandes eines größeren Unternehmens noch weiter auszudehnen. Man geht nämlich darauf aus, den gleichen Versicherungszweig auf einem möglichst großen Gebiete zu betreiben, da man auf diese Weise den verschiedenen Gefahren einigermaßen zu begegnen hofft. Dieses Bestreben läßt sich am deutlichsten in der Sachversicherung nachweisen. Man denke z. B. an die Feuerversicherung. Beobachtungen der letzten Zeit haben gezeigt, daß die Schadenkurve der Kurve des Diskontsatzes ziemlich genau parallel läuft. Das heißt mit anderen Worten, daß eine schlechte Konjunktur von einem ungünstigen Schadensatz begleitet ist. Sehen wir uns die augenblickliche Wirtschaftslage an, so finden wir, wie das stets der Fall zu sein pflegt, in einigen Ländern eine gute, in anderen eine schlechte Konjunktur. Wenn ein Versicherer in allen in Frage kommenden Ländern die Feuerversicherung betriebe, so könnte man annehmen, daß sich die guten und die schlechten Schadenkurven einigermaßen ausgleichen würden. Wäre das tatsächlich so, dann hätte man eine gewisse Stabilität des Geschäftsergebnisses gesichert. Nach den Rechenschaftsberichten der größeren Unternehmungen findet man die Annahme, daß der internationale Betrieb des Versicherungsgeschäftes die Geschäftsergebnisse gleichmäßiger macht, in der Tat bestätigt. Diese Beobachtung gilt im übrigen auch für die Personenversicherung. Man denke nur z. B. an die Beeinflussung der Sterblichkeit durch eine Seuche.

Heutzutage strebt die überwiegende Mehrzahl der größeren Versicherungsunternehmen dann endlich noch einen weiteren Ausgleich an. Sie machen sich nämlich nicht mehr von dem Betrieb eines Versicherungszweiges abhängig, sondern betreiben mehrere nebeneinander. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß die allgemeinen Gefahren des Wirtschaftslebens in ganz verschiedener Weise auf die besonderen Gefahren der einzelnen Versicherungszweige einwirken. Bei einer Zunahme der Brandschäden z. B. wegen einer schlechten Ernte brauchen die Transportversicherungsschäden noch nicht über das gewohnte Maß zu steigen. Man muß allerdings beachten, daß zwischen manchen Versicherungszweigen eine innere Verbundenheit besteht, so daß sie auf manche Gefahren gemeinsam reagieren, auf andere wieder nicht. Wir möchten nur ein einziges Beispiel anführen. Wenn infolge einer schlechten allgemeinen Konjunktur die Brandschäden zunehmen, so wird wahrscheinlich zur gleichen Zeit auch die Einbruchdiebstahlversicherung einen steigenden Schadensatz aufweisen und in manchen Zeiten sogar für die Aufruhrversicherung die Schadenwahrscheinlichkeit sehr groß werden.

Einer nur flüchtigen Betrachtung der Praxis wird es indessen nicht entgehen, daß offenbar ein Ausgleich zwischen der Sach- und Personenversicherung von nur wenigen Unternehmungen angestrebt wird. Dieses Verhalten ist darin begründet, daß dem gemeinsamen Betriebe dieser beiden Versicherungsarten Einwendungen der Aufsichtsbehörden bei uns entgegenstehen. Die Personenversicherung verläuft, namentlich soweit die Lebensversicherung in Frage kommt, gleichmäßiger als die Sachversicherung. Da außerdem bei ihr beträchtliche Sparkapitalien angesammelt werden, will die Aufsichtsbehörde verhindern, daß die Interessen der Versicherten durch den unabsehbaren Verlauf der Sachversicherung bedroht werden. Es handelt sich also um die Störung einer wirtschaftlichen Entwicklung durch Verwaltungsmaßregeln. Bei den Unternehmungen, die der Aufsicht nicht unterstehen, bei den Rückversicherungsunternehmen, finden wir nämlich in zunehmendem Maße das Bestreben, durch den gemeinsamen Betrieb der beiden Versicherungsgruppen den Ausgleich herbeizuführen. Aber auch die das direkte Geschäft betreibenden Unternehmungen wissen sich zu helfen. Sie sind sehr oft an dem Aktienkapital der die andere Versicherungsgruppe betreibenden Gesellschaft maßgebend beteiligt. Sie erhalten dann durch die Dividenden auf den Aktienbesitz, wenn auch in geringerem Umfange, den Ausgleich.

5. Das Eintreten eines Schadens wird naturgemäß zuerst dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten bekannt. Er ist daher ganz allgemein verpflichtet, den Schaden dem Versicherer alsbald anzuzeigen. In den meisten Versicherungszweigen ist er aber außerdem noch verpflichtet, alles zur Abwendung oder Verringerung des Schadens Erforderliche zu tun. Dies ist die sogenannte Rettungspflicht.

Die Behandlung des Schadenfalles selbst läßt sich in mehrere Teile zerlegen, in die Feststellung, Berechnung und Abrechnung des Schadenfalles.

Die Feststellung des Schadenfalles hat die tatsächlichen Vorgänge aufzunehmen und namentlich sich darauf zu erstrecken, ob der beschädigte Gegenstand mit dem versicherten identisch ist. Schwierig ist unter Umständen die Berechnung des Schadens, bei der versicherungstechnische Gesichtspunkte wenigstens teilweise zur Anwendung kommen. Wenn der Versicherer bei der Personenversicherung die Zahlung eines vereinbarten Betrages oder einer summenmäßig festgesetzten Rente verspricht, so ist eben dieser Betrag zu zahlen. Anders ist es bei der Sachversicherung. Bei ihr ist nicht die Sache als solche versichert, sondern nur das Interesse, welches der Versicherungsnehmer an ihrem unversehrten Fortbestand hat. Dieses Interesse hat einen bestimmten Wert, den Versicherungswert. Der Versicherungswert kommt in der Versicherungssumme zum Ausdruck. Grundsätzlich soll eine Schadenversicherung nicht zur Bereicherung des Versicherungsnehmers dienen. Infolgedessen müssen Versicherungswert und Versicherungssumme übereinstimmen. Wie jeder Wert, so ist auch der Versicherungswert sehr schwer zu bestimmen. Ist der Neuwert oder der Zeitwert oder gar der Wiederbeschaffungswert maßgebend? Diese Fragen spielen neuerdings in dem Streit um die Neuwertversicherung eine erhebliche Rolle. Zurzeit kommt allgemein grundsätzlich wohl nur der Wert der versicherten Sache im Zeitpunkte des Versicherungsfalles in Frage. Auf Grund besonderer ausdrücklicher Vereinbarungen kann aber auch z. B. der Anschaffungswert oder ein Liebhaberwert versichert werden.

Versicherungswert und Versicherungssumme dürfen nicht miteinander verwechselt werden. Die Versicherungssumme gibt lediglich die oberste Grenze der Ersatzleistung für den Versicherer an. Aus dem Satze, daß die Schadenversicherung nicht zur Bereicherung des Versicherungsnehmers führen darf, ergeben sich einige Folgerungen:

Decken sich Versicherungswert und Versicherungssumme, so liegt eine sogenannte Vollwertversicherung vor. Sie macht für die Schadenberechnung keinerlei Schwierigkeit. Im Versicherungsfalle ist vom Versicherer die Versicherungssumme zu bezahlen. Ist die Versicherungssumme größer als der Versicherungswert, so spricht man von einer Überversicherung. Würde der Versicherer bei ihr im Schadenfalle die Versicherungssumme voll auszahlen, so würde eine Bereicherung des Versicherungsnehmers vorliegen. Der § 55 VVG. bestimmt daher ausdrücklich, daß in solchen Fällen der Versicherer nicht mehr als den Betrag des Schadens, also des Versicherungswertes, zu ersetzen hat. Wenn die Versicherungssumme hinter dem Versicherungswerte zurückbleibt, spricht man von einer Unterversicherung. Hierbei kommt noch eine besondere Eigenschaft der Versicherungssumme zur Geltung. Sie ist nämlich nicht nur oberste Grenze für die Leistungspflicht des Versicherers, sondern auch Maßstab für die Beitragsleistung des Versicherungsnehmers. Hat dieser von einem niedrigeren Betrage seinen Beitrag bezahlt, so kann er nicht den vollen Schaden ersetzt verlangen. Der § 56 VVG. bestimmt daher, daß der Versicherer, wenn die Versicherungssumme niedriger ist als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles, nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Versicherungswert haftet. Tritt ein voller Schaden ein, wird z. B. das versicherte Mobiliar vollständig durch Feuer vernichtet, so muß der Versicherer natürlich die volle Versicherungssumme zahlen. Den über-

schießenden Schaden trägt der Versicherungsnehmer. Deutlicher wird die eigenartige Regelung bei einem teilweisen Schaden. Nehmen wir an, der Wert des Mobiliars sei im fraglichen Zeitpunkte 20000 M., die Versicherungssumme betrage aber nur 10000 M. Der Schaden soll in Höhe von 10000 M. eintreten. Der Versicherer hat dann eine Schadenvergütung im Verhältnis von 10000 zu 20000 oder die Hälfte der Versicherungssumme gleich 5000 M. zu leisten.

Man kann durch besondere Vereinbarung die Folgen der Unterversicherung ausschließen. Dies geschieht in der Annahme, daß ein Schaden in voller Höhe den versicherten Gegenstand nicht treffen kann oder wenigstens nur sehr selten treffen wird. Man vereinbart in diesem Falle mit dem Versicherer, daß er alle eintretenden Schäden ohne Rücksicht auf das Vorliegen einer Unterversicherung bis zur Höhe der vollen Versicherungssumme zu ersetzen hat. Gehen Schäden darüber hinaus, so trägt der Versicherungsnehmer die überschießenden Teile. Diese Form nennt man Versicherung auf erstes Risiko. Sie war in Deutschland lange Zeit wegen des Widerstrebens der Versicherer unmöglich und ist auch jetzt nur für einige wenige Versicherungsarten von ihnen zugestanden worden. Da der Versicherer bei dieser Versicherungsform nur von dem Teile des Versicherungswertes, der in der Versicherungssumme zum Ausdruck kommt, die Prämie berechnen kann, muß er bei dieser Versicherungsform, um einen Ausgleich zu erzielen, einen höheren Prämiensatz erheben, denn auch bisher haben die Schäden nicht immer den vollen Versicherungswert erreicht. Statistische Unterlagen für die Prämienberechnung waren nicht vorhanden und dürften auch jetzt noch nicht in ausreichendem Maße gefunden sein.

In diesem Zusammenhange ist noch die sogenannte Versicherung auf zweites Risiko zu erwähnen. Bei ihr wird vereinbart, daß alle Schäden bis zu einem gewissen Betrage voll zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen. Erst wenn die Schäden über diesen Betrag hinausgehen, hat der Versicherer einzutreten. Es handelt sich also um eine Art Katastrophenversicherung. Sie hat in der Rückversicherung zur Ausbildung eines besonderen Vertragstyps, des Schadenexzedentenvertrages, geführt.

Öfter kommt es in der Praxis vor, daß für ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern Deckung genommen wird. Man spricht in diesem Falle von einer Mehrfachversicherung, wenn die verschiedenen Versicherungssummen den Versicherungswert nicht übersteigen. Wir haben sie bereits bei der Mitversicherung kennen gelernt und dort auch den Hauptgrund für ihre Anwendung erörtert. Übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert, so ist eine sogenannte Doppelversicherung gegeben. Bei ihr sind die Versicherer Gesamtschuldner in der Weise, daß jeder bis zum Betrage seiner Versicherungssumme haftet, der Versicherungsnehmer im ganzen aber nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann. Eine Erörterung der Ausgleichspflicht der Versicherer untereinander und der sonst gegebenen Rechtsfolgen gehört in die Behandlung des Versicherungsrechts.

6. Die Bedeutung der Versicherungssumme und des Versicherungswertes trat während des Schwankens unserer Währung besonders zutage. Man lernte damals die Notwendigkeit kennen, den Versicherungswert in einem möglichst stabilen Maßstabe auszudrücken. Da dies bis dahin das Geld war, griff man zunächst zur Versicherung in einer wertbeständigen Währung. Hiergegen sprachen währungspolitische Erwägungen. Die Durchführung der reinen Währungsversicherungen wurde durch die Währungsgesetze unterbunden. Man half sich dann durch verschiedene andere Mittel. Bei manchen Versicherungen vereinbarte man die Goldklausel. Andere wurden auf einen Index abgestellt. Man wählte dazu einen Sachindex oder Währungsindex. Dadurch erhielt man, weil die Versicherung immer noch auf Währung lautete, die sogenannten Policen mit gleitender Versicherungs-

summe und Prämie. Ihr Nachteil bestand in der Unsicherheit der Wertfestsetzung, den hohen Verwaltungskosten und dem ständigen Nachzahlen von Prämien. Andere Versicherungen stellten auf eine fiktive Festmark ab; bei ihr mußte die Papiermarkversicherungssumme in Goldmark oder in einen anderen festen Maßstab umgerechnet werden. Als solcher diente das Goldzollaufgeld, der Roggen- oder Kohlenpreis. Besonders beliebt war endlich die Versicherung auf Währungsbasis, bei der zwar die Versicherungssumme auf die als Maßstab gewählte stabile Währung lautete, während alle Leistungen unter entsprechender Umrechnung zum Leistungstage in Papiermark erfolgten.

Alle Hilfsmittel litten in der Praxis daran, daß der zugrunde liegende Maßstab gar nicht oder nur in sehr geringem Umfange den Versicherern zu Gebote stand. Aus den Beobachtungen der damaligen Zeit hat sich der Grundsatz der adäquaten Deckung herausgebildet. Wenn ein Versicherer z. B. eine Haftung in englischen Pfund Sterling übernimmt, so muß er auch diese Währung zur Verfügung haben, um etwaige Ansprüche seiner Kunden befriedigen zu können, ohne selbst ein Währungsrisiko zu laufen. Zu dem Grundsatz der adäquaten Deckung gehört die Forderung nach Rückversicherung in der Originalwährung. Der Rückversicherer muß in der gleichen Währung haften, in welcher der Erstversicherer seine Verpflichtung zu erfüllen hat. Die Bedeutung der Frage wird durch folgendes Beispiel deutlich, bei dem nur mit vollen Beträgen gerechnet wird. Der Versicherer hat eine Vollwertversicherung über £ 5000 abgeschlossen. Von dieser hat er 80% in Markwährung rückversichert. Die Rückversicherer haften ihm, da die Rückversicherung zur Zeit des Paristandes abgeschlossen sein soll, zunächst für 80000 M. Ein Vollschaten soll in dem Zeitpunkte eintreten, in welchem für £ 1 M. 100 zu bezahlen sind. Die Rückversicherer haben nach wie vor auf Grund der Rückversicherungsverträge an den Erstversicherer M. 80000, ihre Versicherungssumme, zu zahlen. Für diesen Betrag kann der Erstversicherer nur noch £ 800 statt wie beim Abschluß der Rückversicherung £ 4000 kaufen. Da er aber seinem Versicherungsnehmer £ 5000 zu bezahlen hat, muß er aus seinen eigenen Mitteln £ 4200 zuschießen. Jede Versicherung muß also vom Währungsrisiko befreit werden. Das Währungsrisiko kann durch sofortige Eindeckung in Originalwährung und durch Rückversicherung in der Originalwährung vermieden werden.

Abgesehen von diesen außergewöhnlichen Schwankungen durch Verhältnisse werden die Versicherungswerte, wie alle Werte überhaupt, stets gewissen Schwankungen unterliegen. Dagegen dürfte es kein wirksames Mittel geben. Die Versicherungswerte schwanken aber auch durch Veränderungen der versicherten Sachen. Man denke an eine Hausratversicherung. Alte Möbel werden ausgeschieden, neue kommen hinzu. Diesen Schwankungen begegnet man durch die sogenannte Vorsorge- oder Mehrwertversicherungsklausel. Durch sie werden neu hinzukommende Werte bis zu einem vereinbarten Prozentsatz der Versicherungssumme mitgedeckt. Ebenso wird Versicherungsschutz gegen etwaige neu hinzukommende Gefahren gewährt.

### § 3. Formen des Versicherungsbetriebes.

Literatur: BECKER-LAURICH, Die wirtschaftlichen Unternehmungsformen in ihrer Anwendbarkeit auf das Versicherungswesen. Jena 1883; v. FRANKENBERG, Versicherung als Großunternehmen oder als Kleinbetrieb. In der Österreichischen Revue Bd. 38; HAGEN, Versicherungsrecht. Leipzig 1922; HERRMANNSDORFER, Versicherungsunternehmungen und Konzentration. Berlin 1926; MANES, Versicherungswesen. Leipzig 1924; MANES, Grundzüge des Versicherungswesens. Berlin 1923; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; Jahrbuch der öffentlichen Feuerversicherungsanstalten; DOMIZLAFF-BLASE, Feuerversicherung. Berlin 1923; DAMM, Die öffentliche Versicherung. Bd. 137 der Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Leipzig 1913; MOLDENHAUER, Das Kartellproblem im Versicherungswesen. Köln 1911; LIEFMANN, Kartelle und Trusts und die Weiterbildung der volkswirtschaftlichen Organisation. Stuttgart 1922.

Eine Betrachtung der Formen des Versicherungsbetriebes behandelt eine Teilfrage aus dem Gebiet der Organisation dieses Wirtschaftszweiges. Über Organisationsformen dürfte sich etwas Endgültiges überhaupt nicht sagen lassen, da sie sich aufs engste dem wirtschaftlichen Bedürfnisse der jeweiligen Zeit anzupassen haben und sich in die allgemeine Organisation der betreffenden Wirtschaft einfügen müssen. Wir werden daher je nach Zeit und Wirtschaft verschiedene Organisationsformen auch für das Versicherungswesen feststellen können und müssen uns infolgedessen im großen und ganzen auf den heute bestehenden Zustand, vor allem in Deutschland, beschränken. Wir behandeln dabei einmal die Unternehmungsformen, dann die Unternehmerverbände, die Verbände der Versicherten, um endlich auch noch zu der Konzentrationsbestrebung Stellung zu nehmen.

1. Eine grundlegende Unterscheidung der Unternehmungsformen im Versicherungswesen sehen wir darin, ob die Versicherung auf genossenschaftlicher oder gewerblicher Grundlage betrieben wird. Unternehmer ist der Versicherer in beiden Fällen. Das Merkmal der genossenschaftlichen Unternehmungsformen dürfte darin zu erblicken sein, daß die zur Durchführung der Versicherung erforderliche Willensbildung und Willensbetätigung von der Versicherungsgemeinschaft selbst geschieht, vor allem aber auch darin, daß jedes Streben nach einem Gewinn grundsätzlich ausgeschlossen ist. Demgegenüber geht bei den gewerblichen Unternehmungsformen die Absicht des Unternehmers gerade auf die Erzielung eines möglichst hohen Gewinnes. Wir haben eine Auswirkung dieser verschiedenartigen Einstellung bereits bei der Berechnung der Prämien kennen gelernt.

Bei dieser Einteilung der Unternehmungsformen müssen wir die Genossenschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und die öffentlichen Versicherungsunternehmen zu den genossenschaftlichen, die Einzelunternehmer, Aktiengesellschaften und sonstigen Gesellschaften zu den gewerblichen Unternehmungsformen rechnen. Streng dürfte sich diese Unterscheidung allerdings wohl kaum durchführen lassen, da es öffentliche Anstalten gibt, die auf Gewinn bei ihrem Betriebe ausgehen, und andererseits Gesellschaften nachgewiesen werden können, welche den Betrieb im Sinne der Gemeinnützigkeit führen. Auf jeden Fall läßt sich aber deutlich eine Zwischenform zwischen unseren beiden Unternehmungsformen in den Gesellschaften nachweisen, welche den erzielten Gewinn nicht nur den Geldgebern zuteilen, sondern den Versicherten Gewinnanteile einräumen. Das Gegenstück dazu sind die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, welche auch Nichtmitglieder versichern.

*a) Die genossenschaftlichen Unternehmungsformen. α) Die öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmen oder kurz Sozietäten* sind in Deutschland geschichtlich aus den mittelalterlichen Brandgilden entstanden. Sie sind somit bei uns die ältesten Träger der Feuerversicherung. Ihre Hauptentwicklung verdanken sie dem Bestreben der Landesherrn, mit dem wirtschaftlichen Rückgang der Brandgilden an Stelle der Selbsthilfe die staatliche Fürsorge bei Vorfällen zu setzen, die für die Allgemeinheit doch zu bedeutungsvoll waren, als daß man sie einfach übersehen konnte. Die unangenehmen Folgen eines Mangels dieser polizeilichen Fürsorge hatte man im Mittelalter im Brandbettel genugsam kennen gelernt. Zuerst läßt sich die Übernahme dieser Betätigung durch den Staat in Preußen nachweisen. Von ihm übernahmen auch andere Landesherrn die Einrichtung öffentlicher Versicherungsanstalten, die allerdings in der Regel nur für bestimmte Landesteile, wie Städte oder Provinzen, selten dagegen in einem Unternehmen für das ganze Territorium gegründet wurden. Es mag dies mit der damals noch besonders stark ausgeprägten Eigenart der einzelnen Landesteile, die erst in den Anfangsstadien der Verschmelzung zu einem Einheitsstaat standen, zusammenhängen. Diese alten Sozietäten haben sich bis auf den heutigen Tag erhalten. Sie sind in den §§ 119, 120 des Gesetzes

über die privaten Versicherungsunternehmungen erwähnt und unterliegen danach nicht den Bestimmungen dieses Gesetzes.

Die öffentlichen Versicherungsunternehmungen sind aber keineswegs nur in der Feuerversicherung anzutreffen. Seit Ende des Jahres 1910 widmen sie sich in zunehmendem Maße auch der Lebensversicherung. Ihren Ausgangspunkt nahm diese Bewegung in Ostpreußen von der Tätigkeit des Generaldirektor KAPP von der Ostpreußischen Landschaft. Er zog die Lebensversicherung in den Dienst der Hypothekentilgung, um auf diese Weise die Entschuldung des ländlichen Grundbesitzes zu erleichtern. Wer ein Hypothekendarlehn aufnahm oder wenigstens über eine bestimmte Höchstbelastung hinaus, mußte als zusätzliche Sicherheit eine Lebensversicherung abschließen, denn jede Generation sollte die Schulden, die sie machte, auch selber tilgen. Bei der Durchführung dieses Planes durch die Landschaften lag es nahe, auch für die Lebensversicherung Anstalten des öffentlichen Rechtes zu bilden. Dem Beispiele Ostpreußens sind andere Provinzen und auch außerpreußische Gebiete gefolgt. Zur Zeit bestehen 19 öffentlich-rechtliche Anstalten, welche die Lebensversicherung betreiben. Entsprechend dem Ausgangspunkt der Bewegung betätigen sie sich in der Hauptsache in der sogenannten großen Lebensversicherung. Einige hatten aber auch die sogenannte Volksversicherung aufgenommen.

In neuerer Zeit, namentlich in der Zeit nach dem Kriege, suchen die Sozietäten ihre Tätigkeit nach zwei Richtungen hin auszudehnen. Einmal beginnen sie auch noch andere Versicherungszweige, so vor allem die Unfall- und Haftpflichtversicherung, zu betreiben. In den letzten Jahren sind sie aber auch dazu übergegangen, eine Aktiengesellschaft zum Betrieb der Transport- und Einheitsversicherung zu gründen. Weiter suchen sie die von ihnen betriebenen Versicherungszweige auch außerhalb des Gebietes, für das sie errichtet worden sind, aufzunehmen. Wegen beider Bestrebungen ist zwischen ihnen und den Privatunternehmungen ein Streit entstanden, der an Heftigkeit zunahm, als die Sozietäten die Privatunternehmungen mit ihren Prämiensätzen unterboten. Erst durch das Eingreifen der Reichsbehörden ist eine gewisse Einigung erzielt worden.

Ein Einteilungsmaßstab für die Sozietäten könnte in dem Gebiete, für das sie errichtet sind, gefunden werden. Man kann danach staatliche, provinzielle und städtische Anstalten unterscheiden. Diese Einteilung ist weder erschöpfend, denn es gibt auch noch ständische und landschaftliche Sozietäten, noch auch besonders fruchtbar. Von viel größerer Bedeutung dürfte die Einteilung sein, die sich bei den öffentlichen Feuerversicherungsanstalten findet. Man unterscheidet Zwangs-, Monopol- und Wettbewerbsanstalten und solche gemischten Charakters. Soweit eine Zwangsanstalt in Frage kommt, müssen sämtliche dem Zwange unterworfenen Gegenstände bei ihr versichert werden. Bei einigen von ihnen entstehen die Versicherungsverhältnisse kraft Gesetzes, bei anderen bedarf es eines besonderen Vertrages, der aber infolge des gesetzlichen Zwanges abgeschlossen werden muß. Die Monopolanstalt hat nicht so weitgehende Rechte. Wo sie vorhanden ist, steht es im Belieben jedes Einzelnen, ob er die fraglichen Objekte überhaupt versichern will oder nicht. Will er aber eine Versicherung abschließen, so kann er dies nur bei der zuständigen Sozietät. Jeder andere Versicherungsvertrag wird von den betreffenden Gesetzen für nichtig und strafbar erklärt. Ist auch dieses Monopolrecht nicht gegeben, so spricht man von Wettbewerbsanstalten. Sie haben im freien Wettbewerb mit den Privatunternehmungen ihre Versicherten für sich zu gewinnen. In einigen Fällen finden sich für einige Gegenstände Monopol- oder gar Zwangsrechte, während für andere Gegenstände wieder freier Wettbewerb herrscht. Derartige Sozietäten sind Unternehmungen gemischten Charakters. Die Mehrzahl der Sozietäten ist aber weder mit Zwangs- noch mit Monopolrechten ausgestattet, so z. B. alle Sozietäten, welche die Lebensversicherung betreiben. Aber auch die



meisten Feuersozietäten gehören hierher. Nur wenige preußische Sozietäten haben Monopolrechte; das gleiche gilt von der bayrischen Brandkasse.

Die Sozietäten unterstehen hinsichtlich ihrer gesamten Rechtsverhältnisse den Landesgesetzen. Gleichwohl sind sie aber auf Grund des Reichsrechtes (§ 119 VAG) verpflichtet, nach näherer Anordnung des Reichsrats bestimmte statistische Nachweise über ihren Geschäftsbetrieb an das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung einzureichen.

Die Sozietäten sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Für sie gilt zunächst § 89 BGB. Ihre Rechte und Pflichten bestimmen sich nach dem jeweiligen Landesrecht, unter denen das preußische Gesetz betreffend die öffentlichen Feuerversicherungsanstalten vom 25. 6. 1910 das wichtigste ist. Die Sozietäten, welche die Feuerversicherung unbeweglicher Sachen betreiben, genießen Vorrechte hinsichtlich der Zahlung von Gerichtsgebühren. Die Prämien werden im allgemeinen wie öffentliche Abgaben behandelt und können wie diese unter Mitwirkung der Behörden beigetrieben werden. Teilweise besteht auch das Recht der unentgeltlichen Veröffentlichung in den öffentlichen Blättern. Die Organisation knüpft bei dieser engen Verbindung vielfach an die staatlichen Behörden an. Das wichtigste Vorrecht besteht aber darin, daß eben der Staat insgesamt oder in einem Bezirke hinter der Sozietät steht und für ihre Verpflichtungen letzten Endes aufkommt. Garantiemittel brauchen demzufolge nicht vorhanden zu sein. Sie werden durch die Steuerkraft der Einwohner ersetzt. Infolgedessen braucht eine Verzinsung etwaiger Garantiemittel nicht erzielt zu werden und fallen alle die oft sehr schwierigen Fragen der Kapitalbeschaffung und Angleichung der Garantiemittel an den Geschäftsumfang fort. Endlich bestehen noch Vorteile in steuerlicher Hinsicht. Auf alle Punkte müssen wir bei der Betrachtung der Versicherungspolitik nochmal zurückkommen.

Auf der anderen Seite stehen diesen Rechten aber auch Pflichten gegenüber. Die wichtigste ist wohl der sogenannte Annahmezwang der Sozietäten. Sie müssen innerhalb ihres Gebietes jede Versicherung abschließen, sofern ihr nicht im Gesetz genannte Ablehnungsgründe entgegenstehen. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß die Bevölkerung einen ausreichenden Versicherungsschutz findet. Zur Sicherung des Realkredits müssen sie die Versicherung auch fortsetzen, wenn der Besitzer wechselt oder die Beiträge nicht pünktlich bezahlt werden. Sie dürfen in der Gebäudefeuerversicherung die Versicherungsleistung nur zur Wiederherstellung des Gebäudes machen, soweit nicht die Satzung ausdrücklich eine Ausnahme gestattet. Endlich haben sie die Feuersicherheit in ihrem Gebiete zu fördern.

β) *Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit* ist der zweite Überrest des alten Gemeinschaftsgedankens. Gleichwohl lassen sie sich in früheren Zeiten außer in den schon erwähnten Brandgilden kaum nachweisen. Erst durch den Kaufmann ARNOLDI in Gotha wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit in seiner heutigen Form ins Leben gerufen. Namentlich der heute noch bestehende Gothaer Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit verdankt ihm seine Entstehung. Er hat dann bald Nachahmung gefunden, so daß der Gesetzgeber bei der Schaffung des VAG bereits einen ganz ausgeprägten Typus vorfand.

Vor dem Kriege fand man Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit in allen Versicherungszweigen. In einigen, wie z. B. der landwirtschaftlichen Versicherung, sind sie sogar von überragender Bedeutung. Zum großen Teil beschränken sie sich auf ein kleines Gebiet, jedoch stehen auch einige große Gegenseitigkeitsvereine im regen Wettbewerb mit den Aktiengesellschaften. Nach dem Kriege haben sie erheblich an Bedeutung eingebüßt, nachdem einige und zwar gerade die größten Vereine in Aktiengesellschaften umgewandelt wurden. Immerhin dürfen sie auch heute nicht übersehen werden.

Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ist ein Verein, dessen Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist. Er besteht darin, die auf die

einzelnen Mitglieder treffenden Schäden auf die Gesamtheit der Mitglieder zu verteilen. Es handelt sich also um den Zusammenschluß der Bedrohten selbst. Man kann daher als sein wichtigstes Merkmal angeben, daß bei ihm Versicherer und Versicherte ein und dieselben Personen sind. Dies gilt wenigstens für die wirtschaftliche Betrachtung, denn rechtlich besitzt der Gegenseitigkeitsverein eine eigene Rechtspersönlichkeit. Es gelten für ihn einmal die Bestimmungen des BGB über Vereine, weiter und sogar in erster Linie seit dem Inkrafttreten des VAG dessen Bestimmungen über die Gegenseitigkeitsvereine. Seit diesem Zeitpunkte können sie nur noch nach dem in diesem Gesetze geregelten Typus errichtet werden. Nicht rechtsfähige Vereine, die es früher gab, dürften heute wohl nur noch eine ganz untergeordnete Rolle spielen.

Man unterscheidet öffentlich- oder privatrechtliche Gegenseitigkeitsvereine, je nachdem sie dem öffentlichen oder Privatrecht unterstehen. Das VAG selbst kennt größere oder kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Zu diesen gehört ein Verein nach § 53 VAG dann, wenn er bestimmungsgemäß einen sachlich, örtlich oder hinsichtlich des Personenkreises engbegrenzten Wirkungskreis hat. Auf sie finden nur einige der Bestimmungen des VAG Anwendung. Soweit sich aus ihnen nichts anderes ergibt, bleibt es im großen und ganzen bei den Bestimmungen des BGB. Auf die größeren Gegenseitigkeitsvereine finden dagegen in erheblichem Umfange die Vorschriften des HGB Anwendung, obwohl man sie nicht unter den Kaufmannsbegriff einreihen kann.

Die Betrachtung der Organisation soll auf die größeren Gegenseitigkeitsvereine beschränkt werden.

Während Aktiengesellschaften und Vereine die Rechtsfähigkeit mit der Eintragung erlangen, erwirbt der Gegenseitigkeitsverein die Rechtspersönlichkeit bereits durch die von der Aufsichtsbehörde erteilte Erlaubnis zum Geschäftsbetriebe als „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“. Die Verfassung wird durch die Satzung bestimmt. Sie hat Namen und Sitz des Vereins anzugeben. Die Firma soll den Sitz des Vereins erkennen lassen und gleichzeitig zum Ausdruck bringen, daß es sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit handelt.

Die Satzung regelt das Mitgliedschaftsverhältnis. Sie bestimmt namentlich den Beginn der Mitgliedschaft. Grundsätzlich ist ihr Erwerb von der Begründung eines Versicherungsverhältnisses mit dem Verein abhängig. Infolgedessen endigt die Mitgliedschaft auch grundsätzlich mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Hiermit darf man nicht die verschiedenen Haftungen gleichsetzen. Es ist sehr gut möglich, die Haftung des Vereins erst nach einer bestimmten Wartezeit eintreten zu lassen, so daß die Mitgliedschaft bereits vorher beginnt. Umgekehrt kann die Haftung des Mitglieds auch noch eine gewisse Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses fort dauern. Der Versicherungsanspruch darf aber nicht ohne Rücksicht auf die Mitgliedschaft gegen den Verein geltend gemacht werden. So darf gegen die Beitragsforderung des Vereins nicht aufgerechnet werden. Im Konkursfalle gelten die im letzten Jahr vor der Konkurseröffnung ausgeschiedenen Mitglieder gleichwohl noch als Mitglieder und haften satzungsgemäß für die Vereinsschulden. Es ist aber zu betonen, was sich aus der Rechtsfähigkeit des Vereins von selbst ergibt, daß die Mitglieder den Gläubigern des Vereins nicht unmittelbar haften. Diesen steht vielmehr nur ein Zugriff auf das Vereinsvermögen offen. Zu diesem gehören allerdings auch die satzungsmäßigen Ansprüche des Vereins auf die Haftung der Mitglieder, so daß diese im Rahmen der Haftung für die Vereinsschulden einzutreten haben. Auf die Mitgliedschaftsrechte als solche brauchen wir nicht näher einzugehen, da sie sich mit denen bei jedem anderen Verein decken.

Jeder größere Versicherungsverein muß nach § 29 VAG satzungsgemäß einen Vorstand, einen Aufsichtsrat und ein sogenanntes oberstes Organ haben. Für

Vorstand und Aufsichtsrat gelten im großen und ganzen die Bestimmungen des HGB über die entsprechenden Organe bei einer Aktiengesellschaft. Man kann kurz zusammengefaßt sagen, daß der Vorstand die laufenden Geschäfte zu führen und der Aufsichtsrat diese Geschäftsführung laufend zu überwachen hat. Über die Zusammensetzung der beiden Organe enthalten die Satzungen die näheren Bestimmungen. Die Vorstandsmitglieder dürfen nicht gleichzeitig ohne Genehmigung des Aufsichtsrates ein anderes Gewerbe betreiben oder dem Vorstände oder Aufsichtsrate einer gleichartigen Versicherungsunternehmung angehören. Sie sind ersatzpflichtig, wenn eine Verzinsung oder Tilgung des Gründungsstocks oder eine Verteilung des Vereinsvermögens erfolgt oder wenn Zahlungen nach Eintritt der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung des Vereins geleistet werden. Für das oberste Organ finden die Bestimmungen über die Generalversammlung der Aktionäre im allgemeinen Anwendung. Das oberste Organ ist der eigentliche Versicherer. Es ist grundsätzlich die Mitgliederversammlung. Namentlich bei größeren Vereinen würden derartige Mitgliederversammlungen aber auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. Das Gesetz sieht daher vor, daß das oberste Organ aus einer Versammlung von Vertretern der Mitglieder bestehen kann. Von dieser Möglichkeit haben alle größeren Gegenseitigkeitsvereine Gebrauch gemacht. Die Satzungen enthalten genaue Bestimmungen über Anzahl und Wahl dieser Vertreter. Die Hauptschwierigkeit bei den Vertreterversammlungen besteht darin, dafür Sorge zu tragen, daß auch alle Interessen der Mitglieder genügend stark berücksichtigt werden. Wir finden daher sehr oft sehr verwickelte Wahlvorschriften. Alleinige Zuständigkeit besteht für das oberste Organ für materielle Satzungsänderungen und für den Beschluß über die Auflösung des Vereins. Endlich sieht das Gesetz noch vor, daß die Obliegenheiten des obersten Organs auf mehrere dem Vorstand und Aufsichtsrat übergeordnete Organe verteilt werden können. Entsprechende Einrichtungen haben infolgedessen einige Vereine getroffen.

Bestandteil der Satzung sind bei allen Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit die allgemeinen Versicherungsbedingungen, da in ihnen die Grundlagen für das wichtigste Mitgliedschaftsrecht, eben den Versicherungsschutz, enthalten sind. Jede Änderung der Satzung und Versicherungsbedingungen bedarf im übrigen, da sie zum sogenannten Geschäftsplan gehören, der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Selbst wenn diese aber erteilt ist, fragt es sich noch, inwieweit die Änderungen für die Mitglieder wirksam sind. Es bestehen namentlich über die Gültigkeit solcher Bestimmungen, welche die eigentlichen Mitgliedschaftsrechte betreffen, erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Maßgebend für die Lösung dieser Frage dürfte einmal der Satz des allgemeinen Vereinsrechts sein, daß Sonderrechte ohne Zustimmung der Sonderberechtigten nicht abgeändert werden können. Sonderrechte sind aber im vorliegenden Falle gerade die Rechte aus dem Versicherungsverhältnisse. Infolgedessen bestimmt § 41 Abs. 3 VAG ganz mit Recht, daß durch eine Änderung der Satzung oder der allgemeinen Versicherungsbedingungen ein bestehendes Versicherungsverhältnis nur dann berührt wird, wenn der Versicherte der Änderung ausdrücklich zustimmt. Ausgenommen sind nur Änderungen solcher Bestimmungen, für welche die Satzung ausdrücklich vorsieht, daß ihre Änderungen auch mit Wirkung für die bestehenden Versicherungsverhältnisse geschehen kann. Derartigen Änderungen hat das Mitglied schon beim Erwerb der Mitgliedschaft zugestimmt. Diese Entscheidung der Streitfrage dürfte auch durch § 21 VAG nicht geändert werden. Danach dürfen die Beiträge der Mitglieder und die Leistungen des Vereins an die Mitglieder bei gleichen Voraussetzungen nur nach gleichen Grundsätzen bemessen sein. Gleichwohl berührt diese Bestimmung doch den wirtschaftlichen Wert der einzelnen Ansprüche. Wenn auch die alten Ansprüche formell durch den Widerspruch der einzelnen Berechtigten unberührt bleiben, so kann eben doch eine Minderheit eine allgemeine Änderung nicht verhindern. Es liegen bei ihrem Wider-

spruch eben nicht mehr gleiche Voraussetzungen vor. Daß aber diese Änderungen z. B. bei einem ungünstigen Geschäftsverlaufe auf die alten Rechte einwirken, liegt auf der Hand.

Grundsätzlich muß der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit einen Gründungsfonds haben, der zur Deckung der Kosten der Errichtung des Vereins sowie als Garantie- und Betriebsfonds zu dienen hat. Die Satzung hat zu bestimmen, unter welchen Bedingungen dieser Fonds dem Verein zur Verfügung steht und wie er getilgt werden kann. Eine Tilgung darf nur aus den Einnahmen und nur entsprechend dem Anwachsen eines Reservefonds erfolgen. Der Gründungsfonds ist bar einzuzahlen. Wir haben aber früher schon gesehen, daß der Gründungsfonds bei der Art der Beitragsleistungen von ziemlich untergeordneter Bedeutung ist. Dies drückt sich auch darin aus, daß die Aufsichtsbehörde von der Bildung eines Gründungsfonds absehen kann, wenn nach der Natur der zu betreibenden Geschäfte oder durch die besonderen Einrichtungen des Vereins anderweitige Sicherheit gegeben ist. Außerdem kann sie gestatten, daß die Kosten der Errichtung und des ersten Geschäftsjahres, soweit sie weder die Hälfte des gesamten Gründungsfonds noch den bar eingezahlten Teil übersteigen, auf mehrere, höchstens jedoch auf die ersten fünf Geschäftsjahre verteilt werden. Grundsätzlich soll aber der Verein einen Reservefonds bilden, um Schwankungen im Geschäftsverlaufe ausgleichen zu können. Aber auch von seiner Bildung kann unter den gleichen Voraussetzungen wie beim Gründungsfonds abgesehen werden.

Der Verein kann seine Zwecke nicht erfüllen, wenn er nicht von seinen Mitgliedern Beiträge erhebt. Infolgedessen hat die Satzung zu bestimmen, wie die Deckung der Aufgaben erfolgen soll. Nach § 24 VAG kann dies geschehen, durch einmalige oder wiederkehrende Beiträge im voraus, und zwar mit dem Vorbehalt von Nachschüssen oder unter Ausschluß von Nachschüssen mit oder ohne Vorbehalt der Kürzung der Versicherungsansprüche oder durch Beiträge, die nach Maßgabe des eingetretenen Bedarfs umgelegt werden. Die hier möglichen verschiedenen Systeme haben wir bereits bei der Besprechung der Prämie kennengelernt. Sehr wichtig ist es, daß die Satzung einen Höchstbetrag festsetzen kann, auf welchen die Pflicht zur Zahlung von Nachschüssen oder Umlagen beschränkt ist. Sieht die Satzung so etwas vor, so muß durch Bereitstellung eines höheren Gründungsfonds oder durch die schnellere Ansammlung eines Reservefonds die nötige Sicherheit geschaffen werden. Eine Beschränkung, wonach die Ausschreibung von Nachschüssen oder Umlagen nur zum Zwecke der Deckung von Versicherungsansprüchen der Mitglieder stattfinden darf, ist unzulässig. Andererseits wird von der Aufsichtsbehörde der Ausschluß der Kürzung der Versicherungsansprüche bei beschränkter Beitragspflicht nicht zugelassen, da eine solche Bestimmung dem Sinne des Gegenseitigkeitsvereins widersprechen würde.

Die Satzung hat die Voraussetzungen anzugeben, unter denen die Ausschreibung von Nachschüssen und Umlagen zu erfolgen hat, und hat zu bestimmen, inwieweit vorher die vorhandenen Deckungsmittel (Gründungs- und Reservefonds) anzugreifen sind. Sie gibt weiter an, in welcher Weise diese Ausschreibungen vorzunehmen sind. Zu den Nachschüssen und Umlagen haben, soweit die Satzung nicht etwas anderes vorsieht, auch die im Geschäftsjahre ausgeschiedenen Mitglieder nach dem Verhältnis der Dauer der Mitgliedschaft innerhalb des Geschäftsjahres beizutragen.

Jeder Verein soll, wie schon erwähnt, einen Reservefonds zur Deckung eines sich ergebenden außergewöhnlichen Verlustes anlegen. Die Satzung bestimmt die Beträge, welche dazu jährlich zurückzulegen sind, sowie den Mindestbetrag, bis zu dem der Reservefonds anzuwachsen hat. Ein Überschuß nach Speisung dieser Rücklage, der nicht auf das nächste Geschäftsjahr zu übertragen ist, wird als sogenannte Dividende an die in der Satzung bestimmten Mitglieder ausgekehrt. Für diese Dividendenzahlungen trifft § 38 VAG die näheren Bestimmungen.

Soweit ein Gegenseitigkeitsverein für eine bestimmte Zeitdauer gegründet ist, wird er mit dem Ablauf dieser Zeit aufgelöst. Sonst kann eine Auflösung nur durch das oberste Organ mit qualifizierter Mehrheit unter Genehmigung der Aufsichtsbehörde beschlossen werden. Die Versicherungsverhältnisse erlöschen mit Ausnahme der Lebensversicherung mit dem Zeitpunkte der Auflösung frühestens aber mit dem Ablauf von 4 Wochen mit der Wirkung, daß bis dahin entstandene Versicherungsansprüche geltend gemacht, sonst aber nur die für künftige Versicherungsperioden vorausbezahlten Beiträge abzüglich der aufgewandten Kosten zurückgefordert werden können. Nach der Auflösung findet die Liquidation statt. Bis zu ihrer Beendigung gilt der Verein als fortbestehend und können Nachschüsse und Umlagen ausgeschrieben werden. Neue Versicherungen können aber selbstverständlich nicht mehr abgeschlossen werden. Etwa verbleibendes Vermögen wird nach dem gleichen Schlüssel wie Dividenden an die zur Zeit der Auflösung vorhandenen Mitglieder ausgeschüttet.

Ein Auflösungsgrund kraft Gesetzes ist der Konkurs. Im Konkursfalle haften die Mitglieder nach Maßgabe ihrer Beitragspflicht dem Vereine gegenüber für seine Schulden. Die im letzten Jahre vor der Konkurseröffnung ausgeschiedenen Mitglieder haften ebenfalls. Nachschüsse und Umlagen werden aber Konkursverwalter ausgeschrieben. Die Ansprüche auf Tilgung des Gründungsfonds stehen selbstverständlich allen übrigen Konkursforderungen nach. Versicherungsansprüche werden im Range nach den Ansprüchen der sonstigen Konkursgläubiger befriedigt. Zur Tilgung des Gründungsfonds dürfen Nachschüsse oder Umlagen nicht erhoben werden.

γ) *Genossenschaften* sind mit dem Inkrafttreten des VAG für die Privatversicherung völlig bedeutungslos geworden, da das Gesetz im § 6 vorschreibt, daß die Erlaubnis zum Betriebe der wichtigsten Versicherungszweige nur Aktiengesellschaften und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit erteilt werden darf. Es erwähnt eingetragene Genossenschaften im § 102, nach welchem die Vorschriften über den Gegenseitigkeitsverein auf sie keine Anwendung finden. Auch schon vor dem Inkrafttreten des Gesetzes war der Betrieb des Versicherungsgeschäftes durch Genossenschaften von ganz untergeordneter Bedeutung. Wir können uns daher versagen, auf diese Unternehmungsform einzugehen.

b) *Die gewerblichen Unternehmungsformen.* α) *Der Einzelunternehmer.* Der § 6 VAG hat auch der Betätigung von Privatpersonen als Unternehmer im Versicherungswesen ziemlich vollständig ein Ende bereitet, da nach ihm nur sehr wenige erfolgversprechende Zweige bleiben, die nicht ausschließlich den Gegenseitigkeitsvereinen und Aktiengesellschaften vorbehalten sind. Namentlich die Viehversicherung kommt hier noch in Frage, bei der sich in der Tat in geringem Umfange eine Betätigung von Privatpersonen feststellen läßt. Ihr kommt aber keineswegs mehr als eine rein lokale Bedeutung zu. Man ist wohl sogar berechtigt, anzunehmen, daß auch dieser Unternehmertyp in absehbarer Zeit aus dem Versicherungswesen verschwinden wird, da er im Wettbewerb mit den Großunternehmungen kaum auf die Dauer seinen Kunden einen gleich guten Versicherungsschutz wird bieten können.

β) *Die Aktiengesellschaft* behauptet heute neben dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit und der öffentlich-rechtlichen Unternehmung das Feld. Im Laufe der Zeit hat sie wie im gesamten Wirtschaftsleben so auch im Versicherungswesen immer mehr an Boden gewonnen. In der Inflation hat sie den Versicherungsvereinen gegenüber weiter an Bedeutung zugenommen, so daß man in ihr heute, wenn auch nicht nach der Zahl der Unternehmungen, so doch nach der Höhe der Prämieinnahme, den eigentlichen Träger der Privatversicherung sehen kann. Im internationalen Versicherungsgeschäft kommt sie sogar allein in Betracht. Das gleiche gilt von der See- und der Rückversicherung.

Auf die Organisation der Aktiengesellschaft als solche haben wir nicht einzugehen. Gegenüber den gewöhnlichen Aktiengesellschaften ergeben sich aber für die Versicherungsaktiengesellschaften doch eine Reihe von Besonderheiten, die in der Geltung des VAG neben dem HGB begründet sind.

In erster Linie kann die Einrichtung nicht frei gewählt werden, sondern muß den Bestimmungen des VAG entsprechen. Es müssen daher manche Vorkehrungen getroffen und Arbeiten geleistet werden, die wegfallen würden, wenn eine Staatsaufsicht nicht bestünde. Man denke nur an die statistischen Nachweise und die Rechnungslegung gegenüber der Aufsichtsbehörde. Der Hauptunterschied zwischen der gewöhnlichen und der Versicherungsaktiengesellschaft besteht in der Bedeutung des Grundkapitals. Bei jener hat es in der Hauptsache den Zweck, das erforderliche Betriebskapital bereitzustellen und die Anlagen zu schaffen, die betrieben werden sollen. Anlagen sind bei einer Versicherungsaktiengesellschaft genau so wenig wie bei einer Bank zu schaffen. Auch die Bereitstellung eines Betriebskapitals kommt nur in geringem Umfange in Frage, da der laufende Betrieb aus den in den Prämien enthaltenen Unkostenzuschlägen bestritten wird. Außerdem fordert das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung in ständiger Übung bei der Zulassung einer Aktiengesellschaft zum Geschäftsbetriebe die Bereitstellung eines sogenannten Organisationsfonds, aus dem die Kosten der Gründung und des ersten Aufbaus, die sonst dem Aktienkapital zur Last fielen, bestritten werden müssen. Damit hat heutzutage in der Praxis das Aktienkapital nur noch die Bedeutung von Garantiemitteln. Man kann es vielleicht mit der Rolle des Reservefonds bei den gewöhnlichen Aktiengesellschaften am besten vergleichen.

Daraus ergibt sich, daß beim Betriebe des Versicherungsgeschäftes nicht das gesamte Aktienkapital in baren Mitteln vorhanden zu sein braucht. Die Gesellschaft muß nur über einen Teil verfügen können, der groß genug ist; um auch bei etwaigen großen Schäden die jederzeitige Liquidität sicherzustellen. Das Gesetz begnügt sich daher mit einer 25%igen Bareinzahlung des Aktienkapitals. Da aber das gesamte Aktienkapital als Garantiestock dient, müssen die übrigen 75% sicher und jederzeit einziehbar sein. Man hat früher in dieser Hinsicht dadurch Vorkehrungen getroffen, daß die Aktionäre für die Resteinzahlung bei der Gesellschaft Solawechsel hinterlegten. Aus steuerlichen Gründen ist man davon abgekommen. Daher muß jetzt die jederzeitige Zahlungsfähigkeit der Aktionäre besonders sorgfältig überwacht werden. Dies wird dem Vorstande von der Aufsichtsbehörde zur Pflicht gemacht. Der Anspruch der Gesellschaft auf den Restbetrag muß zudem vollkommen einwandfrei feststehen. In dieser Hinsicht ergaben sich bei der Umstellung des Grundkapitals von Papiermark auf Goldmark oft sehr erhebliche Schwierigkeiten. Die Nachzahlungsverpflichtung wurde nach der Umstellung wiederholt von Aktionären bestritten, so daß sie erst durch Urteil festgestellt werden mußte. Soweit der Anspruch auf die Nachzahlung nicht vor inländischen Gerichten verfolgt werden kann, müssen die Gesellschaften auf Betreiben des Reichsaufsichtsamts für Privatversicherung auf Sicherstellung durch inländische Bürgen oder durch Hinterlegung jederzeit verwertbarer Wertpapiere dringen.

Auf Grund der Erfahrungen aus der Zeit nach der Inflation sind viele Gesellschaften zur Volleinzahlung des Aktienkapitals übergegangen. Es stellte sich nämlich heraus, daß die Einziehung der Nachzahlung nicht nur sehr viel Zeit und Arbeit in Anspruch nahm, sondern vielfach auch unmöglich war. Gerade in Krisenzeiten, wenn doch nur eine Nachzahlung verlangt wird, liegen in der Regel auch die Mittel der Aktionäre fest. Hiergegen hilft auch eine möglichst weitgehende Verteilung des Aktienkapitals, wie sie von der Aufsichtsbehörde verlangt wird, nur wenig, da in solchen Zeiten alle Bevölkerungskreise unter der Geldknappheit leiden. Je weiter die Verteilung durchgeführt worden ist, um so größer sind zudem Arbeit und Kosten

der Einziehung. Gleichwohl überwiegt auch heute noch die nur teilweise Einzahlung des Aktienkapitals.

Nach der ausdrücklichen Bestimmung des § 179 HGB dürfen nicht voll eingezahlte Aktien nicht auf den Inhaber lauten. Man ist aber, da das Aktienkapital Garantiefonds ist, zur Ausgabe von vinkulierten Namensaktien übergegangen. Die nicht voll eingezahlten Aktien können also nur mit Zustimmung der Gesellschaft verkauft werden. Der Käufer wird erst mit der Eintragung ins Aktionärverzeichnis wirklich Aktionär. Auf diese Weise ist die Möglichkeit einer Prüfung der Zahlungsfähigkeit des Käufers sichergestellt. Zum weiteren Schutz bestimmen die Satzungen vieler Gesellschaften noch die zeitlich beschränkte Weiterhaftung des Verkäufers für den Fall, daß der neue Aktionär eine Nachzahlung nicht leistet. Diese Bestimmung kam während der Inflation deshalb nicht zur Auswirkung weil die Käufer vielfach eine Umschreibung der Aktien auf ihren Namen nicht vornehmen ließen. Es lag ihnen weniger an den Gesellschaftsrechten als an dem Besitze eines Wertpapiers. Erst mit der Umstellung auf Goldmark dürften diese Zustände wieder verschwunden sein.

Endlich müssen wir noch kurz auf die börsenmäßigen Eigentümlichkeiten der Versicherungsaktie eingehen. Wegen der Schwierigkeit der Übertragung war früher der Börsenhandel in Versicherungsaktien von nur sehr geringem Umfange. Nach dem Vordringen der voll eingezahlten Inhaberaktie hat er etwas zugenommen. Der Markt für Versicherungswerte ist aber auch heute noch sehr eng, da das Publikum in der Regel den inneren Wert der Aktien nicht beurteilen kann. Spezialbanken für den Handel mit Versicherungsaktien haben sich bisher noch nicht entwickelt, wenngleich sich bereits gewisse Ansätze in dieser Richtung nachweisen lassen. Die börsentechnische Eigentümlichkeit der Versicherungsaktie besteht darin, daß sie nach Stücken gehandelt wird. Der Kurs gibt daher nicht den Prozentsatz an sondern zeigt an, wieviel Mark für eine Aktie der betreffenden Gesellschaft zu bezahlen sind. Diese Art der Notierung gilt auch für die voll eingezahlten Aktien. Da die eingezahlten Beträge verschieden hoch sind, erschwert sie einen Vergleich des Wertes der verschiedenen Aktien sehr. Er kann nur vorgenommen werden, wenn man die gezahlten Beträge in prozentmäßige Kurse umrechnet.

Zu erwähnen wäre noch, daß Versicherungsaktien ohne Zinsen gehandelt werden. Die Dividende wird in Prozenten der eingezahlten Beträge, nicht der Nennbeträge der Aktien, angegeben.

γ) *Andere Versicherungsgesellschaften* lassen sich nur in sehr geringem Umfange nachweisen. In der Versicherung gibt es offene Handelsgesellschaften. In der Rückversicherung betätigt sich im Auslande hin und wieder eine Kommanditgesellschaft auf Aktien. Wegen ihrer praktischen Bedeutungslosigkeit erübrigt sich ihre Betrachtung.

Bevor wir zu den gemischten Unternehmungsformen übergehen, haben wir uns noch mit der Frage zu beschäftigen, ob die genossenschaftliche oder gewerbliche Unternehmungsform den Vorzug verdient. Sie wird sich wohl kaum endgültig für alle Wirtschaftsstufen entscheiden lassen. Die genossenschaftliche Form scheint uns mehr für kleinere Verhältnisse geeignet zu sein, bei denen noch eine persönliche Verbindung zwischen den Versicherten besteht und einer am Schicksal des anderen noch Anteil nimmt. Wir finden sie daher hauptsächlich auf dem Lande mit lokaler Bedeutung. Sobald sich das Arbeitsgebiet ausdehnt, beginnen in der Praxis die Schwierigkeiten mit den Sonderwünschen einzelner Landstriche. Für eine internationale Betätigung dürfte sie ganz auszuscheiden haben. Die gewerbliche Form eignet sich dagegen zum Großbetrieb. Jeder Versicherte steht dem anderen fremd gegenüber. Ihr wohnt die Expansionskraft inne, welche die Versicherung zu einem wichtigen Wirtschaftszweige gemacht hat. Gleichwohl werden die gewerblichen Unternehmungsformen die genossenschaftlichen niemals verdrängen können, wenn

sie diese auch in den nächsten Jahren bei einem weiteren Fortschreiten der Konzentration immer mehr in den Hintergrund drücken werden.

c) *Bei der Betrachtung der gemischten Unternehmungsformen* betreten wir das Gebiet, auf dem die bisher behandelten Unternehmungsformen sich zu vereinigen suchen. Gleichwohl wird eine Grundform der Organisation immer bestehen bleiben.

Zunächst ist die *Beteiligung des Staates an Privatunternehmungen* zu erwähnen, die sich auch auf dem Gebiete des Versicherungswesens nachweisen läßt. Das beste Beispiel aus neuerer Zeit ist wohl die Deutsche Seeversicherungs-Aktiengesellschaft. Als mit Ausbruch des Krieges die Privatunternehmungen sich von der Transportversicherung zurückzogen, sprang der Staat in die Bresche und veranlaßte die Gründung dieser Gesellschaft, von deren Aktienkapital er die Majorität besaß. Etwas ähnliches war bei der Deutschen Versicherungsbank der Fall. Bei beiden Gesellschaften ist der Staat nunmehr, soweit bekannt, nicht mehr beteiligt. Eine andere Verbindung besteht darin, daß der Staat mit einer Privatunternehmung ein Abkommen trifft, wonach diese in seinem Gebiet einen bestimmten Versicherungszweig betreibt und gegen Zuschüsse des Staates wie eine Sozietät verpflichtet ist, jedes ihr angebotene Risiko in Deckung zu nehmen. Ein derartiges Abkommen besteht z. B. in Württemberg für die Hagelversicherung. Der Staat spart auf diese Weise die Kosten der Errichtung und Verwaltung einer eigenen Unternehmung.

Weiter lassen sich *Angleichungen an die Versicherungsform der Gegenseitigkeitsvereine bei Aktiengesellschaften* nachweisen. Manche Aktiengesellschaften schütten nämlich einen Teil des Gewinnes an die Versicherten aus, und zwar gewähren sie entweder den Versicherten eine feste Dividende ein für allemal, oder sie setzen die Dividende in jedem Jahre neu nach Maßgabe des erzielten Gewinnes fest. Wir begegnen dieser Form bei der Lebensversicherung. Bei anderen Aktiengesellschaften sind sämtliche Aktionäre zugleich Versicherte. Auch die umgekehrte Form finde sich, daß sämtliche Versicherte Aktionäre sind. Das ist namentlich bei solchen Unternehmungen der Fall, die von Berufsvereinigungen oder bestimmten Parteien gegründet worden sind.

Beim *Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit* besteht die *Mischform* dann, wenn sie auch Versicherung an Nichtmitglieder gegen eine feste Prämie gewähren. Für diese Versicherten kommen Nachschüsse nicht in Frage. Diese Versicherungsform darf aber nach §§ 21 Abs. 2 und 53 VAG nur von größeren Vereinen und nur dann ausgeübt werden, wenn und soweit die Satzung dies ausdrücklich gestattet. Eine Mischform liegt eigentlich dann nicht mehr vor, wenn der Verein die Nachschußpflicht dadurch für seine Mitglieder ausschließt, daß er mit einer Aktiengesellschaft einen Vertrag abschließt, wonach diese verpflichtet ist, im Bedarfsfalle die Nachschüsse zu leisten. Diese Form bezeichnet man als *Nachschußrückversicherung*.

2. Zur Organisation des Versicherungsbetriebs gehören noch die *Zusammenschlüsse*. Wir finden Vereinigungen der Versicherer und Versicherungsnehmer in Verbänden. Zwischen beiden wollen wir die sogenannte Konzentration im Versicherungswesen kurz betrachten.

a) *Die Vereinigungen der Versicherer*. Auf die der allgemeinen Wirtschaftslehre angehörenden Begriffsbestimmungen über Kartelle und Trusts können wir nicht eingehen. Es genügt zu bemerken, daß man unter einem Kartell im allgemeinen den Zusammenschluß von Unternehmungen zum Zwecke der Ausschaltung oder Regelung der Konkurrenz versteht. Für unsere Zwecke ist weiter wichtig, daß man als Unterarten die Preiskartelle und die Konditionenkartelle unterscheidet. Jene suchen ihre Mitglieder auf die Innehaltung festgesetzter Preise, diese auf die Beachtung gemeinsam vereinbarter Bedingungen zu verpflichten. Trusts sind dagegen überhaupt keine Unternehmerverbände, sondern viel weitergehendere Zusammenschlüsse, bei denen ein Teil der Unternehmungen zugunsten eines anderen seine



wirtschaftliche Selbständigkeit mehr oder minder aufgeben muß. Sie haben bei der Behandlung der Unternehmervverbände außer Betracht zu bleiben, spielen vielmehr bei der Konzentration eine Rolle. Es würde aber nicht genügen, wenn wir nur bei den Kartellen stehen bleiben würden. Wir wollen vielmehr alle Vereinigungen von Versicherungsunternehmungen darstellen, auch wenn sie nur eine Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder in irgendeiner Richtung zum Gegenstand haben.

An die Spitze müssen wir den Reichsverband der Privatversicherung stellen. Er wurde im Jahre 1910 gegründet. Seine Aufgabe als Spitzenverband besteht in der Wahrung und Förderung der Interessen der gesamten Privatversicherung. Er bearbeitet also alle gemeinsamen Fragen dieses Wirtschaftszweiges, verhandelt mit den Behörden und wirkt bei den Vorarbeiten der Gesetzgebung mit. So hat er z. B. an der Regelung der Versicherungsfragen im Friedensvertrage von Versailles regen Anteil genommen. Ein Hauptgebiet ist für ihn jetzt die Erledigung allgemeiner volkswirtschaftlicher und steuerpolitischer Fragen. Seine Mitglieder sind die Verbände in den einzelnen Versicherungszweigen.

Auf dem Gebiete der Lebensversicherung finden sich drei Zusammenschlüsse. Zuerst zu nennen ist der im Jahre 1869 gegründete „Verein Deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften“. Er beschäftigt sich vorwiegend mit technischen Fragen. So hat er vor allem Sterblichkeitsuntersuchungen angestellt und damit die Grundlagen für die Bearbeitung deutscher Sterbetafeln geschaffen. Im Jahre seiner Entstehung gründete er den „Mitteilungsverband für abgelehnte Risiken“, der seit 1902 selbständig ist und sich mit der Erforschung der schweren Risiken in der Lebensversicherung beschäftigt. Endlich besteht noch der im Jahre 1896 gegründete „Verband Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften“. Er hat alle Fragen des Wettbewerbs und der inneren Organisation der Gesellschaften von seiner Betätigung ausgeschlossen und widmet sich nur den allgemeinen Fragen der Lebensversicherung. Namentlich die Steuerfragen und neuerdings alle Fragen, welche mit der Aufwertung zusammenhängen, werden von ihm bearbeitet.

Auch für die Unfall- und Haftpflichtversicherung, die in der Praxis in engem Zusammenhange betrieben werden, bestehen mehrere Verbände. Der Spitzenverband ist der im Jahre 1900 errichtete „Verband der in Deutschland arbeitenden Unfall- und Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften“. Er beschäftigt sich ebenfalls nicht mit Fragen des Wettbewerbs, sondern vertritt nur die allgemeinen Interessen seiner Mitglieder. Mit Fragen der Versicherungsbedingungen und Tarife befassen sich ausschließlich die „Unfallvereinigung“ und die „Haftpflichtvereinigung“. Sie wären also Kartelle im oben dargelegten Sinne. Zu erwähnen ist noch der „Katastrophenverband“, der die Mitglieder gegen die Folgen von Katastrophenschäden schützen will.

Für die Transportversicherung haben wir in erster Linie den „Deutschen Transportversicherungsverband“ zu erwähnen, da ihm heute die größte Bedeutung zukommt. Er wurde vor dem Kriege als Zweigverein des „Internationalen Transportversicherungsverbandes“ gegründet. Er befaßt sich mit der Ausarbeitung von Klauseln und Tarifen und ist auch wohl als ein Kartell anzusprechen. Seine Tätigkeit wurde jedoch in der Nachkriegszeit durch die zahllosen Neugründungen untergraben. Jedenfalls mußten manche Tarife und Bedingungen durch die zunehmende Konkurrenz der Außenseiter für nicht mehr verbindlich erklärt werden. Der „Internationale Transportversicherungsverband“, der, wie schon sein Name sagt, auch ausländische Mitglieder in großem Umfange zählte, hat seine Vorkriegsbedeutung noch nicht wiedererlangt, wenn er auch langsam wieder an Einfluß zu gewinnen scheint. Zu erwähnen sind dann noch von Platzvereinen der „Verein Hamburger Assekuradeure“, „Verein Bremer Seeversicherungs-Gesellschaften“ und der „Verein Danziger Assekuradeure“. Sie regeln die lokalen Interessen der Trans-

portversicherung an den großen Handelsplätzen und haben auch Makler zu Mitgliedern.

In der Feuerversicherung gibt es zur Zeit keinen Verband, nachdem die „Deutsche Feuerversicherungs-Vereinigung“ sich zu Beginn des Jahres 1924 aufgelöst hat. Auch hier war die Auflösung durch die ungesunde Konkurrenz der zahlreichen, während der Inflation neu gegründeten Unternehmungen, die als Außenseiter arbeiteten, veranlaßt worden. Die Vereinigung hatte sich hauptsächlich die Aufstellung des Tarifes angelegen sein lassen. Inzwischen hat nach dem Verschwinden vieler Inflationsgesellschaften wieder eine Annäherung unter den Gesellschaften stattgefunden, die namentlich in dem sogenannten Münchener Wettbewerbsabkommen deutlich wird. In ihm werden Regeln für eine Verminderung der Konkurrenz aufgestellt. Nach der Auflösung der Vereinigung ist der im Jahre 1871 gegründete „Verband der Deutschen Privat-Feuerversicherungs-Gesellschaften“ wieder mehr an die Öffentlichkeit getreten, da es immer noch galt, die allgemeinen Interessen der Feuerversicherung zu wahren. Er beschäftigt sich nicht mit Wettbewerbsfragen. Nach der Auflösung der Vereinigung hat er die „Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Privat-Feuerversicherungs-Gesellschaften“ aus seiner Mitte gebildet.

In der Hagelversicherung besteht der „Verband der Deutschen Hagelversicherungs-Aktiengesellschaften“ und der „Verband Deutscher Hagel-Versicherungs-Vereine auf Gegenseitigkeit“. Beide Verbände haben über sich die „Vereinigung Deutscher Hagel-Versicherungs-Gesellschaften“. Während die Vereinigung nur allgemeine Fragen bearbeitet, beschäftigen sich die Verbände auch mit Wettbewerbsfragen.

Der „Verein Deutscher Vieh-Versicherungs-Gesellschaften“ hält sich ebenfalls von Fragen des Wettbewerbs fern.

Für die kleineren Versicherungszweige gibt es ebenfalls Verbände der Versicherer, die wir bei der nebensächlicheren Bedeutung dieser Zweige nicht einzeln aufzählen möchten. Zum großen Teil regeln sie die Tarife und Bedingungen mit verbindlicher Wirkung für ihre Mitglieder.

Von beachtenswerter Bedeutung sind aber die „Vereinigung für die Rückversicherung“ und die „Vereinigten Rückversicherer“ wegen der finanziellen Stärke der Rückversicherung, wenn sie auch wenig an die Öffentlichkeit treten. Sie vertreten in erster Linie allgemeine Interessen des Rückversicherungswesens und versuchen auch hin und wieder bei besonders wichtigen Fragen eine Bindung der Mitglieder zu erzielen. Um Fragen des Wettbewerbs kümmern sie sich jedoch nicht.

Nicht nur die Privatversicherer haben sich zusammengeschlossen, wir finden vielmehr auch Verbände der öffentlich-rechtlichen Unternehmungen. Von großer Bedeutung ist der 1872 gegründete Verband öffentlicher Feuerversicherungsanstalten. Auch dieser Verband hat die Rechte einer öffentlichen Körperschaft. Er hat eine besondere Abteilung für Rückversicherung, für Domänenversicherung und für notleidende Risiken. Es handelt sich bei seinen Aufgaben um die Erledigung allgemeiner Fragen, woneben er aber auch selbst als Rückversicherer auftritt.

Weiter ist der „Verband der öffentlichen Lebensversicherungsanstalten“ zu erwähnen. Er hat einmal den Zweck, die allgemeinen Interessen wahrzunehmen, dann gewährt er aber auch Rückversicherung an die angeschlossenen Anstalten und betreibt endlich sogar mit Genehmigung des preußischen Ministers des Innern in Landesteilen, in denen es keine öffentlichen Lebensversicherungsanstalten gibt, das direkte Lebensversicherungsgeschäft. Bei ihm handelt es sich also eigentlich um eine eigene Versicherungsunternehmung der Sozietäten. Er beherrscht übrigens auch das gesamte Geschäft der einzelnen Sozietäten, da er die Tarife und technischen Grundlagen vorschreibt. Anträge dürfen nur angenommen werden, wenn er dem Risiko zugestimmt hat.

Bevor wir zur Konzentration im Versicherungswesen übergehen, möchten wir noch einige kurze Bemerkungen über die Vereinigungen anfügen, die sich auf dem sozialpolitischen Gebiete im Versicherungswesen bewegen. Zunächst ist hier der „Arbeitgeberverband Deutscher Versicherungsunternehmungen“ zu erwähnen. Er wurde im Jahre 1919 vom Reichsverband der Privatversicherung gegründet und war nur das Gegenmittel gegen die verschiedenen Gewerkschaften, denen sich die Angestellten angeschlossen hatten. Es erfolgte nämlich immer mehr eine Regelung des Gehalts und der Arbeitszeit durch Vereinbarung zwischen den sich gegenüberstehenden Verbänden. Zwischen ihnen wurde zum ersten Male im Mai 1919 ein Reichstarifvertrag abgeschlossen. Der Arbeitgeberverband hat namentlich die Fragen des Arbeitsrechts und des Tarifvertrags sowie aller sonstigen sozialpolitischen Vorgänge zu bearbeiten.

Dieser Reichstarifvertrag bezieht sich nur auf die Angestellten der Versicherungsunternehmungen. Nicht wird aber von ihm das Verhältnis zwischen den Agenten und den Gesellschaften berührt. Während für die Angestellten die Gewerkschaften sorgten, mußten sich die Agenten ihre Verbände erst schaffen. Dies war mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden, weil die Vertragsbedingungen der einzelnen Agenten in ganz erheblichem Maße voneinander abwichen. Es war daher auch sehr schwer, allgemein Interesse für die Gründung eines Verbandes zu wecken, zumal der Agent der Gesellschaft ganz anders als der Angestellte gegenübersteht. Sofern er ein großes Neugeschäft bringt, kann er den Gesellschaften erhebliche Forderungen stellen, da er dann unabhängig ist. Wenn er aber in der Hauptsache einen Bestand verwaltet, so gerät er mehr in die Rolle eines Angestellten. Der Verband der Generalagenten hat versucht, für alle Mitglieder möglichst einheitliche Vertragsbedingungen zu erzielen, ohne jedoch bei den widerstreitenden Interessen seiner Mitglieder großen Erfolg zu erzielen. Beachtenswert ist aber, daß der Verband erreicht hat, daß einige Stellen des beim Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung bestehenden Versicherungsbeirats mit seinen Mitgliedern besetzt werden.

b) *Die Konzentration im Versicherungswesen.* Bei der Konzentration handelt es sich nicht wie bei den Verbänden darum, mehrere selbständige Unternehmungen zur gemeinsamen Arbeit bei völliger Wahrung der Selbständigkeit nebeneinander zu stellen, sie will vielmehr eine weit kräftigere Zusammenfassung, die letzten Endes sogar bis zum Verlust der Existenz für die angeschlossenen Gesellschaften geht. Wir können sie nur in ganz kurzen Zügen behandeln.

Die Mittel, mit denen die Konzentration durchgeführt wird, sind die gleichen wie in allen anderen Wirtschaftszweigen auch. Wir erwähnen nur die Beteiligungen, Interessengemeinschaften, Verwaltungsgemeinschaften. Der Konzernaufbau stellt sich im allgemeinen so dar, daß die Hauptgesellschaft die überwiegende Stimmenzahl einer Reihe von anderen, abhängigen Gesellschaften hat. Sie ist daher in der Lage, die Geschäftspolitik dieser abhängigen Unternehmungen zu bestimmen. Damit ist die Verwaltung bei der Hauptgesellschaft zentralisiert. Ausschlaggebend ist aber, ob die gesamte Finanzverwaltung des Konzerns bei der Hauptgesellschaft zusammengefaßt ist oder nicht. Damit ist dann eine erhöhte wirtschaftliche Stoßkraft gegeben, die sich in der Versicherung dadurch auswirkt, daß der Konzern jetzt wesentlich größere Risiken zeichnen kann als eine alleinstehende Unternehmung. Er kann gleichzeitig, da er über einen ständigen, ziemlich gleichbleibenden Zustrom von Prämien verfügt und damit dauernd Geld anlegen kann, einen beherrschenden Einfluß auf die Banken ausüben und besonders günstige Bedingungen für den Geldverkehr erzielen.

Auch in technischer Hinsicht ist die Konzernbildung von großer Bedeutung. Das Geschäftsgebiet kann unter die einzelnen Gesellschaften des Konzerns aufgeteilt werden. Dadurch werden die nebeneinander bestehenden Außenorganisationen vereinigt, besser ausgenutzt und zugleich wird das Gebiet intensiver be-

arbeitet. Das hat Rückwirkungen auf die Unkostenfrage, da auch im Innendienst weitgehende Vereinfachungen möglich sind. Von besonderer Bedeutung ist aber, daß der Konzern sein eigenes Geschäft besser ausnutzen kann, indem er zunächst seine eigenen Gesellschaften als Rückversicherer beteiligt. Das hat wieder die Auswirkung, daß der Bestand größer und damit gleichmäßiger wird. Nur die Spitzen besonders gefährlicher Risiken werden noch an fremde Unternehmungen gegeben. Infolgedessen gehen die Konzerngesellschaften in großem Umfange dazu über, die Rückversicherung zu betreiben.

Nur einen geringen Unterschied macht es, wenn in dem Mittelpunkt des Konzerns eine Rückversicherungsgesellschaft steht. Es hat gewisse organisatorische und technische Vorteile, die wir hier nicht näher erörtern können. Vom Standpunkt der im Mittelpunkt stehenden Rückversicherungsunternehmung aus sind die angeschlossenen Unternehmungen nur Zubringer des Geschäfts. Während bei der Konzentration auf eine direkte Versicherungsunternehmung der Kreis der anzugliedernden Gesellschaften bald geschlossen ist, kann er bei der Konzentration auf eine Rückversicherungsgesellschaft grundsätzlich nur unbeschränkt sein. In diesem Falle läßt sich auch die technische Forderung nach einem möglichst internationalen Geschäftsbetrieb am besten verwirklichen.

Seit dem Ende des Krieges sehen wir im Versicherungswesen eine erhebliche Konzentrationsbewegung. Sie hat allerdings auf diesem Gebiete keine Besonderheiten hervorgebracht, sondern nur die Erfahrungen anderer Wirtschaftsgebiete, die in der Konzentration längst vorangegangen waren, übernommen. Immer mehr wird der Markt von einigen wenigen Gruppen beherrscht, die zur Zeit noch eine Anzahl von Gesellschaften unter einer Leitung vereinigen. Es zeigen sich aber schon Ansätze dafür, daß in den Gruppen bald ein Zusammenschluß zu einer Gesellschaft stattfinden wird, so daß dann nur noch wenige Riesengesellschaften sich gegenüberstehen werden.

Wir finden aber in der Praxis nicht nur eine Konzentration von Versicherungsgesellschaften, sondern auch die Angliederung von Hilfsunternehmungen. Zunächst kann man vielfach sehen, wie Gesellschaften für die Anwerbungen des Geschäftes angeschlossen werden, ja es gab bis vor kurzem sogar kleine Konzerne von Vermittlungsgesellschaften. Durch derartige Angliederungen kann die Zentralgesellschaft einen starken Druck auf die Anwerbung des Geschäftes ausüben. Andererseits haben aber auch Agenten Vermittlungsgesellschaften gegründet, die nun ihrerseits Versicherungsgesellschaften gründeten, um sich auf diese Weise ihr Geschäft nach Möglichkeit zu erhalten und auch den Gewinn als Versicherer zu machen.

Gesellschaften haben dann weiter Unternehmungen zur Prüfung der Risiken geschaffen und sich angegliedert. So finden wir in der Transportversicherung die Klassifizierungsgesellschaften. Auch Bergungsunternehmungen, Spiegelglasfabriken sind so abhängig, um nur noch einige Beispiele zu nennen. Das gleiche gilt von Unternehmungen, welche der Schadenverhütung dienen. Wir erwähnen Werften, Reparaturwerkstätten, Krankenhäuser, Erholungsheime.

Während bei der bisherigen Betrachtung die Versicherungsunternehmung Träger der Konzentration war, wird sie bei den jetzt zu erwähnenden Fällen zum Objekt. In erster Linie kommt die Angliederung von Versicherungsgesellschaften an einen Industriekonzern in Frage. Wir meinen dabei nicht nur Versicherungsgesellschaften, welche sich in ihrer Betätigung auf die Objekte eines Industriekonzerns beschränken, also die sogenannte Selbstversicherung betreiben, sondern auch solche Versicherungsgesellschaften, welche das allgemeine Geschäft pflegen. In gewissem Umfange haben große Unternehmungen schon von jeher danach getrachtet, ihre Risiken für eigene Rechnung zu laufen und etwaigen Schäden durch Ausscheiden jährlicher Reserven zu begegnen. In größerem Umfange geschieht das jedoch erst seit der Inflation,

in der man zuerst die Gründung eigener Gesellschaften in größerem Umfange antrifft. Das Bedenkliche an der Selbstversicherung liegt vom Standpunkt der Versicherungstechnik aus darin, daß ein Ausgleich nicht gegeben ist, weil die Zahl der Risiken doch nicht groß genug ist und weil die Risiken zu sehr der gleichen Gefahrenklasse angehören. Endlich findet eine Zersplitterung der Risiken nur selten statt, da Rückversicherung meist nicht genommen wird. Diese Gesichtspunkte gelten auch dann, wenn eine eigene Selbstversicherungsgesellschaft gegründet wird. Aber auch die Angliederung einer das allgemeine Geschäft betreibenden Versicherungsunternehmung an einen Industriekonzern ist nicht ohne Bedenken. Vielfach wird versucht werden, die eigenen Risiken zu günstigeren Bedingungen, als sie auf dem freien Markt zu erhalten sind, zu decken. Soweit die Aktien nicht voll eingezahlt sind, gerät die Versicherungsunternehmung in Krisenzeiten leicht in starke finanzielle Abhängigkeit von dem Konzern. Möglicherweise ist damit eine etwaige Nachzahlungsverpflichtung des Großaktionärs stark gefährdet. Besonders groß ist diese Gefahr, wenn der Aktionär eine nur mit geringem Kapital ausgestattete Holdinggesellschaft des Konzerns ist. Letzten Endes besteht auch noch die Möglichkeit, daß der Konzern seinen Einfluß bei der Kapitalanlage der Versicherungsunternehmung dahin ausübt, daß diese zwar nach seinen industriellen Interessen, nicht aber nach denen der Versicherungsunternehmung erfolgt.

Wir müssen als weiteren Sonderfall die Angliederung von Versicherungsunternehmungen an Banken erwähnen. Bei ihr kommt naturgemäß die Finanzverwaltung der Versicherungsunternehmung mehr oder minder vollständig in die Hand der Bank, die dann die Versicherungsgelder in ihrem Interesse verwenden wird. Als letztem Fall begegnen wir einer Angliederung von Versicherungsgesellschaften an Handelsunternehmungen oder an gewisse Berufsverbände. Hier taucht dann wieder die Gefahr einer einseitigen Zusammensetzung des Versicherungsbestandes auf.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Konzentration auf dem engen Gebiet des Versicherungswesens zu begrüßen ist, daß aber die Angliederung von Versicherungsgesellschaften an andere Unternehmungen zu verurteilen ist.

c) *Die Versicherten-Schutzverbände.* Auch die Versicherungsnehmer haben sich zu Verbänden zusammengeschlossen. Ihr Zweck besteht vor allem darin, die Interessen der Versicherungsnehmer den Versicherungsunternehmungen gegenüber zu wahren. Die Versicherungsnehmer sind zum großen Teil mit den schwierigen Fragen des Versicherungsrechts nicht genügend vertraut und werden daher vielfach in den Policen ungünstigen Bedingungen zustimmen. Hinzu kommt, daß auch die richtige Aufnahme mancher Risiken in einigen Versicherungszweigen recht schwierig ist. Sie brauchen daher eine kundige Beratung, welche ihre Interessen den Versicherungsunternehmungen gegenüber vertritt. Namentlich bei der Schadenregulierung kann eine derartige Hilfe für sie sehr wertvoll werden. Das Bestreben der Verbände darf aber nicht auf eine einseitige Unterstützung der Versicherungsnehmer gerichtet sein. Sie machen sich am nützlichsten, wenn sie in unparteiischer Weise zwischen beiden Parteien in Streitigkeiten zu vermitteln suchen. Im übrigen haben sie allerdings anzustreben, beim Abschluß des Versicherungsvertrages für ihr Mitglied möglichst günstige Bedingungen und, was noch wichtiger ist und meistens übersehen wird, einen möglichst vollkommenen Versicherungsschutz zu erreichen.

Ein weiteres Betätigungsfeld finden sie dann in der Ausarbeitung und Verbesserung der von den Gesellschaften aufgestellten Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung pflegt Entwürfe zu neuen Bedingungen vor ihrer Genehmigung den Verbänden der Interessenten zugänglich zu machen. Sie können dann Wünsche und Anregungen ungehindert vorbringen. Auch dabei müssen sie sich allerdings von dem Bestreben leiten lassen, nicht ein-

seitig Vorteile für die Versicherungsnehmer zu erzielen, da ein guter Versicherungsschutz auf die Dauer nur möglich sein wird, wenn die Bedingungen auch den Versicherern ein Auskommen sichern. Wünsche und Anregungen können sie aber auch für die Versicherungspolitik geltend machen, da sie in dem beim Reichsaufsichtsam für Privatversicherung bestehenden Versicherungsbeirat vertreten sind. Hier haben sie die Möglichkeit, auch an den dort aufzustellenden Gesetzentwürfen mitzuwirken und so die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten.

Weniger beschäftigen sich die Verbände mit den Fragen der Tarifpolitik. Wenigstens dürften sie bisher auf diesem Gebiete noch nicht sonderlich hervorgetreten sein.

In der Praxis gibt es eine ganze Reihe von Schutzverbänden, die untereinander nicht in Verbindung stehen. Neben den Verbänden, welche sich mit allen Fragen des Versicherungswesens befassen, gibt es noch besondere Verbände, die sich nur mit einzelnen Fragen beschäftigen. Wir erwähnen hier nur die Vereinigungen, die sich die Bearbeitung der Aufwertung zum Ziele gesetzt haben.

#### § 4. Einrichtung einer Versicherungsunternehmung.

Die öffentlich-rechtlichen Unternehmungen erhalten ihre Organisation durch die Landesgesetze. Infolge ihres öffentlich-rechtlichen Charakters sind sie mehr oder minder behördenmäßig organisiert. Eine Änderung ihres Aufbaus ist daher nur verhältnismäßig schwer möglich. Die Privatunternehmungen haben demgegenüber in ihrer Einrichtung das Prinzip der Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund zu stellen. Entsprechend der Entwicklung der modernen Wirtschaft ist die Aktiengesellschaft von nahezu allein ausschlaggebender Bedeutung. Dies gilt wenigstens insoweit, als man die Versicherung überhaupt von seiten des betreffenden Unternehmers als Wirtschaftszweig ansieht. Wir wollen die volkswirtschaftliche Bedeutung der vielen kleinen Versicherungsunternehmungen, die über eine lokale Bedeutung nicht hinausreichen, keineswegs unterschätzen, können sie aber bei der Betrachtung der Organisation der Versicherungsunternehmung außer acht lassen. In gleicher Weise wollen wir auch nicht auf die Besonderheiten der großen Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit eingehen. Im allgemeinen ist auch bei ihnen der Betrieb in der gleichen Weise eingerichtet wie bei den Aktiengesellschaften. Ein Unterschied in der Einrichtung besteht bei den noch verbleibenden Unternehmungen dadurch, ob sie das direkte oder nur das indirekte Versicherungsgeschäft betreiben.

I. Jede das direkte Geschäft betreibende Versicherungsunternehmung verfügt über einen Innen- und Außenbetrieb. Während dieser für die Anwerbung des Geschäftes eingesetzt wird, hat jener die Verwaltung des Versicherungsbestandes zu besorgen.

1. Der Außendienst einer Versicherungsunternehmung hat, wie schon gesagt, für die Anwerbung des Geschäftes zu sorgen. Wenn auch in den letzten Jahrzehnten der Versicherungsgedanke in immer weitere Kreise der Bevölkerung gedrungen ist, so pflegt doch das Publikum sich noch nicht in größerem Umfange von sich aus an die Versicherungsunternehmungen wegen des Abschlusses eines Versicherungsvertrages zu wenden. Aber selbst wenn es dieses tun würde, so würde ein Privatunternehmen, das nach kaufmännischen Grundsätzen geleitet wird, immer noch dahin streben müssen, möglichst viele Versicherungen für sich zu erwerben. Es könnte also immer noch nicht auf den Außendienst ganz verzichten.

Den gesamten Außendienst einer Versicherungsunternehmung bezeichnet man heutzutage mit dem Ausdruck „Organisation“. Sie wird von denjenigen Personen gebildet, die den Abschluß von Versicherungen für ihre Gesellschaft vermitteln und die unter Umständen derartige Versicherung auch für ihre Unter-

nehmung selbst abschließen. Dies sind die Agenten. Agent ist, wer, ohne als Gehilfe im Versicherungsgewerbe angestellt zu sein, ständig damit betraut ist, für eine bestimmte Versicherungsunternehmung Versicherungen gegen Entgelt zu vermitteln oder abzuschließen. Man muß also zwischen dem Vermittlungs- und dem Abschlußagenten unterscheiden. Der Abschlußagent pflegt über eine Anzahl von Vermittlungsagenten zu verfügen. Er hat vielfach den Titel Generalagent oder Subdirektor. Zu seinen Mitarbeitern zählen aber auch noch Leute, die nur als gelegentliche Vermittler tätig sind.

Aufgabe eines Generalagenten ist es, einmal den Versicherungsbestand eines bestimmten Gebietes zu verwalten und sodann für die Organisation seines Gebietes zu sorgen. Damit haben wir aber schon auf ein bestimmtes Organisationssystem abgestellt, bei welchem dem Generalagenten ein besonderer Bezirk zur Bearbeitung überwiesen wird. Das ist keineswegs immer der Fall. Viele Gesellschaften stellen ihren Vertretern das Arbeitsgebiet frei. Zur Verwaltung des Versicherungsbestandes, den jeder Agent entweder bei seiner Anstellung übernimmt oder sich durch seine Arbeit selbst aufzubauen hat, gehört vornehmlich die Einziehung der fälligen Prämienbeträge. Vielfach hat der Generalagent aber auch, namentlich bei der Antragsaufnahme, Besichtigungen der Versicherungsobjekte vorzunehmen oder während des Laufes des Versicherungsvertrages Verhandlungen mit den Versicherten über etwaige Änderungen zu führen. Er muß der Vertrauensmann der Versicherten sein, der zusammen mit den Agenten in unmittelbarer Fühlung mit ihnen steht und der den Verkehr mit der Direktion zu vermitteln hat. Bezüglich der Organisation hat er darauf zu achten, daß seine Gesellschaft an allen Plätzen seines Bezirkes genügend vertreten ist und das nach Möglichkeit Versicherungsanträge aufgenommen und Versicherungsunlustige für den Abschluß gewonnen werden.

Bei manchen Versicherungsunternehmungen sind wieder verschiedene Generalagenturen zusammengefaßt und einem neuen Verwaltungskörper, der Filial- oder Bezirksdirektion, untergeordnet. Die Aufgaben der Bezirksdirektion decken sich im allgemeinen mit denen des Generalagenten. Man verspricht sich vielfach von dieser Einrichtung eine eindringlichere Bearbeitung des betreffenden Bezirkes, wenn man an die Spitze der Landesorganisation einen mit den Verhältnissen des betreffenden Gebietes besonders vertrauten Beamten stellt.

Verschieden nach den Organisationssystemen, denen sich die Gesellschaften bedienen, ist die Art des Entgeltes, welches die Außenorgane für ihre Arbeit erhalten. Manche Unternehmungen gewähren feste Bezüge, Gehälter. Sie haben damit das System der Geschäftsstellen gewählt. Ihre Außenorgane sind demnach keine Agenten, sondern Beamte. Soweit die Organisation dagegen aus Agenten besteht, erhalten sie ihre Vergütung in Form von Provisionen. Dabei hat man zwischen der Abschluß- und der Inkassoprovision zu unterscheiden. Um einen Versicherungsvertrag zum Abschluß zu bringen, hat der Vertreter meist sehr viel Mühe und Arbeit aufzuwenden. Die Arbeiten für die Verwaltung eines Versicherungsbestandes sind dagegen meist nur sehr gering. Infolgedessen muß die Abschlußprovision erheblich höher sein als die Inkassoprovision. Ihre Höhe schwankt sehr bei den einzelnen Versicherungszweigen. Sie ist aber nach oben hin bedingt durch den statistisch erfaßbaren Schadenprozentsatz des betreffenden Geschäftes. Die Provisionen sind ein Werbemittel ersten Ranges für die Gesellschaften. Sie sind daher auch im Konkurrenzkampf stark umstritten. Durch höhere Provisionen suchen namentlich jüngere Unternehmungen besonders tüchtige Agenten zu sich hinüber zu ziehen. Dies aber genügt allein meistens nicht, da ein Vertreter, der über einen größeren Versicherungsbestand und damit über eine sichere Einnahme aus seiner Inkassoprovision verfügen kann, meist nicht nur auf höhere Abschlußprovisionen hin zu einer jungen Gesellschaft übertreten wird. Man findet daher vielfach noch besondere feste Zuwendungen unter den verschiedensten Namen,

wie Organisationskosten- und Bürokostenzuschüsse. Sie werden zeitlich unbeschränkt oder nur für eine beschränkte Dauer zugestanden, um dem Vertreter den Aufbau eines Bestandes zu erleichtern. Jedenfalls ist das Unkostenproblem auch hinsichtlich der Provisionen für die Versicherer von allergrößter Bedeutung.

Zur Organisation einer Versicherungsunternehmung gehören meist auch noch sogenannte Inspektoren, Beamte, die gegen festes Gehalt und geringe Provision entweder im unmittelbaren Dienst der Zentralverwaltung oder der Generalagenturen stehen. Ihre Aufgabe besteht darin, die Agenten in der Anwerbung des Geschäftes zu unterstützen und sie überhaupt erst anzulernen. Vielfach haben sie, namentlich wenn es sich um Direktionsinspektoren handelt, auch einen Teil der Organisation und der Schadenregulierung durchzuführen.

Endlich müssen wir noch Revisoren unter den Außenorganen erwähnen. Sie haben die Abrechnungen und den Innenbetrieb der Außenorganisation zu überwachen.

Nicht zum Außendienst gehören die Versicherungsmakler. Das sind Personen, die ohne von einer Versicherungsunternehmung ständig mit der Vermittlung von Versicherungen betraut zu sein, frei zwischen den Parteien stehen. Sie vertreten daher bei den Verhandlungen die Interessen beider Parteien. Auch sie erhalten für ihre Tätigkeit von den Versicherungsunternehmungen Provisionen, und zwar Abschluß- und Inkassoprovisionen. Wir finden Makler hauptsächlich in den Seepätzen. Sie sind auch in der Hauptsache nur in ganz bestimmten Versicherungszweigen tätig. Vor allem kommt die Transportversicherung, die Rückversicherung und die Feuerversicherung in Betracht. Sie beschränken aber ihre Arbeit keineswegs auf diese Gebiete. In der Nachkriegszeit haben sie an Bedeutung nicht unwesentlich zugenommen. Das tritt in der Gründung von Gesellschaften für Versicherungsvermittlung in die Erscheinung. In der neuesten Zeit läßt sich aber auf diesem Gebiete schon wieder eine gewisse Rückbildung feststellen.

2. Der Innendienst einer Versicherungsunternehmung teilt sich wie der einer jeden Privatunternehmung in den kaufmännischen und technischen Betrieb.

Die kaufmännischen Aufgaben werden von der Direktion selbst bearbeitet. In Betracht kommen alle die Fragen, die sich auf die kapitalistische Seite der betreffenden Unternehmung beziehen, so namentlich die Gründung, etwaige Kapitalerhöhungen, Interessengemeinschaften, Konzernbildungen oder gar Fusionen. Weiter gehört hierher die gesamte Vermögensverwaltung. Von ihr spielt allerdings schon ein Teil in das technische Gebiet hinüber. Für die Vermögensanlage der beaufsichtigten Unternehmungen sind nämlich von den Aufsichtsbehörden ziemlich eingehende Bestimmungen erlassen worden, die die Gesellschaften in der Wahl der Anlagen mehr oder minder weitgehend beschränken. Damit kommen wir zu der weiteren Aufgabe der Direktion, den Verkehr mit der Aufsichtsbehörde, die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und die Rechnungslegung gegenüber der Aufsichtsbehörde. Nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz sind nämlich die beaufsichtigten Unternehmungen verpflichtet, in eingehender Weise an Hand von vorgeschriebenen Formularen ihren Stand darzulegen. Hierbei spielen die Vermögensanlagen die Hauptrolle. Die gesetzlichen Bestimmungen suchen nämlich im Interesse der Versicherten, die teilweise sehr erhebliche Kapitalien bei den Unternehmungen zusammenbringen, die Liquidität der Gesellschaften sicherzustellen. Auf diesen Punkt haben wir noch bei der Besprechung der Versicherungspolitik näher einzugehen.

Der Direktion steht bei der Durchführung dieser Aufgaben die Buchhaltung zur Seite. Über ihre Einrichtung brauchen wir uns hier indessen insoweit nicht näher zu verbreiten, als ihr keine anderen Aufgaben zufallen, wie in jedem größeren Betriebe. Da die Versicherung aber eine Einrichtung des Wirtschaftslebens ist, die in ganz besonderer Weise des Vertrauens des Publikums bedarf, genügt es



keineswegs, wenn die Versicherungsunternehmungen wie andere Gesellschaften nur über ihren finanziellen Stand Aufschluß geben. Sie müssen vielmehr ihre gesamte geschäftliche Entwicklung der Öffentlichkeit darlegen. Da Versicherungen in allen Wirtschaftszweigen abgeschlossen werden, haben größere Versicherungsunternehmungen einen besonders guten Einblick in die Wirtschaftsverhältnisse. Ihre Rechenschaftsberichte sind daher von diesem Gesichtspunkte aus von allgemeiner volkswirtschaftlicher Bedeutung. Ihre Unterlagen sind von der Buchhaltung zu erstellen. Ob sie gleichzeitig auch die Statistik des Geschäftes zu liefern hat, ist eine Frage der Organisation. Bei manchen Unternehmungen ist dies in der Tat der Fall. Andere Unternehmungen haben eine gesonderte statistische Abteilung. Bei wieder anderen ist die technische Buchhaltung und damit auch die Statistik den einzelnen Abteilungen angegliedert. Außerdem faßt dann eine Hauptbuchhaltung diese Zahlen und alle die Posten, die nicht ohne weiteres auf bestimmte Abteilungen aufgeteilt werden können, zusammen. Immer muß die Buchhaltung im engen Zusammenhang mit den technischen Abteilungen stehen, welche das Zahlenmaterial bringen. Wir werden infolgedessen, auch wenn wir im folgenden die technische Arbeit des Innendienstes besprechen, immer wieder auf Buchhaltungsarbeiten stoßen.

Vorher ist noch zu erwähnen, daß es besondere Vorschriften für ein Buchhaltungssystem von Versicherungsunternehmungen nicht gibt. Jede Gesellschaft wählt das System, welches für ihre Zwecke am geeignetsten zu sein scheint. Einen gewissen Einfluß üben allerdings hier doch die Vorschriften der Aufsichtsbehörden über die Rechnungslegung aus. Auf jeden Fall muß die Buchhaltung so eingerichtet sein, daß den Rechnungsvorschriften sofort Genüge getan werden kann, denn § 55 VAG bestimmt, daß auf Grund der Bücher für das verfllossene Geschäftsjahr ein Geschäftsabschluß und ein die Verhältnisse sowie die Entwicklung des Unternehmens darstellender Jahresbericht anzufertigen ist. Im übrigen gelten für die Versicherungsunternehmungen die allgemeinen Vorschriften über die Handelsbücher des Vollkaufmanns.

Der Innendienst zerfällt selbst innerhalb der verschiedenen Versicherungszweige wieder in mannigfache Unterabteilungen. Wir betrachten sie in der Reihenfolge, in der sich die Versicherung abwickelt.

Jeder von den Agenten ausgeführte Antrag kommt zunächst in die Antragsabteilung. Bevor er auf seinen Inhalt hin geprüft wird, muß er zunächst in das Antragsregister eingetragen werden. Dadurch wird die Antragsstatistik ermöglicht. Das Antragsregister enthält die wichtigsten Daten des Antrags und gibt gleichzeitig Auskunft über sein weiteres Schicksal. Es spielt noch die Hauptrolle in der Lebensversicherung und auch wohl noch in den Versicherungszweigen, in denen die Agenten keine Abschlußvollmacht haben. Nach dieser statistischen Bearbeitung wird der Inhalt geprüft. Wichtig ist, ob alle Fragen klar und richtig beantwortet worden sind. Ist das nicht der Fall, so muß er durch Rückfragen vervollständigt werden. Auf Grund der so vorgenommenen Prüfung des zu zeichnenden Risikos, zu dessen Beurteilung unter Umständen umfangreiche Unterlagen beigebracht werden müssen, erfolgt die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung des Antrages.

Ist der Antrag angenommen, so wandert er mit einem entsprechenden Vermerk in die Policenabteilung, der meist die Prämienabteilung angeschlossen ist. In dieser Abteilung wird der Versicherungsschein ausgefertigt. Jede Police wird wieder eingetragen. Aus diesem Policenregister sind die genauen und wichtigsten Daten der Versicherungsscheine zu ersehen.

Sobald der Versicherungsschein ausgefertigt ist, kommt die Buchhaltung. Der gesamte Verkehr zwischen Gesellschaft und Versicherungsnehmer erfolgt nicht unmittelbar, sondern durch die Agenten oder Generalagenten. Das hat eine buchhalterische Auswirkung. Konten haben nämlich bei der Gesellschaft nicht die

Kunden, sondern die Agenten. Es gibt von dieser Regel natürlich auch Ausnahmen, die allerdings sehr selten sind. Ist also der Versicherungsschein ausgefertigt, so wird über die zu zahlende Prämie, über die Policengebühr und über die Versicherungssteuer eine Rechnung, meist Prämienrechnung genannt, ausgestellt und dem zuständigen Vertreter mit dem Versicherungsschein übersandt. Dieser schuldet jetzt den Rechnungsbetrag und muß mit ihm belastet werden. Die Belastung erfolgt auf drei Konten, dem Prämien-, Policengebühren- und Versicherungssteuer-Konto. Die Entlastung erfolgt durch Abrechnung der geschuldeten Beträge oder durch Rückgabe des Versicherungsscheins nebst Prämienrechnung. Eingehende Beträge werden demnach gutgeschrieben. Wird die Police vom Versicherungsnehmer nicht eingelöst, und vom Agenten zurückgegeben, so ist zu überlegen, ob auf Einlösung und Vertragserfüllung geklagt werden soll oder ob der Vertrag nachträglich wieder aufgehoben, storniert, werden soll. In beiden Fällen erhält der Vertreter Gutschrift des belasteten Betrages. Wird eine Police storniert, so muß dies von der technischen Abteilung im Policenregister vermerkt werden.

Wir haben damit aber noch nicht die Buchungen bei der Policenausfertigung erschöpft. Mit dem Abschluß eines Versicherungsvertrages, oder vielmehr genauer mit der Zahlung der Prämie hat der Agent auch seine Provision verdient. Er braucht daher nicht den ganzen Betrag der Prämienrechnung einzusenden, sondern kann von ihm seine Provision abziehen. Bei der Übersendung der Rechnung wird ihm daher gleich die Provision auf seinem Provisionskonto gutgeschrieben.

Regelmäßig werden in der Versicherung mehrjährige Verträge abgeschlossen. Die Prämie ist jedoch jeweils für ein Vertragsjahr im voraus zu zahlen. Aufgabe der Prämienabteilung ist es, dafür zu sorgen, daß in jedem Jahre die fällige Prämie wieder bezahlt wird. Das wird durch ein besonderes Prämienfälligkeitsregister sichergestellt. In ihm wird jede Police mit dem Prämienfälligkeitstage und mit dem geschuldeten Prämienbetrage eingetragen. Das Register ist nach Monaten eingeteilt. Außerdem muß festgestellt werden können, zu welcher Agentur die Police gehört. Im Laufe eines jeden Monats werden aus dem Prämienfälligkeitsregister alle Prämienrechnungen für die Versicherungen ausgeschrieben, die im nächsten Monat fällig werden. Die Rechnungen werden nach Agenturen geordnet, in der Buchhaltung in der oben besprochenen Weise durch Belastung der Prämie und Gutschrift der Provision verbucht und in den letzten Tagen des vorhergehenden Monats den Agenten zugestellt, die dann das Inkasso vornehmen und die vereinbarten Prämien und verdienten Provisionen abrechnen oder die nicht eingelösten Rechnungen zurückgeben.

Sind die Policen so weit behandelt, dann wird eine Abschrift von ihnen an die Rückversicherungsabteilung weiter gegeben. Diese Abteilung hat alle die Arbeiten, die mit der Rückversicherung zusammenhängen, zu erledigen. Sie hat zunächst auf Grund der Policenabschriften dem Rückversicherer Anzeige von der Versicherung zu machen. Dies geschieht durch die sogenannten Borderos, Formulare, die die wichtigsten Angaben über die abgeschlossenen Versicherungen enthalten. In vielen Rückversicherungsverträgen ist auf eine solche Aufgabe der Risiken verzichtet. Die viel wichtigere Aufgabe der Rückversicherungsabteilung besteht aber in der richtigen Festsetzung des sogenannten Selbstbehaltes und in der Maximalkontrolle. Die näheren Ausführungen über diese beiden Punkte finden sich bei der Behandlung der Rückversicherung.

Der Rückversicherer trägt nach Maßgabe des Rückversicherungsvertrages das Risiko entsprechend mit, wogegen er auch anteilig die Prämie erhält. Hier setzt also wieder die Arbeit der Buchhaltung ein. Die von der Rückversicherungsabteilung ausgerechneten anteiligen Prämien werden den Rückversicherern gutgeschrieben. Da der Rückversicherer aber auch an den Unkosten des Geschäftes teilnehmen muß, zahlt er eine vertraglich vereinbarte Rückversicherungsprovision,

die ihm belastet wird. Derartige Abrechnungen mit dem Rückversicherer werden in der Regel vierteljährlich vorgenommen.

Zu behandeln bleibt noch die Schadenabteilung. Tritt ein Schaden ein, so ist er nach den Versicherungsbedingungen vom Versicherungsnehmer sofort anzuzeigen. Daraufhin erfolgt seine Prüfung. Es muß dabei zunächst der Tatbestand geprüft werden und Entstehungsursache und Umfang festgestellt werden. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung, ob der Schaden auch durch die Police gedeckt ist. Ist das der Fall, so muß weiter festgestellt werden, ob Versicherungssumme und Versicherungswert miteinander übereinstimmen oder ob eine Über-, Unter- oder Doppelversicherung vorliegt. Bei der Haftpflicht- und Transportversicherung ist dann weiter noch auf die dort besonders im Vordergrund stehende Regreßfrage stets einzugehen. Nach Abtretung der Rechte des Versicherungsnehmers werden Regreßklagen eingeleitet und durchgeführt. Es ist ganz selbstverständlich, daß die Schadenbehandlung jeweils auf die Besonderheiten des betreffenden Versicherungszweiges abgestellt ist. Sie erfordert in der Regel eine große Rechtskenntnis des betreffenden Beamten.

Ist der Schaden festgestellt und die Höhe der Entschädigungsleistung errechnet, so wird er Agent beauftragt, den Schaden zu „regulieren“. Entweder erhält er den erforderlichen Betrag von der Gesellschaft unter entsprechender Belastung zugeschickt oder er kann den Schaden aus den in seinen Händen befindlichen Prämiegeldern auszahlen. In diesem Falle erfolgt nur die buchhalterische Belastung. Gutschrift wird erteilt, sobald er die Entschädigungsquittung, vom Versicherungsnehmer unterschrieben, der Gesellschaft eingereicht hat.

Wie wir hieraus schon ersehen können, erfordert die Regulierung großer Schäden die Bereitstellung der erforderlichen Beträge durch die Gesellschaft. Wenn es sich um sehr große Schäden handelt, muß gegebenenfalls ein Teil der Anlagen rechtzeitig abgestoßen werden. Es ist meist Aufgabe der Direktion selbst, für die Bereitstellung der notwendigen Summen zu sorgen. Es kommt dafür auch noch ein besonders zu erwähnender Weg in Betracht. Das sind die Rückversicherer. Wie jede Police, so muß auch jeder Schaden den Rückversicherern verrechnet werden. Soweit Einzelaufgaben gemacht werden, erfolgen sie von der Rückversicherungsabteilung auf Schadenborderos. Mit den Schäden werden die Rückversicherer anteilig belastet. Da mit ihnen stets eine kontokorrentmäßige Abrechnung erfolgt, werden Aktiv- und Passivposten gegeneinander aufgerechnet, so daß nur der Saldo jeweils auszukehren ist. Bei sehr großen Schäden würde aber bei diesem System der Versicherer in Schwierigkeiten geraten können. Nahezu alle Rückversicherungsverträge kennen daher eine Vereinbarung, nach welcher der Rückversicherer verpflichtet ist, auf Anfordern seinen Schadenanteil außerhalb des Abrechnungszeitpunktes dem Erstversicherer durch Zahlung zur Verfügung zu stellen. Man nennt diese Zahlungen Schadeneinschüsse. Die Schadenabteilung muß also stets rechtzeitig für die Einziehung derartiger Schadeneinschüsse Sorge tragen.

Ebenso wie Anträge und Policen werden auch die Schäden in ein besonderes Register, das Schadenregister, eingetragen. Bei jeder Police, auf die ein Schaden entfällt, wird ein entsprechender Vermerk gemacht, aus dem das Datum und die Höhe der Entschädigungsleistung zu ersehen sind.

Ein wichtiger Teil des Innendienstes einer Versicherungsgesellschaft ist dann endlich noch die Organisationsabteilung. Sie hat dafür zu sorgen, daß sämtliche Teile des Geschäftsgebietes mit geeigneten Agenten besetzt sind. Sie hat auch noch die Einarbeitung der Organisation durchzuführen. Um richtig zu organisieren, hat die Abteilung das Geschäftsgebiet in geeignete Bezirke zu zerlegen. Außerdem führt sie das Agentenverzeichnis, aus dem der Name des Agenten und die wichtigsten Punkte seines Agenturvertrages zu ersehen sind. Ihre Hauptaufgabe besteht dann weiter in der ständigen Überwachung der Agenten. Diese geht einmal auf

die Beobachtung der Werbetätigkeit. Es muß dazu eine Art von Produktionsstatistik geführt werden, die anzeigt, welche neuen Versicherungen von dem betreffenden Agenten angeworben und durch ihn abgeschlossen worden sind. Die von ihm erzielte Neuprämie muß seine Unkosten decken. Diese Nachprüfung ist namentlich dann erforderlich, wenn die Agenten feste Zuschüsse oder Gehälter beziehen. Werden die Unkosten längere Zeit durch den Neuzugang nicht gedeckt, so wird sich die Gesellschaft zur Kündigung des Agenturvertrages veranlaßt sehen. Die Abteilung hat dann aber auch weiter noch eine Kontrolle der Abrechnung vorzunehmen. Den Agenten, welche den Versicherungsbestand der Gesellschaft verwalten, muß großes Vertrauen entgegengebracht werden, da sie oft sehr beträchtliche Prämien-gelder in Händen haben. Die Abrechnung muß schon deshalb pünktlich erfolgen, weil die Gesellschaften mit den Zinsen zu rechnen haben. Solange das Geld noch bei den Außenorganen ist, werden damit aber keine Zinsen verdient. Wie notwendig eine ständig eingehende Kontrolle einer pünktlichen Abrechnung ist, hat namentlich die Inflationszeit und die Zeit unmittelbar nach der Stabilisierung der Währung gezeigt, in der manche Gesellschaften wegen des schleppenden Abrechnungsverkehrs sehr erheblichen Schaden erlitten haben.

II. Einrichtung einer Rückversicherungsgesellschaft. Auch das Rückversicherungsgeschäft kann, wie jedes kaufmännische Geschäft, von Unternehmern beliebiger Art betrieben werden. Danach wäre zunächst das Unternehmen des Einzelkaufmannes von dem der verschiedenen Gesellschaftsarten zu unterscheiden. Soweit wir sehen, ist der Betrieb der Rückversicherung unter der Firma eines Einzelkaufmannes nirgendwo üblich. Man kann auch hier nicht auf Lloyds in London verweisen, weil es sich bei ihnen doch um den Betrieb der direkten Versicherung, wenn nicht ausschließlich so doch in überwiegendem Maße, handelt. Aber auch von den Gesellschaftsformen sind nur sehr wenige in der Praxis für den Betrieb der Rückversicherung üblich. In der überwiegenden Mehrzahl, wenn nicht fast ausschließlich, wird sie von Aktiengesellschaften betrieben. In Frankreich findet sich daneben noch, allerdings auch nur ganz vereinzelt, die Kommanditgesellschaft auf Aktien. Neben diesen Gesellschaften findet sich noch vereinzelt der Betrieb der Rückversicherung durch Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Diese Unternehmungsform ist auch in dem Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. 5. 1901 in § 116 besonders erwähnt. In der Praxis weisen diese Unternehmungen große Verschiedenheiten auf. Sie sind für die Rückversicherung überhaupt von so geringer Bedeutung, daß es sich erübrigt, näher auf diese Vereine einzugehen.

Bei der Betrachtung der Einrichtung ist hervorzuheben, daß die reinen Rückversicherungsgesellschaften keine Außenorganisation besitzen, da sie nicht erforderlich ist. Das Rückversicherungsgeschäft erfolgt in der Hauptsache auf Grund laufender Verträge. Ihr Abschluß ist also wichtig. Er erfolgt durch den Vorstand der Gesellschaft.

Aufgabe des Vorstandes ist es, die Beziehungen zu den Erstversicherungsunternehmungen und zu den anderen Rückversicherungsgesellschaften zu pflegen. Dazu kommt namentlich im Auslande noch die Pflege der Beziehungen zu den Rückversicherungsmaklern. Eine Rückversicherungsgesellschaft muß aber nicht nur die Geschäftsentwicklung ihrer Geschäftsfreunde verfolgen. Sie muß auch in der Lage sein, sich bei Vertragsangeboten alsbald über den Antragenden zu unterrichten. Das wird ihr dadurch erleichtert, daß sie Nachrichten in den Tages- und Fachzeitschriften und vor allem die Veröffentlichungen möglichst vieler Versicherungsunternehmungen dauernd verfolgt. Unter den letzteren sind die Rechnungsabschlüsse und Jahresberichte von größter Bedeutung. Gedient ist ihr aber mit diesen Unterlagen nur, wenn sie für ihre Zwecke verarbeitet und an einer Stelle gesammelt werden. Das geschieht in der sogenannten statistischen Abteilung.

Wenden wir uns jetzt zu der Einrichtung der einzelnen technischen Abteilungen. Auch sie sind bei großen Unternehmungen in sich gegliedert. Eine besondere Unterabteilung beschäftigt sich nur mit den Verhandlungen, die zum Abschluß der Verträge führen. Sie hat den Schriftwechsel über Vertragsänderungen zu führen und die Einhaltung des Vertrages im allgemeinen und seine Erneuerung oder Aufhebung zu überwachen. In einzelnen Fällen sind sie zu größerer Selbständigkeit ausgebildet.

Eine weitere Unterabteilung hat sich mit der eigentlichen Bearbeitung des Geschäftes zu befassen. Sie erhält alsbald nach ihrem Eingang die Borderos. An Hand eines kurzen Vertragsauszuges, der die Beteiligung und die Provision enthält, wird das eingehende Geschäft geprüft. An den Borderos besitzt der Rückversicherer das Material für eine statistische Bearbeitung des Geschäftes. Infolgedessen sind bei einigen Gesellschaften noch kleinere statistische Unterabteilungen eingerichtet, die das Geschäft der Zedenten nach verschiedenen Richtungen hin beobachten. Namentlich ist die Zusammensetzung nach leichtem und schwerem Geschäft wichtig. Aus diesen kurzen Andeutungen erhellt schon, daß die Rückversicherer auf das beste in der Lage sind, das Geschäft nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu bearbeiten. Da bei ihnen das Geschäft vieler Unternehmungen zusammenströmt, kennen sie am besten die Verhältnisse in den einzelnen Zweigen. Sie gewinnen so die Grundlagen für den richtigen Aufbau und die richtige Bemessung der Prämiensätze.

Oft werden in den Borderos auch Posten überwiesen, die zwar in den vertraglichen Grenzen bleiben, die aber der Rückversicherer gleichwohl nicht für eigene Rechnung ganz zu behalten vermag. Die Retrozession wird entweder unmittelbar von der Unterabteilung oder von der Vertragsabteilung genommen. Aufgabe dieser ist es, den Selbstbehalt zu bestimmen und für die obligatorische Retrozession zu sorgen.

Man hat oft, namentlich zur Zeit der Inflation, als die Verwaltungskosten sehr stark stiegen, erwogen, ob man die technischen Abteilungen beibehalten solle. Die Frage hängt mit der umfassenderen der Ausgestaltung des Aufgabendienstes überhaupt zusammen. Für ihre Abschaffung wurden immer wieder die hohen Kosten geltend gemacht. Die Rückversicherer verlieren aber mit der Aufhebung dieser Abteilung naturgemäß das ganze Material, das für den Geschäftsbetrieb von der allergrößten Bedeutung ist.

Angegliedert an die technische Abteilung ist noch eine weitere Unterabteilung, die sich mit der Schadenbehandlung befaßt. Sie erhält die vorläufigen und endgültigen Schadenanzeigen. An Hand dieser Unterlagen wird die Schadenstatistik aufgestellt, die mit der Risikenstatistik zusammen ein Bild von dem Verlauf des betreffenden Vertrages ergibt. Damit erhält wieder die Vertragsabteilung die erforderlichen Unterlagen für Verhandlungen.

Neben den technischen Abteilungen und der Statistik ist die Buchhaltung für den Rückversicherer von der größten Bedeutung. Manche sehen in ihr sogar das Rückgrat des ganzen Betriebes. An dieser Ansicht ist zweifellos etwas Richtiges, da in der Tat der Rückversicherer eigentlich der Bankier seiner Zedenten ist. Mit jedem laufenden Vertrag ist ein Kontokorrentvertrag verbunden. Buchhaltung und technische Abteilungen prüfen zusammen die Abrechnungen. Abweichungen werden von der Buchhaltung behandelt, Fragen grundsätzlicher Natur dagegen von der Vertragsabteilung oder dem Vorstand. Aufgabe der Buchhaltung ist weiter die Geldverwaltung. Damit ist bei dem internationalen Geschäftsbetrieb ein umfangreicher Bankverkehr verbunden. Sie muß die nötigen Wechselgeschäfte vornehmen und für rechtzeitige Bereitstellung des Geldes an den Plätzen, wo es gebraucht wird, sorgen. Endlich ist noch Aufgabe der Buchhaltung, die Vermögensverwaltung und Vermögensanlage unter Leitung des Vorstandes vorzunehmen und den Rechnungsabschluß aufzustellen.

## § 5. Versicherungspolitik.

Literatur: v. DER BORGHT, Reichsversicherungsmonopol. Berlin 1919. FISCHER, Die Vergesellschaftung des Versicherungswesens. In den Mitteilungen für die öffentlichen Feuer-versicherungsanstalten. 1919; GRUNER, Beitrag zur Frage eines Versicherungsmonopols. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 1915; HAGER, Die öffentlich-rechtliche Regelung des Privatversicherungswesens in Deutschland. Berlin 1900; KISSKALT, Versicherungsmonopol und deutsche Rückversicherung. 1919; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MANES, Grundzüge des Versicherungswesens. Berlin 1923; MOLDENHAUER, Die Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmungen. Leipzig 1903; VATKE, Die Verstaatlichung des Feuerversicherungswesens. Berlin 1919; WÖRNER, Die Verstaatlichung der Feuerversicherung. Berlin 1919; ZEHNTER, Die privatrechtliche Bedeutung des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen. Im Archiv für bürgerliches Recht. 1890; Im übrigen die Kommentare zum VAG.

Unter Versicherungspolitik im allgemeinen Sinne verstehen wir alle Maßnahmen, die zur Förderung des Versicherungswesens und zur Ausbildung eines vollkommenen Versicherungsschutzes ergriffen werden. Dabei ist ganz davon abzusehen, von wem diese Maßnahmen ausgehen. Für Maßnahmen des Staates ist der Begriff Politik von jeher üblich gewesen. Aber auch die Versicherungsunternehmungen können Versicherungspolitik treiben und treiben sie tatsächlich. Versicherungspolitik im engeren Sinne umfaßt nur die Maßnahmen des Staates, soweit sie die Versicherung betreffen. Man unterscheidet eine primäre und sekundäre Versicherungspolitik, je nachdem ob die Maßnahmen unmittelbar der Förderung des Versicherungswesens dienen oder hierfür nur erst in ihren weiteren Auswirkungen in Betracht kommen. Sie können in der Form von Gesetzen erscheinen, Versicherungsrecht, oder in einzelnen Maßregeln zutage treten, Versicherungspflege. Insgesamt lassen sich folgende Arten von Maßnahmen des Staates auf dem Gebiete der Privatversicherung aufzählen:

1. Betrieb der Versicherung durch den Staat als Unternehmer.
2. Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen.
3. Gesetzgebung über den Versicherungsvertrag.
4. Besteuerung der Versicherungsunternehmungen.

Von diesen Maßnahmen haben wir nur die drei erstgenannten zu betrachten. Die vierte gehört dem speziellen Steuerrecht an. Auch auf die Regelung des Versicherungsvertrages werden wir nur in großen Zügen eingehen, da eine Betrachtung in einer rechtswissenschaftlichen Abhandlung zu erfolgen hat.

1. Den Betrieb der Versicherung durch den Staat als Unternehmer hat man im Auge, wenn man von der Verstaatlichung der Versicherung spricht. Staatsversicherung im engeren Sinne nennt man den Betrieb der Versicherung durch eigene Organe des Staates. Wenn andere als seine eigenen Organe die Versicherung betreiben und der Staat nur eine Aufsicht ausübt, liegt Staatsversicherung im weiteren Sinne vor. Allgemeine Verstaatlichung ist gegeben, sofern sämtliche Versicherungszweige nur vom Staate betrieben werden. Soweit auch Privatunternehmungen als Versicherer auftreten, liegt nur eine teilweise Verstaatlichung vor.

Den Zustand in Deutschland haben wir bereits bei der Betrachtung der Formen des Versicherungsbetriebs kennengelernt. Wir sehen den Staat in den öffentlich-rechtlichen Unternehmungen als Versicherer auftreten, wobei er teils ein Monopol besitzt, teils über Beitrittszwang verfügt. Auch außerhalb Deutschlands ist das Versicherungswesen mehr oder minder weitgehend verstaatlicht. Nach dem Kriege wurde im Gefolge der allgemeinen Sozialisierungsbestrebungen besonders heftig die Frage umstritten, ob nicht das gesamte Versicherungswesen vom Staate übernommen werden solle.

Die Anhänger der Verstaatlichung glauben vor allen Dingen eine Verbilligung der Versicherung durch den einheitlichen Betrieb und eine billigere Verwaltung

erzielen zu können. Sie hoffen weiter, Mißstände im Vermittler- und Reklamewesen zu beseitigen. Gegen die Verstaatlichung sprechen aber nach unserer Ansicht zunächst einmal alle die Gründe, welche gegen eine Unternehmertätigkeit des Staates auf allen Gebieten vorgebracht werden. Wenn auch zunächst die Verwaltung billiger erscheint, so wird sie in der Tat durch die behördenmäßige Organisation doch teurer. Das dürfte in der Organisationsmethode begründet liegen, weil der Staat nicht gezwungen ist, eine Erfolgsrechnung aufzumachen und das System nach dem Ergebnis zu berichtigen. Es liegt mit anderen Worten daran, daß die Leitung statt durch den Kaufmann durch den Beamten erfolgt. Damit ist schon zugleich gesagt, daß einem staatlichen Versicherungsbetrieb die kaufmännische Initiative fehlt, die auf dem Gebiete des Versicherungswesens ebensowenig wie auf dem aller anderen Wirtschaftsgebiete entbehrt werden kann. Im Gegenteil, im Versicherungswesen ist jedes Risiko verschieden. Der Versicherungsschutz muß den besonderen Bedürfnissen jeweils angepaßt werden. Die Prämie ist dem Risiko entsprechend zu berechnen. Dies sind Arbeiten, die nur schwer von einer Behörde geleistet werden können.

Man könnte aber diese Einwände immerhin mit dem Hinweis entkräften, daß der Staat bereits seit vielen Jahrzehnten Versicherung durch die Sozietäten betreibt. Dieser Einwand greift indessen nur teilweise durch, denn die Sozietäten betreiben nur Versicherungszweige und zeichnen in diesen wiederum nur Risiken, bei denen die Sachlage im großen und ganzen einfach ist. Nicht wird damit aber das Bedenken beseitigt, daß der Betrieb der Versicherung durch die Sozietäten, so wie er heute erfolgt, den räumlichen Ausgleich zum mindesten kaum bieten wird. Außerdem wird man meist auch eine ziemlich einseitige Zusammensetzung des Versicherungsbestandes hinsichtlich der Risikenarten feststellen müssen. Endlich aber ist die Staatsversicherung für einen internationalen Versicherungsbetrieb völlig ungeeignet. Zu beachten bleibt ferner, daß im Falle eines Krieges das Staatseigentum doch wesentlich mehr als das Privateigentum bedroht ist.

Ganz abgesehen von allen diesen Gründen dürfte aber kaum ein Bedürfnis für eine Unternehmertätigkeit des Staates auf einem Gebiete bestehen, das bisher zur vollen Zufriedenheit der Versicherungsnehmer von Privatunternehmern bearbeitet worden ist, wobei nicht bestritten werden soll, daß hin und wieder ein Versicherungsnehmer sich mit Recht über das Vorgehen eines Versicherers beschwert. Die Statistik des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung zeigt aber sehr deutlich, daß im Hinblick auf den gewaltigen Umfang der Privatversicherung diesen Beschwerden doch nur eine sehr geringe Bedeutung zukommt. Anzuerkennen ist dagegen ein staatlicher Versicherungsbetrieb in den Fällen, in denen die Privatversicherung keinen oder nicht ausreichenden Versicherungsschutz gewährt, wo demnach ein öffentliches Bedürfnis nach Versicherungsschutz besteht, das vielleicht nur durch einen dem Privatversicherer nicht zu Gebote stehenden Versicherungszwang befriedigt werden kann.

Auch gegen das Nebeneinanderbestehen von staatlichen und privaten Versicherungsunternehmungen bestehen Bedenken. Bei diesem Zustande werden naturgemäß beide Gruppen gegenseitig in Wettbewerb treten. Das ist deshalb bedenklich, weil die Sozietäten mit Sondervorteilen ausgestattet sind, denen die Privatunternehmungen nur schwer begeben können. In Betracht kommt einmal, daß die staatlichen Unternehmungen nicht darauf angewiesen sind, Gewinne zu erzielen, während gerade die Privatversicherer ihren Aktionären eine ständige, möglichst gleichbleibende Dividende erarbeiten müssen. Ja, die öffentlichen Unternehmungen können sogar mit Verlust arbeiten, da die erforderlichen Zahlungen durch die Steuerkraft der Bürger gewährleistet sind. Sie können sich daher auch in einen weitgehenden Prämienkampf einlassen und die Privatversicherer von manchem Gebiete zu verdrängen suchen. Auf diese Weise könnte eine tatsächliche Sozialisierung versucht werden. Sie haben im Prämienkampfe auch dadurch noch einen nicht

zu unterschätzenden Vorteil, daß sie in steuerlicher Hinsicht günstiger als die Privatversicherer gestellt sind und auch sonst weitgehende staatliche Unterstützung genießen. Selbst bei gleichen Prämiensätzen sind demnach die staatlichen Unternehmungen den Privatversicherern gegenüber im Vorteil. Bei allen Wettbewerbs-Bestrebungen der öffentlichen Anstalten darf nicht übersehen werden, daß sie letzten Endes den Staat schädigen und daß diese Schäden nicht durch die erhöhte Prämieinnahme nach der Verdrängung der Privatversicherer wettgemacht werden. Die Prämie ist ja bei ihnen grundsätzlich nur so hoch gestellt, daß sie das Risiko und die Verwaltungskosten deckt, aber keinen Gewinn mehr läßt, der nicht erzielt zu werden braucht. Je weniger aber die Privatversicherer an Prämien einnehmen, um so geringer wird die Versicherungssteuer. Da zugleich auch die Gewinne zurückgehen würden, wäre auch mit einem wesentlichen Ausfall aus der Körperschaftsteuer zu rechnen. Der Staat würde durch ein derartiges Vorgehen, kurz gesagt, die doch recht beachtliche Steuerkraft eines wichtigen Wirtschaftszweiges schwächen, wenn nicht gar ganz untergraben. Endlich aber würde den Privatversicherungsunternehmungen durch die Zerstörung ihrer wirtschaftlichen Basis auch der Betrieb des Versicherungsgeschäftes im Auslande unmöglich gemacht. Vom Standpunkt der Zahlungsbilanz ist aber gerade diese Betätigung außerordentlich erwünscht, da sie ohne Warenausfuhr erhebliche Werte ins Inland bringt oder doch wenigstens wieder deutsche Guthaben im Auslande schafft. Gerade dieser Gesichtspunkt kann neben dem der Abwanderung inländischer Unternehmungen ins Ausland nicht hoch genug angeschlagen werden.

Wir kommen daher zu dem Ergebnis, daß eine Betätigung staatlicher Unternehmen im Versicherungswesen nur dann stattfinden sollte, wenn ein öffentliches Bedürfnis nach Versicherungsschutz, das von den Privatunternehmungen nicht befriedigt werden kann oder befriedigt wird, gegeben ist. Deshalb ist aber der geschichtlich bedingte Zustand nicht zugunsten der Privatunternehmungen abzuändern. Jedoch sollten sich die staatlichen Unternehmungen von dem Übergreifen auf bisher von ihnen nicht betriebene Versicherungszweige, soweit nicht das erwähnte Bedürfnis besteht, zurückhalten.

2. Die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen oder kurz Staatsaufsicht umfaßt begrifflich alle Maßnahmen des Staates hinsichtlich einer Einwirkung auf das Versicherungswesen. Ob der Staat eine Aufsicht über diesen Wirtschaftszweig führen soll, ist sowohl in der Theorie wie auch in der Praxis außerordentlich bestritten. Wir finden Länder, die eine Staatsaufsicht über das Versicherungswesen besitzen, neben solchen, die eine solche Einrichtung nicht kennen. Je nach der allgemeinen Stellungnahme zur Betätigung des Staates überhaupt wird man Anhänger oder Feind der Staatsaufsicht im Versicherungswesen sein. Man führt zu seiner Rechtfertigung meist die ganz besondere Stellung des Versicherungswesens an, die es auch unverkennbar von anderen Wirtschaftszweigen unterscheidet. Es bezweckt die Sicherstellung der Volkswirtschaft gegen die verschiedenartigsten Ereignisse. Damit ist es letzten Endes das tragende Element der gesamten Volkswirtschaft. Ganz abgesehen davon aber nimmt die Versicherung, wenn sie ihre Aufgaben erfüllen will, mehr wie jeder andere Wirtschaftszweig das Vertrauen der Bevölkerung in Anspruch. Durch die Art des Geschäftes ist es bedingt, daß bei den Versicherungsunternehmungen gewaltige Mittel zusammenströmen, die aber alle geschäftsplanmäßig zu dem Zweck verwendet werden müssen, den entstehenden Bedarf der versicherten Einzelwirtschaften zu befriedigen. Gerade wegen dieser Umstände ist es aber auch gerechtfertigt, daß der Staat über den Betrieb des Versicherungswesens wacht. Aus diesen Gründen findet man in der neueren Zeit eine Ausdehnung des Gedankens der Staatsaufsicht.

Man unterscheidet drei verschiedene Systeme der Aufsicht. Das erste wird meist als Publizitätssystem bezeichnet. Bei ihm strebt der Staat nur dahin,



daß die Verhältnisse der Versicherungsunternehmungen genügend öffentlich dargelegt werden. Diese Pflicht zur Veröffentlichung bezieht sich nicht nur auf die Geschäftsergebnisse, sondern auch auf den Geschäftsplan. Die Anhänger dieses Systems erwarten von der Kritik der Öffentlichkeit, daß durch sie Mißstände hintangehalten werden. Dieses Publizitätssystem besteht hinsichtlich der Geschäftsergebnisse bei uns für Aktiengesellschaften überhaupt, bringt also insofern nichts Neues. Gegen das System läßt sich einwenden, daß eine genügend deutliche Veröffentlichung des Geschäftsplans nur sehr schwer möglich sein dürfte. Selbst wenn sich aber diese noch erreichen ließe, so wäre damit der Öffentlichkeit noch sehr wenig gedient. Ganz abgesehen auch davon, daß eine Nachprüfung der Richtigkeit der Veröffentlichungen vom Publikum jedenfalls nicht vorgenommen werden kann, wird sich der einzelne aus dem veröffentlichten Material gar kein oder nur ein sehr ungenaues Bild machen können, da er die Technik des Geschäftes viel zu wenig kennt.

Etwas weiter geht aus diesen Gründen das sogenannte Normativsystem. Es legt für die Eröffnung und den Betrieb eines Versicherungsunternehmens bestimmte Normen gesetzlich fest. Dadurch soll einmal dem Eindringen unsolider Elemente vorgebeugt und auch ein ordnungsmäßiger Geschäftsbetrieb sichergestellt werden. Ein unmittelbares Eingreifen kennt aber erst das System der materiellen Staatsaufsicht. Es vereinigt die beiden vorher behandelten Systeme in sich und gibt außerdem dem Staat das Recht, Anordnungen für den Betrieb zu erlassen und diesen dauernd zu überwachen. In Deutschland ist dieses System der Aufsicht gewählt worden, wobei gleichzeitig noch dem Konzessionsprinzip Rechnung getragen ist. Wir werden im folgenden das deutsche Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. 5. 1901 behandeln.

Der Aufsicht unterliegen bei uns Privatunternehmungen, welche den Betrieb von Versicherungsgeschäften zum Gegenstand haben. Auf die Beaufsichtigung der Sozietäten, die demnach durch das VAG nicht geregelt ist, wollen wir später eingehen. Eine Ausnahme von der Aufsicht macht das Gesetz aber für die Unternehmungen, welche die Versicherung gegen Kursverluste, die Transportversicherung oder ausschließlich die Rückversicherung zum Gegenstande haben, soweit sie nicht Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sind. Bezüglich der Rückversicherungsunternehmungen ist durch die Bekanntmachung vom 18. 6. 1908 doch eine beschränkte Aufsicht eingeführt worden. Nach dieser Einteilung ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, daß namentlich die breite Masse der Bevölkerung, die der Versicherungstechnik und sogar kaufmännischen Geschäften fernsteht, geschützt werden müsse.

Die Aufsicht wird für Unternehmungen, deren Geschäftsbetrieb auf das Gebiet eines Bundesstaates beschränkt ist, durch die Landesbehörden, sonst durch das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung ausgeübt.

Als Grundsatz stellt das Gesetz das Konzessionsprinzip auf. Versicherungsunternehmungen bedürfen zum Geschäftsbetriebe der Erlaubnis der Aufsichtsbehörde, die im Zulassungsverfahren erteilt wird. Die Erteilung der Erlaubnis erfolgt unabhängig von dem Nachweise eines Bedürfnisses und grundsätzlich ohne Zeitbeschränkung. Sie darf nur versagt werden wenn der Geschäftsplan gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft, wenn nach ihm die Interessen der Versicherten nicht hinreichend gewahrt sind oder die dauernde Erfüllbarkeit der aus den Versicherungen sich ergebenden Verpflichtungen nicht genügend dargetan ist, oder wenn Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß ein den Gesetzen oder den guten Sitten entsprechender Geschäftsbetrieb nicht stattfinden wird. Andererseits darf die Erlaubnis nur Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit und Aktiengesellschaften erteilt werden, soweit der Betrieb der verschiedenen Arten der Lebensversicherung, der Unfall-, Haftpflicht-, Feuer- oder Hagelversicherung

in Frage kommt. Nach der Praxis des Reichsaufsichtsamtes wird aber auch in den übrigen Versicherungszweigen kaum an andere Unternehmungsformen die Erlaubnis erteilt.

Mit dem Antrage auf Zulassung zum Geschäftsbetriebe ist der Geschäftsplan der für die Zulassung zuständigen Aufsichtsbehörde einzureichen. Er hat Zweck und Einrichtung des Unternehmens, das räumliche Gebiet des Geschäftsbetriebs sowie namentlich die Verhältnisse klarzulegen, aus denen sich die dauernde Erfüllbarkeit der künftigen Verpflichtungen des Unternehmens ergeben soll. Zum Geschäftsplane gehören Gesellschaftsvertrag oder Satzung, weiter die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Geschäftsunterlagen, soweit solche nach der Art der zu betreibenden Versicherungen erforderlich sind. Dies letztere gilt namentlich von der Lebensversicherung. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen haben für die üblichen Versicherungszweige bereits eine feste Form erhalten. Das Reichsaufsichtsamt läßt sich in den Zulassungsverhandlungen die erfolgte Gründung der Unternehmung und die Bereitstellung der Garantiemittel nachweisen. Für die Ausstattung mit Garantiemitteln hat sich ebenfalls im Laufe der Zeit eine gewisse feststehende Übung entwickelt. Für die Sachversicherungszweige werden höhere Beträge gefordert als für die Personenversicherung. Im allgemeinen wird für die Zulassung zum Betriebe der Sachversicherung im Reiche heute ein Aktienkapital von vier bis fünf Millionen Reichsmark gefordert, während für den Betrieb der Lebensversicherung nur ein bis zwei Millionen Reichsmark aufgebracht werden müssen. Es finden sich aber auch Ausnahmen von diesen Beträgen, die durch besondere Verhältnisse der betreffenden Unternehmung bedingt sind. Vor allem sieht das Aufsichtsamt auch auf die Bereitstellung eines ausreichenden Organisationsfonds, aus dem die Kosten der Gründung und ersten Einrichtung zu bestreiten sind. Erforderlich ist weiter der Nachweis, daß in ausreichender Weise das Aktienkapital verteilt ist. Endlich legt die Aufsichtsbehörde Gewicht darauf, daß in genügendem Umfange bei kräftigen Unternehmungen Rückversicherung genommen wird. Über den Gesellschaftsvertrag einer Aktiengesellschaft und über die Ausgestaltung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen trifft das Gesetz in den §§ 8 und 9 Vorschriften. Die Organisation der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ist in einem eigenen Abschnitt behandelt. Die hier in Frage kommenden Vorschriften haben wir bereits besprochen. Besondere Vorschriften finden sich noch für den Geschäftsplan einer Lebensversicherungsunternehmung. Er hat die angenommenen Tarife sowie die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und Prämienreserven darzustellen und namentlich auch den anzuwendenden Zinsfuß und die Höhe des Zuschlags zur Nettoprämie anzugeben. Die Sterbetafeln sind mit zur Genehmigung einzureichen und die Formeln durch Zahlenbeispiele zu erläutern.

Die Aufgaben des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung sind zweifacher Natur. Es hat einmal die im Reiche arbeitenden Versicherungsunternehmungen zum Geschäftsbetriebe zuzulassen und weiter über die zugelassenen Unternehmungen die laufende Aufsicht auszuüben. Dementsprechend ist diese Behörde eingerichtet. Sie ist Verwaltungsbehörde und Spruchbehörde. Die laufende Aufsicht erfolgt in seiner Eigenschaft als Verwaltungsbehörde, die Zulassung wird im Spruchverfahren erteilt. Die Behörde besteht aus einem Vorsitzenden und der erforderlichen Zahl von ständigen und nichtständigen Mitgliedern. Zur Mitwirkung bei der Aufsicht besteht ein aus Sachverständigen des Versicherungswesens gebildeter Beirat, der in allen wichtigen Fragen des Versicherungsbetriebes gehört wird. Entsprechend den einzelnen Versicherungszweigen ist das Amt in Abteilungen eingeteilt.

Als Spruchbehörde tritt das Reichsaufsichtsamt in Spruchsenaten in die Erscheinung. Sie entscheiden auf Grund mündlicher Verhandlung in der Besetzung von drei Mitgliedern des Amtes unter Zuziehung von zwei Mitgliedern des Ver-

sicherungsbeirates. Ihre wesentlichste Aufgabe ist die Erteilung der Genehmigung zum Geschäftsbetrieb. Das Amt entscheidet weiter durch Senate über die Genehmigung einer Änderung des Geschäftsplans, sofern gegen eine Genehmigung im Verwaltungswege Bedenken bestehen, über die Genehmigung einer Bestandsveränderung, über die Genehmigung der Auflösung eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, über die Untersagung des Geschäftsbetriebs und über die Stellung des Antrags auf Eröffnung des Konkurses. Vor der Entscheidung sind im allgemeinen Vertreter der beteiligten Unternehmungen zu hören. Ablehnende Entscheidungen sind mit Gründen zu versehen. In Wirklichkeit werden aber alle Entscheidungen begründet. Die Entscheidungen sind den Beteiligten zuzustellen. In den im Gesetz vorgesehenen Fällen sind sie im Reichsanzeiger zu veröffentlichen.

Gegen die Entscheidungen der Senate steht den Beteiligten der Rekurs zu. Über ihn entscheidet das Amt in der Besetzung von drei Mitgliedern unter Zuziehung von zwei Mitgliedern des Versicherungsbeirates sowie eines richterlichen Beamten und eines Mitglieds eines höchsten Verwaltungsgerichtshofs eines deutschen Bundesstaates. Der Rekurs muß innerhalb eines Monats nach der Zustellung der Entscheidung beim Reichsaufsichtsamt schriftlich eingelegt und begründet werden.

Als weiteres Rechtsmittel kennt das Gesetz in § 76 noch die Beschwerde gegen bestimmte Verfügungen des Amtes. Die Beschwerde muß innerhalb von zwei Wochen nach der Zustellung der Verfügung eingelegt werden. Über sie entscheidet der Spruchsenat des Amtes.

Soweit im Gesetz ein Rechtsmittel nicht ausdrücklich zugelassen ist, steht den Beteiligten ein solches gegen Verfügungen oder Entscheidungen des Reichsaufsichtsamtes nicht zu. Mit dieser Bestimmung ist natürlich die Dienstaufsichtsbeschwerde an das vorgesezte Reichswirtschaftsministerium nicht abgeschnitten. Wichtig ist noch, hervorzuheben, daß das Amt jeden ihm erforderlich erscheinenden Beweis erheben und Zeugen und Sachverständige auch eidlich vernehmen kann. Gerichte und sonstige öffentliche Behörden sind zur Rechtshilfe verpflichtet.

Die Staatsaufsicht kommt dann ferner in den Bestimmungen des Gesetzes über die Geschäftsführung der Versicherungsunternehmungen zum Ausdruck. Ihr Zweck ist, eine sorgfältige Finanzgebarung der beaufsichtigten Unternehmungen zu gewährleisten. Hierzu ist bestimmt, daß die Bücher jährlich abzuschließen sind. Auf Grund der Bücher ist ein Rechnungsabschluß und ein die Verhältnisse sowie die Entwicklung des Unternehmens darstellender Jahresbericht anzufertigen und der Aufsichtsbehörde einzureichen. Hinsichtlich dieser Rechnungslegung sind vom Reichsaufsichtsamt eingehende Vorschriften erlassen worden. Danach ist ein Teil der Angaben in den Jahresbericht aufzunehmen, ein anderer Teil ist nur dem Aufsichtsrat einzureichen, damit dieses in der Lage ist, sich ein genaues Bild von dem Stand der Unternehmung zu machen.

Besonders eingehend beschäftigt sich das Gesetz mit der Prämienreserve bei der Lebensversicherung, weil in ihr die den Versicherten gehörenden Sparkapitalien zusammenfließen. Die Prämienreserve ist für den Schluß eines jeden Geschäftsjahres unter Anwendung der genehmigten Rechnungsgrundlagen getrennt nach den einzelnen Versicherungsarten zu berechnen. Der Vorstand hat dafür zu sorgen, daß die danach erforderlichen Beträge auch unverzüglich dem Prämienreservecfonds zugeführt und vorschriftsmäßig angelegt werden. Der Prämienreservecfonds ist gesondert von dem übrigen Vermögen zu verwalten und am Sitz des Unternehmens in einer der Aufsichtsbehörde bekanntzugebenden Weise aufzubewahren. Die zu ihm gehörenden Bestände sind einzeln in die Register einzutragen. Auch die auf die Rückversicherung entfallenden Teile der Prämienreserve sind von dem Erstversicherungsunternehmen zu berechnen und selbst aufzubewahren und zu verwalten.

Wichtig ist aber vor allen Dingen, daß der Prämienreservecfonds im Werte auch den Versicherten möglichst ungeschmälert erhalten bleibt. Das Gesetz hat daher im

§ 59 eingehende Vorschriften über die Anlage des Vermögens aufgestellt. Es ging dabei von dem Grundsatz der Mündelsicherheit aus. So kam es, daß zum größten Teil die Prämienreservefonds in Staatspapieren angelegt waren und mit diesen der Entwertung zum Opfer fielen. Gegen Ende der Inflation wurden daher die Bestimmungen über die Vermögensanlagen geändert und dem Vorstand der Unternehmungen eine größere Freiheit in der Anlage gelassen. Die gesetzlichen Bestimmungen über die Anlage des Prämienreservefonds sind ein Beweis für die Gefahren, die mit einer zu weitgehenden Staatsaufsicht verknüpft sind. Dem Prämienreservefonds dürfen nur diejenigen Mittel entnommen werden, welche durch Eintritt des Versicherungsfalles, durch Rückkauf oder andere Fälle der Beendigung von Versicherungsverhältnissen oder durch Änderungen des Geschäftsplanes frei werden.

Die Bestimmungen über den Prämienreservefonds finden auf die Kranken- und Unfallversicherung entsprechende Anwendung. In Anlehnung an diese gesetzlichen Bestimmungen hat das Reichsaufsichtsamt für die Sachversicherungszweige Anordnungen für die Anlage des Vermögens erlassen. Auch sie gingen von dem Grundsatz der Mündelsicherheit aus, gaben aber doch schon in ihrer ursprünglichen Form dem Vorstände eine gewisse Bewegungsfreiheit. Sie mußten ebenfalls mit Fortschreiten der Inflation geändert werden. Sie sehen auch heute noch für einen großen Teil der Vermögensanlagen ausdrückliche Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde vor und erschweren dadurch einen unter Umständen rasch vorzunehmenden Wechsel in den Anlagearten. Auch zum Erwerb von Grundstücken bedürfen die Versicherungsgesellschaften und -vereine der Genehmigung, soweit es sich nicht um den Erwerb von ihnen beliebiger Grundstücke im Zwangsversteigerungsverfahren handelt. Allerdings muß die Genehmigung erteilt werden, wenn es sich um die Sicherung eingetragener Forderungen oder um den Erwerb von Grundstücken für Zwecke des Geschäftsbetriebes handelt.

Als Verwaltungsbehörde tritt das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung bei der laufenden Aufsicht in Tätigkeit. Es liegt der Aufsichtsbehörde nach dem Gesetze ob, den ganzen Geschäftsbetrieb der Unternehmungen, insbesondere die Befolgung der gesetzlichen Vorschriften und die Einhaltung des Geschäftsplanes zu überwachen. Streitig ist dabei schon wiederholt geworden, ob sich die Aufsicht bei zugelassenen Unternehmungen auch auf die der Aufsicht an sich nicht unterliegenden Versicherungszweige erstreckt. Das Reichsaufsichtsamt hat wohl mit Recht diesen Standpunkt eingenommen. Nach dem Gesetze untersteht der ganze Geschäftsbetrieb der betreffenden Unternehmung der Aufsicht. Allerdings hat die Aufsicht für die aufsichtsfreien Versicherungszweige nicht den gleichen Umfang wie in den beaufsichtigten Zweigen. So kommt eine Genehmigung der Versicherungsbedingungen oder einer Änderung des Geschäftsplans zweifellos nicht in Frage. Die Aufsicht wird sich vielmehr nur auf eine allgemein ordnungsmäßige Geschäftsführung und ihre finanziellen Auswirkungen auf die aufsichtspflichtigen Zweige erstrecken.

Auch die Frage, welche Zweige aufsichtspflichtig sind, hat schon wiederholt zu Zweifeln Anlaß gegeben. Da täglich neue Versicherungszweige auftauchen, ist immer wieder zu prüfen, ob sie aufsichtspflichtig oder aufsichtsfrei sind. Nach der Tendenz des Gesetzes wird man die aufsichtsfreien Zweige nicht erweitern können und nur solche neue Versicherungsarten als aufsichtsfrei betrachten können, die sich als Unterarten der im Gesetz genannten aufsichtsfreien Zweige herausstellen.

Um der Aufsichtsführung Nachdruck zu verleihen, ist die Aufsichtsbehörde befugt, diejenigen Anordnungen zu treffen, die geeignet sind, den Geschäftsbetrieb mit den gesetzlichen Vorschriften und dem Geschäftsplan im Einklang zu erhalten oder Mißstände zu beseitigen, durch welche die Interessen der Versicherten gefährdet werden oder der Geschäftsbetrieb mit den guten Sitten in Widerspruch ge-

rät. Die Aufsichtsbehörde kann sogar die Inhaber und Geschäftsleiter der Unternehmungen durch Geldstrafen zur Befolgung der Anordnungen anhalten. Derartige Geldstrafen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben.

Damit sich die Aufsichtsbehörde ein Bild von den Zuständen der Unternehmungen machen kann, hat sie ein Revisionsrecht. Sie kann namentlich prüfen, ob die vorschriftsmäßigen Reserven vorhanden und vorschriftsmäßig angelegt und verwaltet sind. Ihr steht in den Geschäftsräumen Einsicht in die Bücher zu. Vorstand und Agenten sind auskunftspflichtig. Endlich kann sie Vertreter in die Aufsichtsratssitzungen und Generalversammlungen schicken, wo sie jederzeit zu hören sind. Sie kann die Berufung solcher Versammlungen verlangen oder sie, nötigenfalls sogar selbst berufen.

Handelt eine Unternehmung fortgesetzt ihren Pflichten zuwider oder ergibt eine Prüfung der Geschäftsführung oder der Vermögenslage so schwere Mißstände, daß bei Fortsetzung des Geschäftsbetriebes die Interessen der Versicherten gefährdet sind, oder befindet sich der Geschäftsbetrieb mit den guten Sitten in Widerspruch, so hat die Aufsichtsbehörde das Recht, den Geschäftsbetrieb mit der Wirkung zu untersagen, daß neue Versicherungen nicht abgeschlossen, früher abgeschlossene nicht erhöht oder verlängert werden können. Diese Untersagung erfolgt selbstverständlich im Spruchverfahren. In diesem Falle hat die Aufsichtsbehörde alle die Anordnungen zu treffen, die zur einstweiligen Sicherstellung des Vermögens im Interesse der Versicherten erforderlich sind. Sie kann die Vermögensverwaltung geeigneten Personen übertragen. Bei Gegenseitigkeitsvereinen hat die Untersagung des Geschäftsbetriebs die Wirkung eines Auflösungsbeschlusses. Aber auch in diesen und anderen Fällen der Liquidation bleibt die Aufsicht für ihre ganze Dauer unverändert bestehen.

Eine Sonderstellung hat die Aufsichtsbehörde auch noch im Falle eines Konkurses. Nur sie kann Antrag auf Eröffnung des Konkurses stellen. Sobald Zahlungsunfähigkeit eintritt, hat der Vorstand der Aufsichtsbehörde Anzeige zu machen. Das gleiche gilt für den Fall der Überschuldung. Auch über den Antrag auf Konkursöffnung entscheidet das Aufsichtsamt im Spruchverfahren. Wenn sich auch bei einer Prüfung der Geschäftsführung und der Vermögenslage eines Unternehmens herausstellt, daß es zur Erfüllung seiner Verpflichtungen auf die Dauer nicht mehr imstande ist, so kann gleichwohl die Vermeidung des Konkurses im Interesse der Versicherten geboten sein. Ähnliche Gedankengänge haben für andere Unternehmungen zur Einführung des Geschäftsaufsichtsverfahrens und neuerdings des Vergleichsverfahrens geführt. Beide sind wegen der Sonderbestimmung des VAG auf die beaufsichtigten Unternehmungen nicht anwendbar. Die Aufsichtsbehörde ist vielmehr allein berechtigt, alle Anordnungen zum Schutze des Versicherten zu treffen. Sie kann auch die Vertreter des Unternehmens auffordern, binnen einer bestimmten Frist eine Änderung der Geschäftsgrundlagen oder die sonstige Beseitigung der Mängel herbeizuführen. Gleichzeitig kann sie ein Zahlungsverbot erlassen, um eine gleichmäßige Verwertung des Vermögens sicherzustellen. Sie kann endlich bei Lebensversicherungsunternehmungen die Verpflichtungen aus den laufenden Versicherungen dem Stande des vorhandenen Vermögens entsprechend ermäßigen.

Alle bisher behandelten Vorschriften, die dem öffentlichen Recht angehören, gelten nur für die inländischen Versicherungsunternehmungen. Die ausländischen unterstehen nicht ohne weiteres der deutschen Hoheitsgewalt. Wenn sie aber im Inlande durch Vertreter, Bevollmächtigten, Agenten oder sonstige Vermittler das Versicherungsgeschäft betreiben wollen, bedürfen sie dazu ebenfalls der Zulassung. Da Fragen politischer Natur mitsprechen können, ist für die Entscheidung über die Zulassung der Reichswirtschaftsminister zuständig. Das Reichsaufsichtsamt, welches dann später die laufende Aufsicht zu führen hat, wird aber vorher nach An-

hörung des Versicherungsbeirats um ein Gutachten angegangen. Das ausländische Unternehmen muß innerhalb des Reichsgebietes eine Niederlassung unterhalten und für das Inland einen Hauptbevollmächtigten bestellen. Er ist ermächtigt, das ausländische Unternehmen zu vertreten und Versicherungsverträge mit verbindlicher Kraft abzuschließen. Im übrigen gelten im großen und ganzen für die laufende Aufsicht die bereits behandelten Bestimmungen.

In ähnlicher Weise wie die privaten Versicherungsunternehmungen unterstehen auch die öffentlichen Versicherungsunternehmungen einer Aufsicht. Diese ergibt sich bei ihnen schon aus dem Grunde, weil sie Teile der Staatsverwaltung selbst sind. Diese Aufsicht ist in den einzelnen Ländern verschieden geregelt. Nach dem preußischen Gesetz ist der Oberpräsident derjenigen Provinz zuständig, in der die Sozietät ihren Sitz hat. Die Aufsicht erstreckt sich darauf, daß die Verwaltung den gesetzlichen Vorschriften entspricht und mit der Satzung und den Versicherungsbedingungen im Einklang steht. Die Unternehmung ist zur Auskunft verpflichtet und kann von der aufsichtsführenden Stelle revidiert werden. Insbesondere ist jedes Jahr Rechnung zu legen.

3. Das Versicherungsvertragsrecht beschäftigt sich mit der Regelung des Versicherungsvertrags, hat es also in erster Linie mit Fragen des Zivilrechts zu tun. In Deutschland ist es in verschiedenen Gesetzen enthalten. Die Versicherung gegen die Gefahren der Seeschifffahrt ist durch den zehnten Abschnitt des vierten Buches des Handelsgesetzbuches geregelt. Neben diesen Vorschriften kommt aber hauptsächlich und für unsere Betrachtung allein das Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. 5. 1908 (VVG) in Betracht. Es bildet den Schlußstein in der reichsrechtlichen privaten Versicherungsgesetzgebung. Wir wollen uns nur kurz mit seinen Grundzügen beschäftigen.

Das VVG regelt das gesamte Gebiet des privaten Versicherungsrechts mit Ausnahme der Seetransport- und der Rückversicherung. Es stellt im ersten Abschnitt Vorschriften für sämtliche Versicherungsweige auf. Der zweite Abschnitt ist der Schadensversicherung gewidmet und behandelt neben den allgemeinen Vorschriften für die gesamte Schadensversicherung auch als einzelne Versicherungsweige die Feuer-, Hagel-, Vieh-, Transport- und Haftpflichtversicherung. Der dritte Abschnitt regelt die Lebensversicherung, der vierte die Unfallversicherung. Der fünfte und letzte Abschnitt enthält Schlußvorschriften. Auf die Bestimmungen über die einzelnen Versicherungsweige werden wir bei ihrer besonders vorzunehmenden Betrachtung eingehen müssen.

Das Gesetz unterscheidet zwischen der Schadens- und Personenversicherung, Begriffe, die wir bereits behandelt haben. Wie das gesamte Obligationenrecht geht auch das VVG von dem Grundsatz der Vertragsfreiheit aus. Der Inhalt des einzelnen Versicherungsvertrages ergibt sich infolgedessen aus der freien Parteivereinbarung. Demgegenüber haben die gesetzlichen Vorschriften nur ergänzende Bedeutung. In manchen Punkten glaubte aber der Gesetzgeber doch mit zwingenden Vorschriften eingreifen zu müssen, wenn ihm dies zum Schutze des ungewandten Versicherungsnehmers erforderlich zu sein schien. Daß dieser Schutzgedanke für ihn maßgebend war, sieht man aus der Bestimmung des § 187, wonach die Beschränkungen der Vertragsfreiheit bei den Versicherungsweigen außer Anwendung bleiben, bei denen als Versicherungsnehmer ein Kaufmann dem Versicherer gegenüberzutreten pflegt. Zwingender Natur sind nur die Vorschriften, von denen das Gesetz selbst dies ausdrücklich bestimmt. In dieser Hinsicht kommt namentlich der § 6 in Betracht, der das Entschuldigungsprinzip den vielfach gebräuchlichen Verwirkungsklauseln gegenüber sicherstellt.

Über den Vertragsschluß selbst trifft das VVG keine Bestimmung, da hier die allgemeinen Grundsätze des BGB durchgreifen. Über jeden Vertrag ist aber ein Versicherungsschein auszufertigen, dessen Inhalt als vom Versicherungsnehmer

stillschweigend genehmigt gilt, wenn durch Vereinbarung dem Versicherungsnehmer eine Frist von mindestens einem Monat für die Erhebung des Widerspruchs gegen seine Richtigkeit gewährt ist und diese Frist fruchtlos verstrichen ist. Weiter ist ausdrücklich bestimmt, daß eine stillschweigende Verlängerung eines Versicherungsverhältnisses immer nur auf jeweils ein Jahr gültig ist. Als Versicherungsperiode gilt, wenn nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrage verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Ist vereinbart, daß der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb einer bestimmten Frist geltend gemacht wird, so beginnt die Frist erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Hinweis auf diese Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat. Wichtig von den allgemeinen Schutzbedingungen ist endlich noch, daß die Versicherungsverhältnisse mit dem Ablauf eines Monats seit der Eröffnung des Konkurses über das Vermögen des Versicherers endigen.

Von grundlegender Bedeutung sind die Vorschriften des zweiten Titels über die Anzeigepflicht, die Gefahr und die Gefahrerhöhung. Gerade diese Fragen bedurften einer eingehenden Regelung, da die Angaben und das Verhalten des Versicherungsnehmers für den Versicherer von grundlegender Bedeutung sind. Auch die Prämienverpflichtung ist im Gesetz genau klargelegt. Der vierte Titel behandelt die Versicherungsagenten.

Ebenfalls von grundlegender Bedeutung sind dann die Vorschriften für die gesamte Schadenversicherung. Vor allem sind die Bestimmungen über den Umfang der Haftung des Versicherers wichtig, die von dem Grundsatz ausgehen, daß die Schadenversicherung nicht zu einer Bereicherung führen darf. Gegenstand des Versicherungsvertrages ist das Interesse, und zwar grundsätzlich das Eigentümerinteresse. Von gleicher Wichtigkeit ist die Regelung der Unterversicherung, Überversicherung und Doppelversicherung, die auf der Klarstellung der Begriffe Versicherungswert und Versicherungssumme beruhen. Daß der Versicherungsnehmer den Schadenfall nicht vorsätzlich herbeiführen darf, ist eigentlich selbstverständlich. Ebenso ist er verpflichtet, nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen. Im einzelnen auf diese Bestimmungen einzugehen, ist Aufgabe einer Darlegung des Versicherungsrechts.

Die Einführung des VVG hatte eine Neufassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aller Zweige im Gefolge. Sie bilden, wie oben bereits erwähnt, den eigentlichen Vertragsinhalt und mußten demgemäß mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen, vor allem mit den Bestimmungen zum Schutze der Versicherungsnehmer in Einklang gebracht werden. Diese neuen Bedingungen wurden von den Verbänden in Zusammenarbeit mit dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung ausgearbeitet und als Normativbedingungen von diesem genehmigt.

4. Die Besteuerung der Versicherungsunternehmungen unterscheidet sich hinsichtlich der allgemeinen Steuergesetzgebung nicht von der Besteuerung anderer Unternehmungen. In diesem Zusammenhange kommen namentlich die Einkommen-, Körperschafts-, Gewerbe-, Kapitalertrag- und Vermögenssteuer in Betracht. Daneben bestehen aber noch besondere Steuervorschriften, die nur für das Versicherungswesen gelten. Bestimmungen zugunsten und Lasten der Versicherungsnehmer und der Versicherungsunternehmungen sind zu unterscheiden. Für die erste Gruppe ist namentlich die Abzugsfähigkeit der Versicherungsprämien bis zu einem im Einkommensteuergesetz festgesetzten Betrage zu erwähnen.

Als Sonderbesteuerung der Versicherungsunternehmungen sind die Gebühren zu betrachten, welche zur Unterhaltung des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung zu zahlen sind. Nach § 81 VAG trägt das Reich die Kosten für diese Behörde. Es werden aber für die Aufsichtstätigkeit von den der Aufsicht unter-

stellten Unternehmungen Beiträge erhoben. Sie werden aus den im Inlande abgeschlossenen Versicherungen, und zwar aus der Bruttoprämie berechnet. Zu den Bruttoprämien gehören Beiträge, Vor- und Nachschüsse sowie Umlagen. In jedem Jahre wird der Etat des Reichsaufsichtsamtes als Teil des Etats des Reichswirtschaftsministeriums aufgestellt. Die Verteilung der Gebühren erfolgt durch das Amt nach Aufforderung der Unternehmungen und nach Anfertigung des Verteilungsplanes, der auf Grund der Prämiennachweise der Unternehmungen aufgestellt ist. Die Gebühren sind innerhalb eines Monats nach der Aufforderung an die Reichs-Hauptkasse zu zahlen.

Von größerer Bedeutung ist aber noch das Versicherungssteuergesetz vom 8. 4. 1922, das eine einheitliche Besteuerung der Versicherungsverträge im Reichsgebiet unter Aufhebung der landesgesetzlichen Versicherungssteuern eingeführt hat. Der Steuer unterliegen Versicherungen, die im Inlande befindliche Gegenstände betreffen oder mit Versicherungsnehmern abgeschlossen sind, die bei Zahlung des Versicherungsentgelts im Inland ihren Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt haben.

Die Steuer beträgt für jedes Jahr der Versicherungsdauer bei der Hauslebens- und Hagelversicherung 20 Goldpfennige für je 1000 Goldmark der Versicherungssumme. Bei unterjährigen Versicherungen werden bestimmte Bruchteile erhoben. Die Steuer beträgt weiter bei der Einbruchsdiebstahl- und Glasversicherung 10%, bei der Vieh-, Kasko- und Lebensversicherung 2%, bei der Transport- und Baurisikenversicherung 3%, bei der Feuerversicherung 4% und bei der Unfall- und Haftpflichtversicherung 5% der gezahlten Prämie. Bei anderen als den aufgezählten Versicherungszweigen beträgt sie 5% der Prämie, bei einer Einheitsversicherung sogar 10%. Steuerfrei sind unter anderem Lebensversicherungen mit kleineren Versicherungssummen, gewisse Krankenversicherungen, Arbeitslosen- und Stellenlosenversicherungen, kleinere Viehversicherungen, Aufruhrversicherungen und Rückversicherungen. Würden diese letztgenannten auch dem Gesetz unterliegen, so wäre eine doppelte Besteuerung der gleichen Versicherungen gegeben.

Die Steuerschuld entsteht mit der Zahlung der Versicherungsprämie. Steuer-schuldner ist der Versicherungsnehmer. Zu seinen Lasten ist die Steuer von den Versicherern zu entrichten. Diese ziehen sie zugleich mit den Prämien ein. Beachtenswert ist dabei, daß nach § 12 des Gesetzes die Steuer im Verhältnis zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer als Teil des Versicherungsentgeltes gilt. Die Versicherer haben die Steueraufstellungen anzufertigen und einzureichen.

Die Durchführung des Versicherungssteuergesetzes ist durch die Ausführungsbestimmungen vom 29. 5. 1922 geregelt. Hervorzuheben ist daraus, daß für die Steuerverwaltung die Finanzämter zuständig sind.



## II. Die einzelnen Versicherungszweige.

### A. Die Personenversicherung.

#### § 6. Die Lebensversicherung.

**Literatur:** Die Lebensversicherung ist wohl derjenige Versicherungszweig, über den die umfangreichste wissenschaftliche Literatur in den verschiedensten Sprachen besteht. Es dürfte daher unmöglich und auch für die Zwecke der vorliegenden Abhandlung entbehrlich sein, eine erschöpfende Aufzählung zu geben. Namentlich kann aber auch deshalb darauf verzichtet werden, weil die Literatur sich in großem Umfange mit Teilfragen beschäftigt. Wir verweisen auf die in den einzelnen Artikeln in MANES, Versicherungslexikon, Berlin 1924, angeführte Literatur als ersten Anhaltspunkt.

1. Begriff der Lebensversicherung. In der Praxis des Versicherungswesens faßt man heutzutage mit der Bezeichnung Lebensversicherung alle die Versicherungen zusammen, bei denen die Gefahr dem menschlichen Leben in irgendeiner Weise droht. Die Gefahr beruht nicht nur im Ablauf des Lebens, sei er unvorhergesehen oder entspricht er den allgemeinen Erfahrungen. Sie kann vom Standpunkt des Versicherers auch darin bestehen, daß das Leben über einen bestimmten Termin hinaus andauert. Man kann also wohl ganz allgemein sagen, daß bei der Lebensversicherung die menschliche Lebensdauer die Gefahr im technischen Sinne bildet.

Das VVG hat von einer Bestimmung des Versicherungsvertrages abgesehen. Die Meinungen über sein Wesen sind auch heute noch nicht ganz geklärt. Einige sehen in der Lebensversicherung ein besonderes Rechtsgeschäft, das mit einem Versicherungsvertrage überhaupt nichts zu tun hat. Sie halten es mehr für einen Kauf- oder Sparvertrag. Die überwiegende Meinung sieht aber heute in ihr einen echten Versicherungsvertrag, dessen Merkmale klar und deutlich namentlich gegenüber dem Sparvertrag nachzuweisen sind, wenn dabei auch nicht geleugnet werden kann, daß ein gewisser Sparcharakter mit ihr aufs engste verbunden ist. Diese letzte Erscheinung veranlaßt wieder manche, in der Lebensversicherung ein sogenanntes gemischtes Rechtsgeschäft zu sehen. Für die rechtliche Behandlung der Lebensversicherung dürfte diese letzte Ansicht kaum von einiger Bedeutung sein, denn mangels einer rechtlichen Regelung des Sparvertrages kommen die versicherungsrechtlichen Bestimmungen des VVG zur Anwendung.

2. Arten der Lebensversicherung. Für ihre Unterscheidung gibt es verschiedene Maßstäbe, die zugleich schon die ungeheure Mannigfaltigkeit dieses Versicherungszweiges erkennen lassen. Als erster Maßstab kann die Verpflichtung des Versicherers dienen, wie sie auch im § 1 VVG zum Ausdruck kommt. Er hat nämlich im Versicherungsfalle entweder den vereinbarten Kapitalbetrag oder die vereinbarte Rente zu zahlen. Man unterscheidet danach die Kapitalversicherung und die Rentenversicherung.

a) Die Kapitalversicherung wird weiter nach der Art des Versicherungsfalles unterschieden. Bei einer Gruppe hat der Versicherer das Kapital dann zu zahlen, wenn das versicherte Leben erlischt. Das ist die sogenannte Kapitalversicherung auf den Todesfall oder kurz Todesfallversicherung. Bei der

anderen Gruppe muß der Versicherer dann zahlen, wenn die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen ist, an dem bestimmten Termin noch lebt. Man nennt diese Form Kapitalversicherung auf den Lebensfall oder kurz Erlebensfallversicherung. Die Todesfallversicherung bezeichnet man als die Lebensversicherung im engeren Sinne. Sie ist auch begrifflich und ihrem Zwecke nach die eigentliche Lebensversicherung, während bei der Erlebensversicherung das Sparmoment viel stärker in den Vordergrund tritt.

Zwischen beiden Versicherungsarten finden sich die verschiedensten Formen. Wir können sie kurz folgendermaßen zusammenstellen:

1. Die Versicherung auf den Todes- und Lebensfall. Die Versicherungssumme muß entweder beim Tode der versicherten Person gezahlt werden oder aber spätestens dann, wenn er das vertraglich vorgesehene Lebensalter erreicht hat. Man nennt diese Form auch gemischte oder alternative Versicherung.

2. Die Versicherung mit festem Auszahlungstermin. Die Versicherungssumme wird auf jeden Fall an einem im Verträge genau bestimmten Termin fällig. Dabei kommt es nicht darauf an, ob zu diesem Zeitpunkt der Versicherungsnehmer noch lebt oder nicht. Hervorzuheben ist, daß die Prämienzahlung nur bis zu seinem Tode, längstens aber bis zum Tage der Fälligkeit des Kapitals dauert.

3. Die sogenannte kombinierte Todesfallversicherung. Die Versicherungssumme wird wie bei der reinen Todesfallversicherung beim Tode der versicherten Person fällig. Erreicht er aber ein bestimmtes vertraglich festgesetztes Alter, so hat der Versicherer außerdem noch einen Teil der Versicherungssumme zu zahlen.

4. Die ablaufende Versicherung auf den Todesfall. Sie ist für eine bestimmte Zeitdauer fest geschlossen. Der Versicherer hat nur dann zu leisten, wenn der Tod der versicherten Person während der Vertragsdauer oder in einer bestimmten Zeit nach Ablauf der Vertragsdauer eintritt.

5. Die aufgeschobene Todesfallversicherung. Bei ihr hat der Versicherer nur dann zu leisten, wenn der Tod der versicherten Person erst nach einer bestimmten Karenzzeit eintritt.

Damit haben wir aber keineswegs alle Unterarten, die sich in der Praxis finden, erschöpft, sondern nur die unserer Ansicht nach wichtigsten kurz aufgezählt.

b) Auch bei der Rentenversicherung kann man von einer Todesfall- und Erlebensfallversicherung sprechen. Die wichtigste Art der Rentenversicherung ist die lebenslängliche Leibrente. Gegen die einmalige Zahlung einer bestimmten Summe hat der Versicherer während der ganzen Lebensdauer des Versicherungsnehmers diesem eine jährliche, gleichbleibende, meist am Jahresschluß zahlbare Rente zu gewähren. Die sogenannte Altersrente unterscheidet sich von der Leibrente nur dadurch, daß die Rentenzahlungen erst an einem späteren, vertraglich vereinbarten Zeitpunkte beginnen. Eine Todesfallrente ist dagegen in der Form der sogenannten Überlebensrente gegeben. Bei ihr beginnen die Rentenzahlungen an eine bestimmte Person in dem Augenblick des Todes des Versicherungsnehmers. Ihre bekannteste und wichtigste Form ist die Witwenrente.

Endlich finden sich noch Formen, bei denen die Kapital- und Rentenversicherung gemischt sind. Eine Kapitalversicherung kann z. B. so abgeschlossen werden, daß das Kapital mit der Erreichung eines bestimmten Lebensalters zu zahlen ist. Wird der Versicherungsnehmer vorher invalide, so ist ihm bis zum Zeitpunkte der Fälligkeit des Kapitals eine Invalidenrente von vertraglich bestimmter Höhe zu zahlen. Oder es wird vereinbart, daß bei vorzeitigem Tode des Versicherungsnehmers seinen Hinterbliebenen eine bestimmte Rente bis zum Zeitpunkte der Fälligkeit des Kapitals zu zahlen ist.

c) Andere Einteilungen der Lebensversicherung sind in systematischer Hinsicht von geringerer Bedeutung, spielen aber in der Praxis eine große Rolle. An erster Stelle ist hervorzuheben, ob die Lebensversicherung mit Gewinnbeteiligung

oder ohne eine solche abgeschlossen ist. Weiter kommt in Betracht, ob eine Prämienrückgewähr stattfindet oder nicht, ob die Kapitalversicherung mit gleichbleibender, fallender oder steigender Versicherungssumme oder Rente abgeschlossen ist. Endlich kann eine Wartezeit bedungen sein oder fehlen. Es kann ärztliche Untersuchung vorgeschrieben sein oder nicht. Alle diese Punkte spielen im Konkurrenzkampf eine Rolle und ermöglichen eine weitgehende Anpassung der Lebensversicherung an die Wünsche der Versicherungsnehmer.

Von Bedeutung ist noch der Einteilungsmaßstab, der an die Prämienleistung des Versicherungsnehmers anknüpft. Wir haben Versicherungen mit einmaligen und wiederkehrenden Prämienzahlungen zu unterscheiden. Die wiederkehrenden Prämienzahlungen können entweder bis zum Tode der versicherten Person oder nur für eine bestimmte Zeitdauer bedungen sein. Sie können weiter entweder gleich bleiben, größer oder kleiner werden. Diese Punkte sind für die mathematische Berechnung der Grundlage der Versicherung von größter Bedeutung und zeigen wieder, wie sehr die Lebensversicherung den Bedürfnissen und Wünschen im Einzelfall angepaßt werden kann.

Man unterscheidet endlich noch eine große und eine kleine Lebensversicherung. Die letztere führt auch den Namen Volksversicherung. Sie wird als Todesfall- und Erlebensfallversicherung abgeschlossen. Ihre Eigentümlichkeiten ergeben sich aus dem Zweck, die Lebensversicherung in die weitesten Kreise der Bevölkerung zu bringen. Sie ist daher in der Versicherungssumme sehr beschränkt. Um den Versicherungsnehmern die Prämienzahlungen zu erleichtern, können sie in Monats- oder sogar Wochenraten entrichtet werden. Von einer ärztlichen Untersuchung des Versicherungsnehmers wird meist abgesehen. Dafür ist dann aber zum Schutz der Gesellschaft eine Karenzzeit eingeführt. Zur kleinen Lebensversicherung wird auch noch die Sterbegeldversicherung gerechnet, die eine Summe für die Deckung der Beerdigungskosten bereitstellen will.

3. Geschichtliche Entwicklung. Die ältesten Anfänge der Lebensversicherung sind, soweit wir heute erkennen können, in gewissen Zusammenschlüssen aus der Zeit der römischen Kaiser zu sehen. Es bestanden damals sogenannte *Collegia tenuiorum*. Es waren dies Vereine, welche beim Tode ihrer Mitglieder Sterbegeld zahlten. Sie sind also in etwa mit der heutigen Sterbegeldversicherung vergleichbar. Auch einige Berufsvereine sowie Vereinigungen von Militärpersonen zahlten Sterbegelder aus. Die reine Lebensversicherung scheinen die Römer dagegen nicht gekannt zu haben, wohl aber Leibrentenverträge. Bei ihrem Abschluß dürfte es sich aber kaum um Versicherung gehandelt haben. Immerhin ist es interessant zu sehen, wie in den damaligen Schätzungen der Lebensdauer der Rentempfänger schon die ersten Grundlagen für eine Lebensversicherung auftauchen. Im Mittelalter stoßen wir auf die Gilden, welche den Mitgliedern Krankengeld zahlten und außerdem Sterbegeld gewährten. Aber auch bei ihnen hat es sich kaum um Versicherung im technischen Sinne gehandelt. Ihr Streben war bei dem damals besonders weit entwickelten Gemeinschaftsgefühl nur darauf gerichtet, die Interessen der Mitglieder zu wahren. Alle die erwähnten Leistungen entspringen dem Gefühl der gegenseitigen Hilfe, sind aber unseres Erachtens bei dem Gesamtstreben nur nebensächlicher Natur. Zum mindesten sind die Beiträge damals nicht als ein Entgelt für diese Leistungen angesehen worden.

Einen versicherungsmäßigeren Anblick bietet dagegen schon der Vorschlag des Nürnberger Bürgermeisters BERTHOLD HOLZSCHUHER an die Stadt Hamburg. Danach sollte für jedes Kind bei seiner Geburt ein Taler eingezahlt werden. Bei Erreichung der Mannbarkeit oder bei der Verheiratung sollen ihm dann drei Taler ausgezahlt werden. Das ist ein Vorschlag für eine Ausstattungsversicherung oder mit anderen Worten für eine Kapitalversicherung auf den Erlebensfall mit einmaliger Prämienzahlung. Namentlich in Italien soll zur gleichen Zeit dieses Geschäft schon bekannt

gewesen sein. Ebenfalls scheint sich die Leibrentenversicherung zur selben Zeit langsam entwickelt zu haben.

An Hand der Leibrenten sind dann die technischen Unterlagen entwickelt worden. JEAN DE WITT (1625—1672) hat zuerst den Wert einer Leibrente genau berechnet. Er konstruiert für seine Berechnungen eine Sterbetafel. Ungefähr zur gleichen Zeit versuchte der Bürgermeister von Amsterdam, HUDDE, aus tatsächlich abgeschlossenen Leibrentenverträgen, die inzwischen abgelaufen waren, eine Sterbetafel für Leibrentner aufzustellen. Gleiche Versuche finden wir zur damaligen Zeit auch in England.

Auf wirkliche Beobachtungen stützte HALLEY seine Absterbeordnung. Etwas später entstanden in England die ersten Witwenkassen. Bald folgten große Versicherungsgesellschaften, die sich dem Geschäft widmeten. Zu erwähnen sind die Union von 1714, Royal Exchange von 1721 und London Assurance Corporation vom gleichen Jahre. Sie machten aber von der Sterbetafel HALLEYS keinen Gebrauch, beschränkten sich auch nicht nur auf die Rentenversicherung, sondern dehnten ihren Geschäftsbetrieb von Anfang an auch auf die Kapitalversicherung für den Todesfall aus. Einen Prämientarif, der eine Stafflung der Prämie nach dem Eintrittsalter vorsieht, kannte man damals noch nicht.

Auf wissenschaftlicher Grundlage baute dagegen die im Jahre 1762 gegründete Equitable Society for Assurance on lives and survivorships ihr Geschäft auf und zwar stützt sie sich auf eine verbesserte Sterbetafel. Sie stuft auch schon die Prämien nach dem Eintrittsalter ab, nahm aber zunächst sehr hohe Beiträge, die nach einigen Jahren, als man das Geschäft besser übersehen konnte, herabgesetzt wurden. Etwas später wurde die Sterbetafel von PRIVE, die dieser aus den Sterblichkeitserfahrungen von Northampton aufgestellt hatte, dem Geschäft zugrunde gelegt. Die Erfahrungen der Equitable regten zu weiteren Gründungen an. Auch heute dürfte die Lebensversicherung in England ihren Hauptsitz haben. Von dort kam sie nach Nordamerika, wo sie eine ungeahnte Entfaltung fand.

Auf dem Kontinent finden wir die erste Lebensversicherungsgesellschaft in Frankreich in der 1787 gegründeten Compagnie Royale d'assurances, die aber bald wieder einging. 1820 trat dann die Compagnie d'assurances générales sur la vie ins Leben. In Deutschland entstanden im Jahre 1827 die ersten Lebensversicherungsunternehmungen. Es waren dies die Lebensversicherungsbank für Deutschland in Gotha und die Lübecker Lebensversicherungsgesellschaft. Wenn auch die Lebensversicherung in Deutschland seither eine selbständige und kraftvolle Entwicklung genommen hat, so stützen sich bis jetzt die Unternehmungen immer noch auf die Erfahrungen der englischen Gesellschaften, wenn man auch seit längerer Zeit damit beschäftigt ist, deutsche Sterbetafeln aufzustellen.

In Deutschland wird die Lebensversicherung in allen Arten von Aktiengesellschaften und Gegenseitigkeitsvereinen betrieben. Seit 1911 betätigen sich auf diesem Gebiete auch öffentliche Versicherungsunternehmungen. Durch die Inflation sind in der Lebensversicherung eine Reihe außerordentlich schwieriger Fragen im Zusammenhang mit der Aufwertung entstanden, die inzwischen in den Aufwertungsgesetzen eine Regelung erfahren haben. Zurzeit wird von den Unternehmungen die Aufwertung der alten Versicherungen vorgenommen.

4. Durchführung der Lebensversicherung. Da ein großer Teil der zwischen den Parteien zu vereinbarenden Bedingungen in allen Lebensversicherungsverträgen gleich ist, hat für die Todesfallversicherung der Verband deutscher Lebensversicherungsgesellschaften allgemeine Versicherungsbedingungen aufgestellt, welche in der vom Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung genehmigten Form dem Geschäftsplane aller Lebensversicherungsunternehmungen zugrunde liegen. Geringe Abweichungen finden sich bei den Gesellschaften in den verschiedensten Punkten. Für die Rentenversicherungen und die übrigen Arten der Lebensver-

sicherung mit Ausnahme der Todesfallversicherung sind keine einheitlichen Versicherungsbedingungen aufgestellt worden. Bei der vereinheitlichenden Tätigkeit der Reichsaufsichtsbehörde ist es aber ohne weiteres begreiflich, daß auch für diese Arten der Lebensversicherung die Bedingungen aller Unternehmungen im großen und ganzen übereinstimmen. Wir werden bei der folgenden Betrachtung die Bedingungen einer Gesellschaft, wie sie zurzeit in Geltung sind, benutzen.

a) Bei der Vorbereitung der Lebensversicherung spielen der Antrag und die ärztliche Untersuchung eine große Rolle. Die Gesellschaften haben in gedruckten Formularen Fragen aufgestellt, die einen Schluß auf die körperliche Beschaffenheit des Antragstellers zulassen. Es kommt nämlich für sie darauf an, nur Risiken in Deckung zu nehmen, welche von der angenommenen Sterbenswahrscheinlichkeit voraussichtlich nicht abweichen werden. Früher wurden alle Anträge, welche dies nicht erwarten ließen, abgelehnt. Man mußte aber doch einsehen, daß darin eine Härte lag, weil gerade solche Antragsteller des Versicherungsschutzes besonders bedürftig waren. Bei der Deckung einer großen Anzahl Gefährdeter muß sich zudem wieder ein Ausgleich ergeben, so daß es letzten Endes nur darauf ankam, durch Prämienzuschläge, Einführung einer Karenzzeit oder ähnliches auch den finanziellen Ausgleich sicherzustellen. Für besonders schwierig gelagerte Fälle wurde in Deutschland eine besondere Gesellschaft, die „Hilfe“, gegründet, die sich nur mit der Deckung bereits abgelehnter Risiken befaßt.

In der Lebensversicherung hat der Antrag aber noch einige Besonderheiten. Da die Nachprüfung des Gesundheitszustandes des Antragstellers, ganz gleichgültig ob eine ärztliche Untersuchung stattfindet oder nicht, stets eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, so ist die Zeit, während welcher der Antragsteller an seinen Antrag gebunden ist, länger als in den übrigen Versicherungszweigen. Da nach § 160 VAG der Versicherer kein Recht hat, die ärztliche Untersuchung zu verlangen, läuft die Frist erst von dem Tage an, an welchem die Untersuchung stattgefunden hat. Da es auch möglich ist, eine Versicherung für den Fall des Todes eines anderen zu nehmen, sieht das Gesetz vor, daß dieser andere sich schriftlich mit der Versicherung einverstanden erklärt. Diese Erklärung sowie etwaige Genehmigungen von Eltern usw. werden gleich im Antrage miterklärt.

Von besonderer Wichtigkeit ist ferner für die Gesellschaft, an Hand dieser Unterlagen das Risiko eingehend zu prüfen. Die Hauptaufgabe liegt bei den Ärzten. Die ärztliche Untersuchung des Antragstellers durch den Vertrauensarzt soll dem Chefarzt der Gesellschaft die Unterlagen bieten, aus denen er eine Prognose für das Leben des Antragstellers abgeben kann. Er hat also in einem ausführlichen Gutachten seinen Befund niederzulegen. Er muß dabei stets darauf achten, daß der Zweck der Untersuchung nicht auf die Behandlung eines Leidens, sondern auf die Stellung einer Prognose für den weiteren Lebensverlauf gerichtet ist. Daraus ergibt sich von selbst eine etwas andersartige Einstellung des Arztes zu dem zu Untersuchenden als anderen Patienten gegenüber. Um diesen Zweck möglichst sicherzustellen, geben die Gesellschaften ihren Vertrauensärzten Untersuchungsformulare an Hand.

Wir haben schon gesehen, daß die Lebensversicherung mit der Sterbenswahrscheinlichkeit arbeitet. Jede Gesellschaft hat nach längerer Arbeit eine reiche Erfahrung aus ihrem Bestande. Es kommt nun darauf an, daß nur solche Risiken genommen werden, die sich der bei der betreffenden Gesellschaft festgestellten Sterblichkeit einfügen. Damit ist aber nicht gesagt, daß nur ganz Gesunde versichert werden können. Auch schwerere Risiken können bei Berechnung von Prämienzuschlägen, bei der Ausbedingung einer Karenzzeit und Ähnlichem genommen werden, wenn man durch diese Mittel nur das größere Risiko wieder ausgleicht. Die Tätigkeit des Chefarztes nennt man ärztliche Auslese. Man geht bei ihr von dem Grundgedanken aus, daß man aus der Zusammenstellung einer Reihe gleich-

artiger Fälle und aus den Erfahrungen ihres bisherigen Verlaufs auch auf die Lebenserwartungen der neuen Antragsteller schließen kann. Maßgebend sind dabei weniger die medizinischen als vielmehr die statistischen Erfahrungen. Der Chefarzt hat demgemäß entsprechend diesen Erfahrungen den Versicherungsbestand auszuwählen und anzugeben, welche Vorkehrungen zum Ausgleich gegen ein höheres Risiko getroffen werden müssen. Er wird dabei alle Umstände berücksichtigen und gegeneinander abwägen müssen. In Frage kommt dabei in erster Linie das Alter des Antragstellers, denn das Alter bildet die Grundlage der Sterbetafeln. Am günstigsten sind erfahrungsgemäß die Risiken von 20—50 Jahren. Zu berücksichtigen ist weiter das Geschlecht. Da die Sterblichkeit erfahrungsgemäß bei Männern und Frauen wegen der verschiedenartigen körperlichen Beschaffenheit verschieden verläuft. Sie ist bis zum 40. Jahre bei Frauen ungünstiger als bei Männern, während sich dann das Verhältnis umkehrt. Infolgedessen nimmt z. B. die Gothaer Lebensversicherungs-Gesellschaft bis zu diesem Zeitpunkt einen festen Zuschlag und gewährt vom 55. Lebensjahre an bei der Versicherung von Frauen einen festen Rabatt. Bei der Würdigung ist dann weiter die Erblichkeit zu berücksichtigen, wengleich die Erfahrungen gerade auf diesem Gebiete noch sehr lückenhaft sind.

Grundlegend ist der eigentliche Gesundheitszustand zur Zeit der Antragstellung, wobei die Vorgeschichte beachtet werden muß. Abzuwägen sind die besonderen Gefahren. Wir nennen den Aufenthalt und den Beruf, ohne daß dazu nähere Ausführungen erforderlich wären. Aber auch die Vermögensverhältnisse und, vielfach durch sie bedingt, die Lebensweise sind von großer Bedeutung. So ist z. B. festgestellt worden, daß die Sterblichkeit der mit mehr als mit 2000 M. versicherten Männer bis zum 55. oder 60. Lebensjahr bedeutend niedriger war als bei den mit geringerer Summe versicherten. In Amerika wird diese Erfahrung schon bei der Aufstellung der Sterbetafeln benutzt. Wie die Erfahrungen bisher gezeigt haben, ist die Medizin noch nicht in der Lage, diese außerordentlich schwierige Aufgabe mit einigermaßen großer Sicherheit zu lösen. Immerhin sind aber ihre Dienste doch so wichtig, daß man heute von den Bestrebungen, die große Lebensversicherung ebenfalls möglichst ohne ärztliche Untersuchung abzuschließen, wieder abgekommen ist. Diese Bewegung verdankte ihre größere Ausbreitung wohl nur dem Bestreben der Inflationszeit, einen Teil der erheblich gestiegenen Verwaltungskosten zu sparen.

b) Bei der Betrachtung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wollen wir die für die sogenannte große Lebensversicherung üblichen zugrunde legen.

Die Versicherung kommt mit der Annahme des Antrags durch den Versicherer, wie bei jedem Konsensualvertrag zustande. Gleichwohl beginnt damit aber noch nicht die Leistungspflicht des Versicherers. Seine Haftung ist vielmehr neben den üblichen Voraussetzungen davon abhängig, daß der Versicherte zum Zeitpunkte des Haftungsbeginns noch lebt und seit der Antragstellung nicht erheblich erkrankte oder verletzt wurde. Ein Sonderfall ist gegeben, wenn vom Versicherer eine Karenzzeit bedungen worden ist. Seine Haftung beginnt naturgemäß erst nach Ablauf der Karenzzeit. Die Versicherung kann umgekehrt gemäß § 2 VVG auch vor datiert werden. Eine solche Vereinbarung hat aber keinen Einfluß auf eine etwa ausbedungene Karenzzeit. Will der Versicherer den Vertrag anfechten, weil der Versicherte im Zeitpunkte, an dem die Haftung beginnen würde, nicht mehr lebte oder erheblich erkrankt oder verletzt war, so muß er diese Anfechtung innerhalb eines Jahres seit Aushändigung des Versicherungsscheines ausüben.

Der Versicherer hat die Versicherungssumme dann zu zahlen, wenn der Versicherte stirbt oder das vereinbarte Alter erreicht hat. Zwei Todesursachen sind aber doch noch besonders zu betrachten. Die erste ist der Selbstmord. Er würde die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles sein. Infolgedessen kann er

vom Versicherer grundsätzlich als Versicherungsfall nicht anerkannt werden. Gleichwohl gestehen aber die Versicherungsunternehmen eine Leistungspflicht auch bei ihm zu. Um aber nach Möglichkeit geschützt zu sein, wird in derartigen Fällen eine Karenzzeit ausbedungen. Aber auch hiervon wird unter Umständen abgewichen und zwar dann, wenn die Lebensversicherungspolice als Unterlage für eine Kreditbeschaffung verwendet wird. In derartigen Fällen wird unter Umständen dem Geldgeber gegenüber auf die Selbstmordklausel verzichtet.

Die zweite hier zu behandelnde Todesursache ist die Kriegsgefahr. Sie ist zwar keine vorsätzliche oder auch nur fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalles, aber eine starke Gefahrerhöhung. Allerdings muß der Versicherer mit ihr namentlich in Ländern mit allgemeiner Wehrpflicht rechnen. Gleichwohl haben die Versicherer diese Todesursache bedingungsmäßig vielfach ausgeschlossen. In neuerer Zeit wird jedoch auch gegen die Kriegsgefahr Versicherungsschutz, wenn auch in beschränktem Umfange, gewährt. Stirbt nämlich der Versicherte während seiner Teilnahme an Kriegseignissen oder infolge seiner Teilnahme an ihnen innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Krieges, so zahlt der Versicherer das am Todestage vorhandene Deckungskapital sofort nach Anmeldung und Prüfung des Kriegssterbefalles aus. Die endgültige Abrechnung über die Kriegsschäden erfolgt aber erst, sobald die Gesellschaft sämtliche angemeldete Kriegssterbefälle geprüft hat. Wie wir später sehen werden, ist das Deckungskapital nicht gleichbedeutend mit der Versicherungssumme, sondern bis zum Ablauf der Versicherung nach den Rechnungsunterlagen geringer. Infolgedessen wird fast stets in diesen Fällen von den Versicherern ein geringerer Betrag als die Versicherungssumme ausgezahlt werden. Zur Deckung der Kriegssterbefälle werden daher noch weitere Mittel herangezogen und zwar der Kriegsreservefonds, in den die ersten Jahresdividenden sämtlicher Versicherungen fließen. Weiter werden die bei Beginn des Krieges vorhandenen, noch nicht verrechneten Dividenden und die während des Krieges anfallenden Gewinnüberweisungen verwendet, jedoch nur bis zur Höhe der Gewinnüberweisungen aus den dem Kriegsausbruch vorhergegangenen drei Geschäftsjahren. Endlich steuern die Gesellschaften meist noch aus ihrem sonstigen Vermögen einen Zuschuß bei. Wenn gleichwohl diese Mittel nicht zur vollen Deckung der durch die Deckungskapitalien nicht gedeckten Teile der Versicherungssummen ausreichen, so werden diese im Verhältnis ihrer Gesamtsumme zur Summe der Deckungsmittel gekürzt. Da in der Frage des Versicherungsschutzes gegen die Kriegsgefahr bisher unter den Versicherern eine Einigung noch nicht erzielt wurde, kann man in der Praxis auch anderen Bestimmungen begegnen.

Eine Gefahrerhöhung kann nur bei der Todesfallversicherung von Bedeutung werden. Man sieht als solche nur eine Änderung der Gefahrenumstände an, die ausdrücklich als Gefahrerhöhung vereinbart worden ist. Der Versicherer kann sich auf sie nur dann stützen, wenn seit ihrem Eintritt noch nicht zehn Jahre verstrichen sind oder wenn die Verpflichtung, die Genehmigung des Versicherers einzuholen, arglistig verletzt worden ist. Eine Gefahrerhöhung sah man früher namentlich in der sogenannten Auslandsgefahr. Man versteht darunter einen Aufenthalt im Auslande. Nach Ablauf von zwei Jahren seit Ausstellung der Police ist dem Versicherten der Aufenthalt in allen Teilen der Welt freigegeben. Stirbt er innerhalb eines Jahres nach seiner Rückkehr infolge eines in die ersten zwei Jahre der Versicherung fallenden Aufenthaltes zwischen den beiden Wendekreisen, ohne daß er für diesen Aufenthalt die schriftliche Einwilligung des Versicherers erhalten hat, so ist der Versicherer nur zur Zahlung des am Todestage vorhandenen Deckungskapitals verpflichtet.

Der Todesfall des Versicherten ist der Gesellschaft unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein und der letzten Prämienquittung sind so bald als möglich eine amtliche Sterbeurkunde und ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder

ein amtliches Zeugnis über die Todesursache einzureichen. Die Gesellschaft kann aber auch noch weitere Auskünfte einziehen. In dieser Beziehung ist oft ein Bericht des Arztes, der den Versicherten im letzten Jahre vor seinem Tode behandelt hat, oder der die Todesursache festgestellt hat, von Bedeutung. Bei Selbstmord des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers dann bestehen, wenn die Tat in einem die freien Willensbestimmungen ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist oder wenn seit Einlösung des Versicherungsscheins zwei Jahre verstrichen sind. Hat der Versicherte bei Beginn des ersten Versicherungsjahres das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so wird die volle Versicherungssumme dann gezahlt, wenn die Versicherung beim Tode des Versicherten mindestens drei Jahre in Kraft und der Versicherte mindestens sieben Jahre alt ist. In allen anderen Fällen werden nur die bezahlten Prämien zuzüglich 5% Zinsen zurückvergütet.

Über die Versicherung wird eine Police ausgestellt. Der Versicherer ist berechtigt aber nicht verpflichtet, den Inhaber des Versicherungsscheins als berechtigt zur Verfügung über alle Ansprüche aus dem Versicherungsvertrage anzusehen. Verfügungen des Versicherungsnehmers oder sonstiger Verfügungsberechtigter über die Ansprüche aus der Versicherung sind dem Versicherer gegenüber nur dann rechtswirksam, wenn sie ihm vom Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

c) Von besonderer Bedeutung sind bei der Lebensversicherung die Rechnungsunterlagen, ein Teil des Geschäftsplans, der an Hand der Versicherungsmathematik aufgestellt wird. Wir können nur einige wenige Hauptgesichtspunkte hervorheben.

Die sogenannten Sterbetafeln bilden die Unterlage des gesamten Lebensversicherungsbetriebs. Dies sind Tabellen, die anzeigen, wieviel Personen aus einer bestimmten Grundmasse jeweils das nächste Lebensjahr noch erreichen. Ohne weiteres ist einleuchtend, daß mit zunehmendem Alter die Todesgefahr immer größer wird, bis an einem Zeitpunkte auch der letzte der angenommenen Grundmasse gestorben ist. Wenn man aber auf mathematischem Wege unter Zuhilfenahme der Statistik feststellen kann, wieviel Personen im Durchschnitt aus einer angenommenen Masse in jedem Jahre sterben, dann kann man auch feststellen, welche Aufwendungen man in jedem Jahre für Zahlungen von Versicherungssummen zu machen hat. Daraus ergibt sich andererseits wieder, welche Mittel von den Versicherungsnehmern aufgebracht werden müssen, um den eintretenden Bedarf zu decken.

Mit zunehmendem Alter müßten entsprechend der höheren Sterbenswahrscheinlichkeit von den überlebenden Versicherten immer höhere Prämien gezahlt werden. Eine solche Regelung würde aber in der Praxis undurchführbar sein, da im Durchschnitt die Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter nachläßt. Es war daher eine Grundbedingung für den Betrieb der Lebensversicherung, daß es den Mathematikern gelang, das Risiko rechnermäßig auf die ganze Dauer der Versicherung gleichmäßig zu verteilen, so daß nunmehr jährlich gleichbleibende Prämien von den Versicherungsnehmern entrichtet werden können. Daraus ergibt sich aber, daß die Versicherungsnehmer in den ersten Jahren der Versicherung Prämien zahlen, die größer sind als es dem Risiko entspricht, während in den letzten Jahren die Prämien niedriger als das Risiko sind. Man muß daher die tatsächlich gezahlten Prämien in zwei Teile zerlegen, und zwar in den Risikoteil und den Sparteil. Die Ansammlung der Sparteile, auf Zinseszins gelegt, ergibt dann bei einem rechnermäßigen Ablauf der Versicherung die Versicherungssumme. In Wirklichkeit sind aber in den Prämien auch noch Unkostenanteile und ein Gewinnzuschlag enthalten.

Diese Ansammlung der Sparteile stellt das sogenannte Deckungskapital oder die Prämienreserve dar. Das Deckungskapital sind also die um die rechnungs-



mäßigen Zinsen vermehrten Beträge, die nach Bestreitung des geschäftsplanmäßigen Teils für Risiko, Unkosten und Dividendenanwartschaften von den eingezahlten Prämien übrig bleiben. Sie bilden einen großen Posten in den Bilanzen der Lebensversicherungsgesellschaften und werden gesondert ausgewiesen, da es sich um die Sparkapitalien der Versicherten handelt.

Eintrittsalter	Jährliche Prämie für je 1000 (Reichsmark, Goldmark, Dollar) Versicherungssumme, fällig sofort beim Tode, mit Prämienzahlung bis zum					Eintrittsalter
	Tode (Tabelle I)	Lebensalter (Tabelle II)				
		65	60	55	50	
20	20,—	21,80	22,20	22,90	24,30	20
21	20,40	22,20	22,70	23,40	25,—	20
22	20,80	22,70	23,20	24,—	25,70	22
23	21,20	23,20	23,80	24,70	26,50	23
24	21,60	23,80	24,40	25,40	27,40	24
25	22,10	24,40	25,10	26,20	28,40	25
26	22,60	25,30	25,80	27,10	29,50	26
27	23,20	25,70	26,50	28,—	30,60	27
28	23,80	26,40	27,30	29,—	31,80	28
29	24,50	27,20	28,20	30,—	33,30	29
30	25,20	28,—	29,10	31,10	35,—	30
31	26,—	28,90	30,10	32,40	36,80	31
32	26,70	29,80	31,20	33,80	38,70	32
33	27,50	30,70	32,40	35,30	40,80	33
34	28,40	31,70	33,60	36,90	43,20	34
35	29,30	32,90	34,80	38,70	46,—	35
36	30,20	34,10	36,30	40,70	49,20	36
37	31,10	35,30	37,80	42,80	52,80	37
38	32,10	36,60	39,50	45,10	57,10	38
39	33,20	38,—	41,40	47,80	62,10	39
40	34,30	39,60	43,40	50,90	68,10	40
41	35,50	41,30	45,70	54,50		41
42	36,70	43,10	48,20	58,60		42
43	38,—	45,—	51,—	63,40		43
44	39,40	47,10	54,10	69,—		44
45	40,90	49,40	57,60	75,70		45
46	42,50	52,—	61,60			46
47	44,20	54,90	66,30			47
48	46,—	58,10	71,70			48
49	47,90	61,60	78,—			49
50	50,—	65,60	85,60			50
51	52,20	70,10				51
52	54,50	75,10				52
53	56,90	81,10				53
54	59,40	87,90				54
55	62,—	96,—				55
56	64,70					56
57	67,60					57
58	70,60					58
59	73,80					59
60	77,20					60

Für die Berechnung der Prämienreserve gibt es zwei Methoden, die Netto- und die Zillmersche Methode. Bei der Nettomethode werden nur die Versicherungssummen, nicht aber auch die mit der Anwerbung und Verwaltung des Versicherungsbestandes verbundenen Unkosten der Berechnung der Prämienreserve zugrunde gelegt. Als Rechnungsgrundlage wird die Sterbetafel und der Zinsfuß verwendet. Die Berechnung erfolgt für den Anfang und das Ende jedes Versicherungsjahres. Sie muß am Schlusse jedes Versicherungsjahres gleich der Summe der bis

zu diesem Zeitpunkte gezahlten Nettoprämien abzüglich der bereits für Versicherungsfälle geleisteten Zahlungen sein. Für den einzelnen Versicherten müssen die gezahlten Nettoprämien zuzüglich Zinseszins die Versicherungssummen beim rechnungsmäßigen Ablauf der Versicherung ergeben. Die Zillmersche Methode geht davon aus, daß die Unternehmungen tatsächlich Unkosten aufzuwenden haben, die bei der Berechnung der Prämienreserve berücksichtigt werden müssen. Ob man diese Unkosten ganz oder teilweise abziehen kann, war lange ein Streitpunkt. Der § 11 VAG sah eine Höchstbelastung von  $12\frac{1}{2}\%$  der Versicherungssumme vor. Sie ist aber jetzt aufgehoben worden. Gleichwohl muß aber auch die Zillmersche Prämienreserve bei rechnungsmäßigem Verlaufe der Versicherung am Ende der Versicherung der Nettoprämienreserve gleich sein. Der anfänglich niedrigeren Prämienreserve müssen daher in den nächsten Jahren Nettoprämien, die um einen Unkostenzuschlag vermehrt sind, zugeführt werden. Jedenfalls ergibt sich bei der Zillmerschen Methode zumindest für das erste Jahr eine negative Prämienreserve. Das sogenannte Zillmern ist heute vom Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung zugelassen worden, wenn auch unter gewissen Einschränkungen. Aus der damit zugelassenen anfänglichen negativen Prämienreserve ergab sich aber für die Aufsichtsbehörde die Notwendigkeit, sich auch mit den Unkosten in der Lebensversicherung zu beschäftigen. Auf diese Verhältnisse sind die Anordnungen des Aufsichtsamtes über die Beschränkung der Unkosten zurückzuführen.

Maßgebend für den Prämiensatz ist das Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Beginns der Lebensversicherung. Im Falle einer unrichtigen Altersangabe wird die Versicherungssumme im Verhältnis der gezahlten zu der dem wirklichen Alter entsprechenden Tarifprämie berichtigt. Um eine Vorstellung von einem Prämientarif zu geben, bringen wir die Prämiensätze für die Todesfallversicherung mit Gewinnanteil, wie sie heute bei einer Gesellschaft im Gebrauch sind. (Siehe Tabelle S. 60.)

Man sieht sofort die starke Staffelung der Prämiensätze nach dem Eintrittsalter des Versicherten. Das mit dem Alter zunehmende Risiko kommt auch deutlich in den Endzahlen der einzelnen Spalten zum Ausdruck. So hat ein 55jähriger 96 M., ein 50jähriger 85,60 M., ein 45jähriger 75,50 M. und ein 40jähriger nur 68,10 M. für eine zehnjährige Versicherung zu bezahlen. Diese Unterschiede können nur auf dem Risikounterschiede beruhen, da in allen Fällen mit dem gleichen Zinsfuß gerechnet wird.

Bei dieser Gestaltung der Prämie spielt der Zinsfuß bei der Lebensversicherung eine ganz besondere Rolle. Er ist ein Teil des Geschäftsplans und muß bei der Zulassung zum Geschäftsbetrieb von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Wird ein höherer Zinsfuß angenommen, so können die Prämiensätze niedriger sein, wie sie umgekehrt höher sein müssen, wenn der Zinsfuß niedriger ist. Um eine Stetigkeit der Geschäftsführung zu ermöglichen, ist es daher von der allergrößten Wichtigkeit, einen Zinssatz zu wählen, der aller Voraussicht nach auf die Dauer mit den Vermögensanlagen erzielt werden kann. In der Zeit vor dem Kriege rechneten die Gesellschaften mit 4% und  $3\frac{1}{2}\%$  Zinsen. Tatsächlich konnten sie aber vielfach höhere Zinssätze erzielen. In der Zeit nach dem Kriege werden ganz allgemein wesentlich höhere Zinssätze erzielt. Gleichwohl wäre es falsch, daraufhin die Rechnungsgrundlagen zu ändern, da es wohl sicher unmöglich ist, auf die Dauer auch nur einigermaßen so hohe Zinssätze beibehalten zu können. Andererseits sammeln sich dadurch aber bei den Gesellschaften aus den Fonds der Versicherten sehr erhebliche Kapitalien an. Diese dienen einmal dazu, die Unternehmungen zu festigen. In zweiter Linie werden sie in Form von Dividenden an die Versicherten wieder ausgeschüttet. In der Praxis findet man bei den Gesellschaften die Einteilung der Versicherten in die verschiedenartigsten Gewinnverbände, je nach den Tarifen, die den Versicherungen zugrunde liegen. Der auf die gewinnberechtigten Versicherungen entfallende Überschuß wird in Prozenten der Jahresprämien auf die einzel-

nen Versicherungen verteilt. Bei der Feststellung der Höhe des Prozentsatzes wird die zurückgelegte Dauer und die vereinbarte Gesamtdauer der Prämienzahlung berücksichtigt. Eine Gesellschaft gewährt z. B. die erste Dividende bei Entrichtung der vierten Jahresprämie. Sie fließt dabei zunächst in den Kriegsreservfonds wird jedoch am bedingungsgemäßen Endtermin der Versicherung gezahlt, wenn und soweit nicht inzwischen dieser Fonds in Anspruch genommen ist. Die folgenden Dividenden werden jeweils an der Jahresprämie gekürzt. Bei anderen Gewinnverbänden werden sie dagegen verzinslich angesammelt und bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses ausgezahlt. Die Gesamtsumme der noch nicht ausgezahlten Gewinnanteile bildet den Dividendenfonds der gewinnberechtigten Versicherungen. Dieser kann zur Deckung von außerordentlichen Verlusten, insbesondere zur Zahlung von Kriegsschäden verwendet werden.

Die laufenden Prämien werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig und sind im voraus zu zahlen. Es findet sich aber auch in großem Umfange eine ratenweise Zahlung der Prämien. In diesen Fällen gelten die noch nicht gezahlten Raten als gestundet. Sie werden auf die Versicherungsleistung der Gesellschaft angerechnet.

Die eigenartige Gestaltung der Prämie hat noch verschiedene Auswirkungen. Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung ganz oder teilweise auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres kündigen. Sie kann auch nur teilweise gekündigt werden, jedoch muß in diesem Falle die verbleibende Versicherungssumme mindestens 1000 M. betragen und durch 100 ohne Rest teilbar sein. Wenn eine einmalige Prämie entrichtet ist oder wenn laufende Prämien für mindestens 3 Jahre bezahlt sind, wird eine Rückvergütung gewährt. Sie beträgt nach den vom Reichsaufsichtsamt genehmigten Normativbedingungen 60% des für den Schluß des laufenden Versicherungsjahres berechneten Deckungskapitals, solange dieses 30% der Versicherungssumme nicht überschreitet. Die Rückvergütung erhöht sich um so viel Prozent des Deckungskapitals, als dieses mehr als 30% der Versicherungssumme beträgt, bis zu 95%. Die meisten Gesellschaften gehen in ihren Leistungen über diese Sätze noch hinaus. Sind Prämien für mindestens 3 Jahre gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit auf das Ende eines Versicherungsjahres die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie mit herabgesetzter Versicherungssumme verlangen. Die verbleibende Versicherungssumme muß sich auf mindestens 100 M. belaufen und durch 100 ohne Rest teilbar sein. Ein verbleibender Rest wird rückvergütet. Die Umwandlung erfolgt so, daß mit dem Schluß des laufenden Versicherungsjahres an die Stelle der bisherigen Versicherungssumme der Betrag tritt, der sich für das Alter des Versicherten als Leistung der Gesellschaft ergibt, wenn das auf die Versicherung entfallende Deckungskapital nach Maßgabe der Rechnungsgrundlagen der Gesellschaft als einmalige Prämie angesehen wird. Bei der Umwandlung gilt der Teil der Versicherungssumme als gekündigt und durch Rückvergütung erloschen, dessen Rückvergütungswert den bis zum Schlusse des laufenden Versicherungsjahres geschuldeten Prämien nebst einer etwa auf die Versicherungsleistung gewährten Vorauszahlung entspricht. Wird eine umgewandelte Versicherung gekündigt, so beträgt die Rückvergütung so viel Prozent des Deckungskapitals, als bei Fortdauer der ursprünglichen Versicherung zu vergüten gewesen wäre.

Nur aus dem Gesichtspunkte, daß das Deckungskapital den Versicherten gehört, erklären sich auch die Bestimmungen über die Vorauszahlungen. Nach Zahlung von 3 Jahresprämien können bis zur Höhe der bei der Kündigung zu gewährenden Rückvergütung abzüglich der Prämie des folgenden Jahres von der Gesellschaft Vorauszahlungen auf die Versicherung gewährt werden, wodurch sich alle Verpflichtungen des Versicherers um den vorausgezählten Betrag verringern. Von dem Tage ab, an dem die Vorauszahlung geleistet wird, erhöht sich die für die

Versicherung zu zahlende laufende Prämie um einen bestimmten Prozentsatz des Policendarlehns. Die Prämie für die Vorauszahlung ist naturgemäß nicht am Gewinn beteiligt und ist solange zu entrichten, bis das Darlehen wieder zurückgezahlt oder bei einer Versicherungsleistung gekürzt worden ist. Für die Zahlung dieser Prämien gelten die Bestimmungen für die Zahlung laufender Prämien nach dreijährigem Bestehen der Versicherung. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu jedem Prämienzahlungstermin den im voraus empfangenen Betrag wieder zurückzuzahlen. Die Rückzahlung muß vorher angezeigt werden.

Während der Versicherungsnehmer in der besprochenen Weise die Versicherung umwandeln kann, vermag er auch erloschene oder prämienfrei gewordene Versicherungen gegen Zahlung der Rückstände nebst meist 5% Zinsen wieder in Kraft setzen zu lassen. Hat aber die Unterbrechung der Prämienzahlung länger als ein Jahr gedauert, so kann der Versicherer die Wiederinkraftsetzung von dem Ergebnis einer erneuten Prüfung des Gesundheitszustandes des Versicherten abhängig machen.

5. Wenn man nach den bisherigen Darlegungen beachtet, daß bei den Lebensversicherungsunternehmungen ganz gewaltige Sparkapitalien der Versicherten angesammelt werden, dann wird man es auch verstehen, daß gerade für die Lebensversicherung die Aufwertung von ganz außerordentlicher Bedeutung ist. Zwar handelt es sich bei ihr um keine besondere Eigentümlichkeit des Versicherungswesens, gleichwohl wollen wir aber kurz auf sie eingehen.

Das Gesetz über die Aufwertung von Hypotheken und anderen Ansprüchen vom 16. 7. 1925 beschäftigt sich in den §§ 59—61 mit der Aufwertung von Versicherungsansprüchen, und zwar von solchen Versicherungsansprüchen, für die nach gesetzlichen Bestimmungen oder nach Vorschrift der Aufsichtsbehörde vor dem 14. 2. 1924 ein Prämienreservfonds im Sinne der Vorschriften des VAG zu bilden war. Bei anderen Versicherungsansprüchen ist die Aufwertung durch eine Verordnung vom 22. 5. 1926 geregelt. Nach dem Aufwertungsgesetze werden die hier zu behandelnden Versicherungsansprüche in der Weise aufgewertet, daß das aufgewertete Vermögen der Versicherungsunternehmung nebst einem etwa aus dem sonstigen Vermögen des Schuldners zu leistenden Beitrag einem Treuhänder überwiesen wird. Dieser hat den sogenannten Aufwertungsstock nach Abzug der Verwaltungskosten zugunsten der Versicherten nach einem von der Aufsichtsbehörde genehmigten Teilungsplan zu verwenden.

Die Durchführung der Aufwertung ist durch eine besondere Durchführungsverordnung vom 29. 11. 1925 näher geregelt. Voraussetzung der Aufwertung ist, daß die Ansprüche aus einem vor dem 14. 2. 1924 begründeten Rechtsverhältnis herrühren und die Zahlung einer bestimmten in Mark oder einer anderen nicht mehr geltenden inländischen Währung ausgedrückten Geldsumme zum Gegenstande haben. Wir haben früher schon gesehen, daß die Ansprüche ihren Gegenwert hauptsächlich in der Prämienreserve haben und daß diese in großem Umfange von der Entwertung betroffen wurde. Die Versicherungsansprüche können daher nur nach Maßgabe der verfügbaren Mittel unter Zugrundelegung der auf sie entfallenden Reserven und unter Berücksichtigung der beiderseitigen Rückstände und Leistungen aufgewertet werden. Für die Aufwertung der Versicherungsansprüche gewinnt damit die allgemeine Aufwertung anderer Ansprüche eine grundlegende Bedeutung. Namentlich kommen wegen der Vermögensanlagevorschriften die Bestimmungen über die Aufwertung der Hypotheken und Anleihen in Betracht. Daraus ergibt sich, daß entsprechend der Verschiedenheit der Vermögensanlagen der Aufwertungssatz bei den einzelnen Unternehmungen außerordentlich verschieden sein kann und verschieden sein wird. Bevor nicht die Aufwertung der Ansprüche der Versicherungsunternehmungen aus ihren Vermögensanlagen durchgeführt ist, kann daher auch von einer Aufwertung der Versicherungsansprüche noch keine Rede sein.

Die Feststellung des Aufwertungsstockes seinem endgültigen Betrage nach ist eine außerordentlich langwierige und zugleich schwierige Aufgabe des Treuhänders. Grundsätzlich fließt in den Aufwertungsstock das gesamte aufgewertete Vermögen der betreffenden Versicherungsunternehmung, das ihr beim Ablauf des 13. 2. 1924 gehörte, soweit es nicht verpfändet oder gemäß § 57 Abs. 1 Satz 2 VAG als besondere Sicherheit gestellt ist. Wenn es die wirtschaftlichen Verhältnisse der Unternehmung angemessen erscheinen lassen, sind auf Verlangen und nach näherer Bestimmung der Aufsichtsbehörde auch noch Beiträge aus dem sonstigen Vermögen der Unternehmung in den Aufwertungsstock zu leisten. Diese Beiträge können, um die Durchführung der Bestimmung zu erleichtern, auf einem besonderen Aufwertungsausgleichkonto gebucht und durch jährliche Abschreibungen getilgt werden. Die Aufsichtsbehörde kann auch zulassen, daß der Beitrag in Teilbeträgen geleistet wird. Zur Feststellung des Aufwertungsstockes muß die Unternehmung dem Treuhänder Einsicht in die Geschäftsbücher und sonstigen Unterlagen gestatten, sowie ihm die nötigen Auskünfte erteilen. Werden verschiedene Versicherungszweige betrieben, so muß das vorhandene Vermögen auf diese verschiedenen Zweige im Verhältnis der Goldmarkbeträge der auf sie entfallenden technischen Reserven aufgeteilt werden. Dabei darf aber auf die Aufwertungsstöcke der Lebens-, Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherung nicht weniger entfallen als die zugehörigen Prämienreservfonds an aufgewerteten Vermögensanlagen enthalten haben.

Der Treuhänder hat den Aufwertungsstock in Besitz zu nehmen und zu verwalten. Er kann aus ihm Vorschüsse auf die Ansprüche der Versicherten zahlen und über ihn verfügen, soweit dies im Interesse der Versicherten und einer schnellen Durchführung der Aufwertung gelegen ist. Vor allem aber hat der Treuhänder die am Aufwertungsstock beteiligten Versicherungen festzustellen und für die Verwendung des Aufwertungsstocks nach Anhörung der Unternehmung einen Teilungsplan aufzustellen. Soweit die Ansprüche noch nicht fällig sind, wird für sie eine beitragsfreie oder beitragspflichtige Versicherung auf Reichsmark im Teilungsplane berechnet. Dabei kann die ursprüngliche Versicherungsform geändert, der Ablauf bis Ende 1932 hinausgeschoben und eine Gewinnbeteiligung vorgesehen, ausgeschlossen oder neu geregelt werden. Ob eine beitragspflichtige Versicherung in Frage kommt, ist in das Belieben des Versicherungsnehmers gestellt. Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde können im Interesse der Unternehmung Zahlungen aus dem Teilungsplan bis zum 31. 12. 1932 ganz oder teilweise abgelehnt werden. Wenn es sich nur um geringe Leistungen handelt, kann im Teilungsplane angeordnet werden, daß unter Aufhebung des Versicherungsverhältnisses der Aufwertungsanteil dem Bezugsberechtigten auszuzahlen ist.

Der Bestand des Aufwertungsstockes und der Teilungsplan wird durch Genehmigung der Aufsichtsbehörde unter Ausschluß des Rechtsweges festgestellt. Wenn die Unternehmung es beantragt oder wenn bei der Aufsichtsbehörde Bedenken bestehen, erfolgt die Genehmigung im Spruchverfahren in einer zu begründenden Entscheidung. Nach der Genehmigung erhält die Unternehmung den Aufwertungsstock zurück. Für die aufgewerteten Versicherungen sind die neu berechneten Prämienreserven dem Prämienreservfonds zuzuführen.

Wenn bei der Durchführung der Aufwertung im Einzelfalle eine anderweitige Regelung im Interesse der Versicherten angezeigt erscheint, so kann ausnahmsweise von der Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Treuhänder eine entsprechende andere Regelung im Rahmen des § 61 des Aufwertungsgesetzes getroffen werden. Auf Ansprüche aus Lebensversicherungsverträgen mit ausländischen, nicht unter Reichsaufsicht stehenden Unternehmungen kommen die Aufwertungsvorschriften nicht zur Anwendung, es bleibt vielmehr bei den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen.

## § 7. Unfallversicherung.

Literatur: BRIGL, Volks-Unfallversicherung. Halle 1918; EMMINGHAUS, Private Unfallversicherung. Im Handwörterbuch der Staatswissenschaften. 3. Aufl. Jena 1911; HAGEN, Die neuen Versicherungsbedingungen. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft. Bd. 10. 1910; HAGEN, Versicherungsrecht. Leipzig 1922. Abschnitt XX; HASTINGS, History and Development of personel Insurance. London 1922; HILL, Accident Insurance. London 1924; MAC NEILL, A Study of accidents and accident insurance. Boston 1900; MANES, Artikel „Unfallversicherung“ im Versicherungslexikon. 2. Aufl. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. 4. Aufl. Leipzig 1924; MANES, Grundzüge des Versicherungswesens. 4. Aufl. Berlin 1923; MOEBIUS, Kollektiv-Unfallversicherungen der Studierenden an Deutschen Hochschulen. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft. Bd. 12. Berlin 1912; SCHWEIZHÄUSER, Grundzüge des privaten Unfallversicherungsrechts. Assekuranz-Jahrbuch Wien 1921.

1. Geschichtliche Entwicklung. Die ersten Anzeichen dieses Versicherungszweiges lassen sich bereits im 16. Jahrhundert nachweisen. Damals versicherten nämlich bereits die Schiffseigentümer das Leben ihrer Kapitäne gegen Seeunfall. Ihren Ausgangspunkt nahm also diese Versicherungsart in Anlehnung an die Transportversicherung von der Reiseversicherung. Der größeren Ausbreitung standen jedoch Rechtsanschauungen entgegen, so vor allem die Ansicht des römischen Rechts, daß der Körper des freien Menschen in Geld nicht schätzbar sei. In gleicher Richtung wirkten die alten Seerechte, die eine Versicherung der Besatzung gegen Seeunfall als unmoralisch ansahen. Erst im vorigen Jahrhundert griff man beim Aufkommen der Eisenbahnen wieder auf den Gedanken einer Unfallversicherung zurück. Die erste Unfallversicherungsgesellschaft dürfte die Railway Passengers Company vom Jahre 1845 gewesen sein. Sie versicherte jedoch nur gegen Eisenbahnunfälle. Erst in den folgenden Jahren gingen andere Unternehmungen zur allgemeinen Unfallversicherung über. Nahezu gleichzeitig wurde auch in anderen Ländern dieser Versicherungszweig aufgenommen, wobei wir eine entsprechende Entwicklung von der Reiseunfall- zur allgemeinen Unfallversicherung feststellen können.

Die allgemeine Unfallversicherung fand jedoch erst nach dem Reichshaftpflichtgesetz vom 7. 6. 1871 eine größere Verbreitung. In diesem Gesetze wurde die Haftung des Betriebsunternehmers für Betriebsunfälle normiert. Nach dem Gesetze kann sich aber der Unternehmer von der wirtschaftlichen Auswirkung dieser Haftung in gewissen Fällen befreien. Besteht nämlich zugunsten des Arbeitnehmers bei einer Versicherungsanstalt eine Unfallversicherung, bei welcher der Unternehmer mindestens ein Drittel der Prämie bezahlt, so darf er die Versicherungsleistung der Versicherungsanstalt auf die von ihm dem Verunglückten geschuldete Entschädigungssumme anrechnen. Diese Bestimmung, auf der wohl die enge Verknüpfung des Betriebes der Unfall- und Haftpflichtversicherung beruht, war der Auftakt für die Gründung einer ganzen Anzahl neuer Gesellschaften, die hier ein ergiebiges Arbeitsfeld sahen. Neben den für den Betrieb der Unfallversicherung besonders gegründeten Spezialversicherungsgesellschaften nahmen namentlich Lebensversicherungsgesellschaften diesen Geschäftszweig in der Folge auf. Im Vordergrund des Interesses stand somit damals die sogenannte Kollektiv-Unfallversicherung. Als aber im Jahre 1884 die soziale Unfallversicherung durch Einrichtung der Berufsgenossenschaften eingeführt wurde, wurde die bisher betriebene Versicherungsart in weitem Umfange den Privatunternehmungen entzogen. Jetzt wurde für diese die Einzel-Unfallversicherung der wichtigste Geschäftszweig.

2. Arten der Unfallversicherung. Wir haben bisher zwei Arten der Unfallversicherung kennen gelernt, die Einzel-Unfallversicherung und die Kollektiv-Unfallversicherung. Während bei jener bestimmte einzelne Personen gegen die Folgen eines Unfalls versichert werden, ergreift diese in einer Police eine ganze Personengruppe. Im Laufe der Zeit haben beide Versicherungsarten infolge der zunehmenden Konkurrenz wieder eine ganze Reihe von Unterarten ausgebildet. Zur Einzelunfallversicherung gehören vor allem die Reise-Unfallversicherung, die

lebenslängliche Eisenbahn-Unfallversicherung, die Schiffs- und Seereise-Unfallversicherung, die Kraftwagen-Unfallversicherung und die Kinder-Unfallversicherung. Bei der Kollektiv-Unfallversicherung finden wir die Vereins-Unfallversicherung, die Versicherung von Organen oder Angestellten bei Stadtverwaltungen, Kirchengemeinden, Berufsgenossenschaften, Handwerks- und Handelskammern, der Mitglieder von Feuerwehren und Sanitätskolonnen und die Schüler-Unfallversicherung. Von besonderer Bedeutung ist namentlich in der neueren Zeit die Abonnenten-Unfallversicherung geworden, bei der den Abonnenten einer Zeitschrift oder Tageszeitung Versicherungsschutz geboten wird. Die sogenannte Volks-Unfallversicherung, eine Verbindung von Unfall- und Sterbegeld-Versicherung, für die sich mannigfache Ansätze zeigten, ist durch den Krieg nicht zur Entfaltung gelangt.

Wir gehen im folgenden von den von der Aufsichtsbehörde den Verbandsgesellschaften im Jahre 1924 genehmigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Anweisungen in den Prämientarifen aus.

3. Begriff des Unfalls. Sowohl das VVG wie die Reichsversicherungsordnung haben davon abgesehen, eine Definition des Unfalls zu geben. Infolgedessen sehen wir in der Entwicklung bei allen Unternehmungen das Bemühen, den Begriff des Unfalls durch mehr oder minder weitgehende Aufzählungen von Ereignissen, bei denen ein Unfall als vorliegend angenommen wird, zu beschreiben. Nach den Versicherungsbedingungen liegt ein Unfall vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Bedingungen lassen auch noch folgende Ereignisse als Unfälle gelten: Durch plötzliche Kraftanstrengung hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen, Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt ist. Nicht als Unfälle gelten dagegen: Vergiftungen, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten, Gewerbekrankheiten, Erkrankungen infolge physischer Einwirkungen, Gesundheitsschädigungen durch Licht, Temperatur- und Witterungseinflüsse, es sei denn, daß der Versicherte diesen Einflüssen infolge eines Versicherungsfalles ausgesetzt war, Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Radium-, Finsen-, Höhensonnen- und ähnliche Strahlen.

Man sieht ohne weiteres, daß diese Bestimmungen nur ein annäherndes Bild dessen, wogegen die Versicherung Schutz bieten soll, geben können. Nicht zur Bestimmung des Unfallbegriffes als vielmehr zur Festlegung des Umfanges der Versicherung gehören die in den Bedingungen aufgezählten Ausschlüsse, die bei den einzelnen Versicherungsarten verschieden sind, und auf die wir später noch zurückkommen müssen.

4. Durchführung der Unfallversicherung. Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen wird Versicherungsschutz gewährt gegen die Folgen der den Versicherten während der Versicherungsdauer zustößenden Unfälle. Der Versicherte kann infolge des Unfalles vorübergehend arbeitsunfähig werden. Es kann sich aber auch eine dauernde Arbeitsunfähigkeit, ja sogar der Tod des Versicherten als Unfallfolge herausstellen. Wir haben es demnach bei der Unfallversicherung im Gegensatz zu den anderen Versicherungszweigen nicht mit einer einheitlichen, sondern einer zusammengesetzten Versicherung zu tun. Sie umfaßt kurz gesagt eine Todesfall-, eine Invaliditäts- und eine Krankenversicherung in einer einzigen Police. Die Notwendigkeit dieser Ausgestaltung ergibt sich aus den verschiedenen möglichen Unfallfolgen, vor allem aber auch daraus, daß man bei Eintritt eines Schadenfalles noch gar nicht weiß, welche Folge denn tatsächlich eingetreten ist. Oft wird sich sogar die schwerere im Laufe der Behandlung aus der leichteren noch entwickeln. Diese besonderen Verhältnisse haben zu einer ganz eigentümlichen Art der Rückdeckung, zur Rückversicherung nach Maßgabe des höchsten Exzedenten geführt. Nach den Tarifen kann die Versicherung des näheren folgendermaßen genommen werden:

- a) auf den Todesfall;  
 b) auf den Fall dauernder Invalidität, und zwar mit Kapitalzahlung oder Rentenzahlung. Diese kann abhängig gemacht werden vom Alter des Versicherten bei Eintritt des Schadenfalles oder von vornherein als feststehend vereinbart werden;  
 c) auf Tagegelder bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit und  
 d) neben oder an Stelle von c) auf Ersatz der notwendigen Kurkosten.

Todesfallversicherungen sollen nur in Verbindung mit Invaliditätsversicherungen abgeschlossen werden. Die Invaliditätssumme soll mindestens das Doppelte der Todesfallsumme betragen. Das versicherte Tagegeld soll nicht mehr betragen als ein Achtel Promille des für den Todes- und Invaliditätsfall zusammen versicherten Kapitals. Tagegeld und Kurkosten werden allein nicht versichert. Wenn Kurkosten mit versichert werden, soll die hierfür versicherte Summe mindestens 500 M. betragen. In der Praxis haben sich feststehende Summen, die gewöhnlich für die drei Versicherungsarten gewählt werden, herausgebildet.

a) *Die Einzel-Unfallversicherung.* Ausgeschlossen sind von der Versicherung namentlich Unfälle durch Kriegsereignisse, Unfälle bei der Ausführung oder dem Versuche von Verbrechen oder Vergehen, ferner Unfälle durch bürgerliche Unruhen, wenn der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, Beschädigungen des Versicherten bei Heilmaßnahmen und bei Eingriffen, die er an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit Heilmaßnahmen und Eingriffe nicht durch einen Versicherungsfall veranlaßt waren, sowie endlich eine Reihe von Unfällen infolge verschiedener Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, die in den Versicherungsbedingungen aufgezählt sind.

Von ausschlaggebender Bedeutung sind die persönlichen Verhältnisse des Versicherten für die Beurteilung des Risikos. Daher wird die Einzel-Unfallversicherung in der Regel Personen unter 14 und über 65 Jahren nicht gewährt. Weiter werden nicht versichert Personen, die von Geisteskrankheit, völliger Blindheit oder völliger Taubheit, von einer Lähmung durch Schlaganfall, von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen oder durch Unfall oder Krankheit mehr als 60% dauernd arbeitsunfähig geworden sind. Personen, die mit körperlichen Fehlern, Gebrechen oder Krankheiten behaftet sind, werden nur zu einschränkenden Bedingungen versichert, ohne daß sich darüber feste Regeln aufstellen ließen. Die Tarife geben eine Anzahl von Gesichtspunkten an, die zu beachten sind. Gewisse Gebrechen werden auch nur in der Tarifierung berücksichtigt.

Neben der körperlichen Beschaffenheit hängt die Größe des Risikos von dem Beruf oder der Tätigkeit des Versicherten ab. In Betracht kommen auch etwaige Nebenbeschäftigungen und Liebhabereien. Diese Umstände haben nach langer statistischer Beobachtung zur Aufstellung der Gefahrenklassen geführt. Manche Gesellschaften unterscheiden 12, andere 8 Gefahrenklassen. Dabei ist die erste Gefahrenklasse die niedrigste, die achte oder zwölfte die höchste. Ein solcher Tarif für die Einzel-Unfallversicherung mit 8 Gefahrenklassen sieht folgendermaßen aus:

Gefahren-Klasse	Jahresprämie für				
	M. 1000 Tod	M. 1000 Kapitalzahlung	M. 1000 Rentenzahlung	M. 100 feste Rente	M. 1 tägliche Entschädigung
1	0,80	1,60	1,30	2,00	5,60
2	1,00	2,00	1,60	2,50	7,00
3	1,20	2,40	1,90	3,00	8,40
4	1,40	2,80	2,25	3,50	9,80
5	1,60	3,20	2,55	2,00	11,20
6	2,00	4,00	3,20	5,00	14,00
7	2,80	5,60	4,50	7,00	19,60
8	3,60	7,20	5,75	9,00	25,20



Die Tarifprämien sind Jahresprämien. Bei 5jährigem Abschluß wird ein Rabatt gewährt, während bei Zahlung in halb- oder vierteljährlichen Raten Zuschläge zu entrichten sind. Bei Versicherungen unter einem Jahr werden besondere Prämienstaffeln angewendet. Die Mindestprämie beträgt aber immer ein Viertel der Jahresprämie.

Die Prämie für die Mitversicherung der Kurkosten ist in allen Gefahrenklassen gleich. Sie beträgt z. B. bei 500 M. Versicherungssumme 30 M. und steigt auf 500 M. bei einer Versicherungssumme von 20000 M. Wird der Beginn des Bezuges von Tagegeld hinausgeschoben, so tritt eine Ermäßigung der Prämienätze ein.

Von besonderer Bedeutung sind in der Praxis die Begriffe des kaufmännischen und technischen Leiters, des aufsichtsführenden und mitarbeitenden Meisters wegen der Einordnung der betreffenden Personen in die Gefahrenklasse. Die Tarife bestimmen auch diese Begriffe. Grundsätzlich sind sämtliche Sportgefahren in die Versicherung eingeschlossen. Besondere Vereinbarung ist aber erforderlich für die Ausdehnung der Versicherung auf Unfälle bei Luftfahrten, Beteiligungen an Preis-, Wettbewerbs-, Zuverlässigkeits- und Tourenfahrten mit Kraftfahrzeugen und für andere außergewöhnliche Sportbetätigungen.

Dieser Aufbau der Unfallversicherung läßt es begreiflich erscheinen, wenn die Bedingungen verlangen, daß Änderungen in der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten unverzüglich anzuzeigen sind. Solche Änderungen sind ohne Einfluß auf den Fortbestand der Versicherung, wenn der Versicherer für den neuen Beruf oder die neue Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewährt. Sie sind aber von Einfluß auf die Prämie. Ergibt sich nach der Gefahränderung eine niedrigere als die bisherige Tarifprämie, so ist vom nächsten Fälligkeitstage an nur noch diese zu zahlen. Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird für einen Monat von dem Zeitpunkte, an welchem die Änderung anzuzeigen gewesen wäre, auch für die erhöhte Gefahr der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt nach diesem Monat ein durch die Gefahrerhöhung bedingter Unfall ein und hat man sich über die Mehrprämie noch nicht geeinigt, so bemessen sich die Versicherungsleistungen nach den im Verhältnis der jetzt erforderlichen zu der bisherigen Prämie herabgesetzten Versicherungssummen. Würde also der Versicherte neuerdings statt in Klasse 2 in Klasse 4 einzureihen sein, so wären bei einer Versicherung von 1000 M. im Todesfalle jetzt nur 500 M. von der Gesellschaft zu zahlen. Eine Verschlechterung in den Gesundheitsverhältnissen des Versicherten ist im allgemeinen ohne Einfluß auf den Fortbestand der Versicherung.

Die Leistungen des Versicherers sind naturgemäß verschieden nach den mehrfachen Unterarten, die die Unfallversicherung in sich schließt.

Im Falle der vorübergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Es wird nach dem Grade der Beeinträchtigung abgestuft. Maßgebend für die Bemessung des Grades ist die Berufstätigkeit und Beschäftigung des Versicherten. Ist die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt worden, so werden die notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung, äußerstens in Höhe des Tagegeldes ersetzt. Wird geltend gemacht, daß auch nach Abschluß der ärztlichen Behandlung die Arbeitsfähigkeit noch beeinträchtigt sei, so ist die weitere Leistung von einer laufenden ärztlichen Bescheinigung abhängig. Alle Leistungen werden aber höchstens für ein Jahr, vom Unfalltage an gerechnet, gewährt.

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an, daß eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zurückbleibt, so wird Entschädigung nach der Invaliditätsfallsumme und dem Invaliditätsgrade gewährt. Als feste Invaliditätsgrade werden dabei unter Ausschluß des Nachweises eines höheren oder geringeren Grades angenommen:

a) bei vollständigem Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit	
eines Armes oder einer Hand . . . . .	60%
eines Beines oder eines Fußes . . . . .	50%
eines Daumens . . . . .	20%
eines Zeigefingers . . . . .	10%
eines anderen Fingers . . . . .	5%
einer großen Zehe . . . . .	5%
einer anderen Zehe . . . . .	2%
b) bei gänzlichem Verlust der Sehkraft beider Augen . . . . .	
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges . . . . .	100%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits verloren war . . . . .	30%
bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf beiden Ohren . . . . .	50%
bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf einem Ohr . . . . .	60%
sofern jedoch das Gehör auf dem andern Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits verloren war . . . . .	15%
	30%

Bei teilweisem Verluste oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Sinnesorgane werden diese Sätze entsprechend herabgesetzt. Werden mehrere Körperteile oder Sinnesorgane gemeinsam betroffen, so werden die Sätze zusammengerechnet. Es wird aber selbstverständlich nie mehr als 100% angenommen. Läßt sich der Invaliditätsgrad nach dieser Gliedertaxe nicht bestimmen, so wird in Betracht gezogen, wieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch eine Tätigkeit zu erzielen, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann.

Tritt endlich innerhalb eines Jahres vom Unfall der Tod ein, so wird Entschädigung nach der Todesfallsumme geleistet. Auf diese Leistung werden aber die für Invalidität erfolgten Zahlungen angerechnet.

Außerdem werden in gewissem Umfange Untersuchungskosten, Kosten für ärztliche Zeugnisse und für die Besichtigung und Sektion vom Versicherer getragen. Dagegen erfolgt eine Einschränkung der Leistungen u. a., wenn zur Herbeiführung des Versicherungsfalls auch noch Krankheiten und Gebrechen mitgewirkt haben, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Bestand schon vor dem Unfall Invalidität, so wird von der jetzt vorhandenen Gesamtinvalidität die vorher vorhandene Invalidität abgezogen, soweit nicht in der Gliedertaxe abweichende Bestimmungen vorgesehen sind. Für psychische oder nervöse Störungen wird eine Leistung nur gewährt, wenn und soweit die Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Sind Kurkosten mitversichert, so werden die innerhalb eines Jahres nach dem Unfälle erwachsenden notwendigen Kosten des Heilverfahrens und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zu dem vereinbarten Gesamtbetrage ersetzt. Ausgeschlossen sind Kosten für Nahrungs- und Genußmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Voraussetzung für die Leistung des Versicherers ist die Erfüllung der vorgeschriebenen Obliegenheiten. Zunächst ist der Unfall unverzüglich anzuzeigen. Ist der Tod eingetreten, so hat die Anzeige sogar telegraphisch zu erfolgen. Weiter ist der Versicherte verpflichtet, sich untersuchen zu lassen und den vom Arzte getroffenen zur Heilung dienlichen Anordnungen Folge zu leisten. Die Gesellschaft ist verpflichtet, sich, soweit Tagegeld oder Todesfallsumme beansprucht werden, spätestens binnen eines Monats, soweit Invaliditätsentschädigung beansprucht wird, binnen dreier Monate darüber zu erklären, ob und inwieweit eine Entschädigungspflicht anerkannt wird. Diese Fristen beginnen je mit Eingang der von dem Ansprucherhebenden vorzulegenden Nachweise über den Abschluß des Heilverfahrens und

die Unfallfolgen. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten entscheidet eine von den Parteien eingesetzte Ärztekommision. Die Zahlung erfolgt binnen zweier Wochen, nachdem die Entschädigung festgestellt ist.

Im Falle der Invalidität steht der Gesellschaft, soweit es sich nicht um Gliederverluste handelt, das Recht zu, nach erfolgter Feststellung die Auszahlung des Kapitals auf drei Jahre, vom Abschluß der ärztlichen Behandlung an gerechnet, auszusetzen. Nach Ablauf dieser Frist wird die nunmehr auszuzahlende Kapitalentschädigung nach dem für diesen Zeitpunkt festgestellten Invaliditätsgrade bemessen. Für die Zwischenzeit werden sechs Prozent aus dem, dem jeweils festgesetzten Invaliditätsgrade entsprechenden Kapitalbetrag entrichtet, und zwar von dem Tage, an dem die Zahlung des Tagegeldes aufhört, oder vom Tage des Abschlusses der ärztlichen Behandlung an. Die Zahlung dieser Zinsen erfolgt je nach Ablauf von drei Monaten. Stirbt der Versicherte, ehe die Kapitalentschädigung gezahlt ist, so hat die Gesellschaft, sofern nicht Entschädigung für den Fall des Todes zu leisten ist, die letztmalig festgestellte Kapitalentschädigung zu zahlen.

Auf Verlangen des Versicherungsnehmers werden frühestens nach Ablauf je eines Monats Vorschüsse auf das Tagegeld geleistet.

Besondere Bestimmungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen noch für Rentenzahlungen im Invaliditätsfalle getroffen, auf die wir des näheren nicht eingehen können. Anführen möchten wir nur noch die Tabelle für Versicherungen mit vom Lebensalter abhängiger Rente. Für eine Invaliditätssumme von 1000 M. ergeben sich folgende Rentenbeträge:

Alter Jahre	Betrag der Rente M.	Alter Jahre	Betrag der Rente M.	Alter Jahre	Betrag der Rente M.	Alter Jahre	Betrag der Rente M.
bis 20	54,17	32	60,56	44	71,64	56	90,36
21	54,55	33	61,30	45	72,84	57	92,51
22	54,95	34	62,08	46	74,08	58	94,79
23	55,36	35	62,87	47	75,38	59	97,23
24	55,80	36	63,71	48	76,74	60	99,86
25	56,27	37	64,58	49	77,99	61	102,66
26	56,77	38	65,47	50	79,66	62	105,69
27	57,31	39	66,40	51	81,21	63	108,91
28	57,88	40	67,37	52	82,86	64	112,38
29	58,49	41	68,43	53	84,59	65	116,12
30	59,14	42	69,42	54	86,42	66	120,—
31	59,83	43	70,51	55	88,48	und darüber	

Im großen und ganzen stimmen alle Arten der Einzelunfallversicherung mit den bis jetzt behandelten Bedingungen überein. Diese werden nur von Fall zu Fall auf die typischen besonderen Gefahren noch jeweils abgestimmt. Wir finden daher in den Tarifen und Bedingungen eine große Anzahl Klauseln. Von größerem Interesse ist vielleicht die folgende für Ärzte, Zahnärzte usw. über die Einschließung der Infektionsgefahr, die zugleich die Erweiterung des Versicherungsschutzes im einzelnen Fall zeigt. „Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befunde oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, daß die Krankheitserreger durch einen Defekt der äußeren Haut — gleichviel, wie dieser entstanden sein mag — oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.“

Eine besondere Abart stellt die Versicherung mit Prämienrückgewähr dar. Bei ihr ist der Versicherer verpflichtet, die eingezahlten Prämien ohne Zinsen und einen etwaigen Zuschlag für unterjährige Entrichtung der Prämie beim Tode

des Versicherten, spätestens aber nach Vollendung eines vereinbarten Lebensjahres ohne Abzug für etwa geleistete Entschädigungen zurückzuerstatten. Um den Anspruch zu begründen, muß aber die Versicherung wenigstens 3 Versicherungsjahre bestanden haben. Kündigt der Versicherungsnehmer, so kann die Versicherung als gewöhnliche Unfallversicherung weiterlaufen. Sobald das Recht auf Prämienrückgewähr erworben ist, kann der Versicherungsnehmer von der Gesellschaft zum Schlusse des Versicherungsjahres die Ablösung der Rückgewährverpflichtung durch Zahlung des Rückkaufwertes verlangen. Dieser beträgt 75% des nach besonders genehmigten Grundlagen berechneten Deckungskapitals. Auf Antrag des Versicherungsnehmers gewährt die Gesellschaft bis zur Höhe des Rückkaufwertes Vorauszahlungen, wodurch sich alle ihre Verpflichtungen aus der Rückgewährversicherung um den im voraus gezahlten Betrag verringern. Der Versicherungsnehmer ist wie bei der Lebensversicherung zur Verzinsung der empfangenen Vorauszahlung verpflichtet.

b) Die *Kollektiv-Unfallversicherung*. Die für die Einzel-Unfallversicherung aufgestellten Bestimmungen finden sinngemäß auch auf die Kollektivversicherung Anwendung. Kollektiv-Unfallversicherungen sind zulässig bei Versicherungen des gewerblichen und kaufmännischen Personals durch die Arbeitgeber, bei Versicherung bestimmt begrenzter Personenkreise nach den Sondertarifen für besondere aus der Zweckbestimmung der Vereinigung sich ergebenden Gefahren, und in allen sonstigen Fällen, wo eine Mehrheit von Personen, Unternehmungen oder Körperschaften durch einen Versicherungsvertrag versichert wird, dessen Parteien der Versicherer und die betr. Personenvereinigung als solche sind.

Kollektiv-Versicherungsverträge dürfen mit Vereinigungen nur abgeschlossen werden, wenn es sich um Angehörige des gleichen Berufs oder einer wirtschaftlichen Interessengruppe oder um die Versicherung gegen gleichartige Gefahren handelt. Voraussetzung ist dabei, daß bei Vereinigungen bis zu 50 Mitgliedern sämtliche Mitglieder, bei allen anderen 10%, mindestens aber 50 Mitglieder gleichzeitig versichert werden.

Die Prämie ist vom Versicherungsnehmer an den Versicherer abzuführen, also nicht von den einzelnen Versicherten. Der Versicherungsnehmer ist dem Versicherer für den Eingang der Prämie haftbar. Der Vertrag muß alle Merkmale eines Versicherungsvertrages enthalten, d. h. es muß mit dessen Abschluß unmittelbar eine Mehrzahl von Einzelpersonen versichert werden und ein dementsprechender Anspruch auf Prämie mit einheitlichem Prämienfälligkeitstermin der einzelnen Versicherungen für die Mitglieder der Personenvereinigung entstehen. Die Versicherungsansprüche der Mitglieder müssen sich ebenfalls unmittelbar aus dem Vertrage ergeben. Mantelverträge, auf Grund deren einzelne Versicherungsverträge abgeschlossen werden sollen, erfüllen diese Voraussetzung nicht.

Bei Versicherung besonderer kurzfristiger Gefahren oder über einen größeren Personenkreis werden bei der Prämienberechnung Nachlässe gewährt.

Die Kollektiv-Rabatte dürfen bei allen Kollektiv-Versicherungsverträgen nur nach der wirklichen Zahl der Versicherten, nicht nach der Mitgliederzahl berechnet werden.

Die Kollektiv-Versicherung kennt außerdem noch eine ganze Reihe von Sondertarifen für bestimmte Arten dieser Versicherungsform. Bei diesen besonderen Arten werden ebenso wie bei der Einzel-Unfallversicherung die Bedingungen jeweils auf die besonderen typischen Gefahren zugeschnitten.

Nicht aufnahmefähig und trotz für sie geleisteter Prämienzahlung nicht versichert sind Personen, welche von Geisteskrankheit, völliger Blindheit oder völliger Taubheit, von einer Lähmung durch Schlaganfall, von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen oder durch Unfall oder Krankheit mehr als 60% dauernd arbeitsunfähig sind. Für solche nicht versicherungsfähige Personen bezahlte Prämien werden in Höhe von 75% zurückerstattet.

Die Versicherung kann mit und ohne Namensangabe der zu versichernden Personen abgeschlossen werden. Ohne Namensangabe ist die Versicherung nur zulässig, wenn sämtliche Beamten oder Arbeiter eines Betriebes oder sämtliche Mitglieder eines Vereins oder sämtliche Angehörige eines bestimmt zu bezeichnenden Personenkreises versichert werden, und zwar mit gleichen Versicherungssummen. Dabei sind die zu versichernden Personen so zu bezeichnen, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Beschädigten zu dem versicherten Personenkreis entstehen kann. Der Versicherungsnehmer hat geordnete Listen über die Versicherten zu führen und auf Aufforderung die Zahl der in der verfloßenen Zeit versichert gewesenen Personen anzugeben. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Auf Grund der so festgestellten Kopfzahl der Versicherten erfolgt dann die Prämienberechnung.

Bei der Versicherung mit Namensangabe ist jeder Personenwechsel anzumelden. Noch nicht versicherte Personen können jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie bei den Versicherten. Der Versicherer hat aber das Recht, die Versicherung des einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen.

Die Kollektiv-Versicherung erlischt, wenn das Unternehmen, auf welches sich die Versicherung bezog, aufgelöst wird. Die Versicherung des einzelnen Versicherten erlischt mit seinem Ausscheiden aus dem Dienst oder der Mitgliedschaft der versicherten Vereinigung, oder wenn seine Invalidität erstmalig festgestellt ist.

## § 8. Die Krankenversicherung.

Literatur: BLEICHER, Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M. H. 4: Frankfurter Krankheitstafeln, Untersuchungen über Erkrankungsgefahr und Erkrankungshäufigkeit nach Alter, Geschlecht, Zivilstand und Beruf auf Grund des Materials der Ortskrankenkasse zu Frankfurt a. M. Frankfurt 1900; HEYM, Einige Bemerkungen aus den Akten der Leipziger Krankenkasse von ihrer Begründung im Juni 1855 bis zum Schluß des Jahres 1858; HEYM, Die Kranken- und Invalidenversicherung. Leipzig 1863; HEYM, Anzahl und Dauer der Krankheiten in gemischter Bevölkerung. Leipzig 1884; LOEWY, Grundlagen der Krankenversicherung. Jahrbuch der Versicherungsmathematik. Berlin 1914; MANES, Versicherungswesen. Berlin 1924; RENFER, Beiträge zur Krankenversicherung. St. Gallen 1912.

I. 1. Begriff der Krankenversicherung. Unter der Bezeichnung Krankenversicherung faßt man die Versicherungen zusammen, welche dem Versicherungsnehmer die Leistung einer bestimmten Entschädigung für den Fall gewährt, daß er infolge Krankheit oder Unfall ärztliche Hilfe benötigt oder daß der Tod eintritt. Ihr Hauptanwendungsgebiet hat die Krankenversicherung in der Sozialversicherung, in der sie zwangsweise genommen werden muß. Sie hat insoweit ihre Regelung in der Reichsversicherungsordnung gefunden, in der auch der Kreis der versicherungspflichtigen Personen genau umschrieben ist. Dieser Zweig der Krankenversicherung hat in der vorliegenden Betrachtung auszuscheiden. Die private Krankenversicherung kennzeichnet sich daher vor allem dadurch, daß nur solche Personen versichert werden, welche der gesetzlichen Krankenversicherung nicht angehören.

2. Technische Unterlagen. Da es sich um eine Personenversicherung handelt, bei der Ersatz für Ereignisse, die das Leben oder die Gesundheit des Versicherten betreffen, in Frage kommt, ist schon von vornherein ersichtlich, daß die Krankenversicherung auf ähnlichen Grundlagen wie die Lebensversicherung beruhen muß. Als Grundlagen sind daher erforderlich eine Tafel der Krankheitsdauer und eine Absterbeordnung. Die Tafel der Krankheitsdauer gibt an, wieviel Tage eine Person eines bestimmten Lebensalters durchschnittlich im Laufe eines Jahres krank ist. Dabei versteht man unter Kranksein entweder einen Zustand, der Aufwendungen für ärztliche Hilfe erforderlich macht, oder doch wenigstens einen

Zustand, bei dem die betreffende Person ihren Beruf nicht ausüben kann. Man hat derartige Krankheitstafeln aus dem Material verschiedener Unternehmungen, namentlich von Ortskrankenkassen zusammengestellt. In der gleichen Weise, wie wir dies schon bei den Sterbetafeln gesehen haben, steigt auch in den Krankheitstafeln mit zunehmendem Alter das Risiko. Daraus ergibt sich wieder ebenso wie bei der Lebensversicherung die ausschlaggebende Bedeutung des Alters der versicherten Person im Zeitpunkte des Abschlusses der Versicherung. Gleichzeitig muß aus dieser Erscheinung wieder die gleiche Folgerung wie bei der Lebensversicherung gezogen werden. Auch bei der Krankenversicherung ist die Versicherung zu gleichbleibenden Prämien üblich. Infolgedessen müssen die Unternehmungen in den ersten Jahren der Versicherung Prämien erheben, die höher sind, als das Risiko sie bedingt. Mit anderen Worten, es muß auch bei der Krankenversicherung eine Prämienreserve gebildet werden.

Die Aufstellung der Tarife erfolgt so, daß man in den Rechnungsunterlagen von einem fiktiven Versicherungsbestande ausgeht. Wenn man weiß, daß von diesem Bestande die Personengruppe eines bestimmten Lebensalters eine gewisse Anzahl von Tagen im Jahre krank ist, so kann man sehr leicht auf eine Einheit der Entschädigungsleistung den Gesamtbetrag ausrechnen, den die Unternehmung für jeden Tag zu zahlen haben wird und den nach dem Grundsatz der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung die Versicherungsnehmer aufzubringen haben. Ganz so einfach, wie es danach scheint, liegen aber die Verhältnisse in Wirklichkeit nicht. Die rechnerischen Grundlagen sind, wie bereits erwähnt, meist aus dem Material der Ortskrankenkassen genommen. Einmal herrscht bei ihnen Versicherungszwang, so daß von vornherein eine große Ausdehnung des Versicherungsbestandes gegeben ist. Weiter, und das ist das Wichtigere, ist bei ihnen der Bestand infolge der sozialen Lage der Versicherten ziemlich gleichmäßig zusammengesetzt, was bei der privaten Krankenversicherung meist nicht oder wenigstens nicht in diesem Umfange der Fall ist. Aber auch bei dem Bestande der Ortskrankenkassen haben sich Unterschiede ergeben. Aus der Statistik ergibt sich nämlich ein wesentlicher Unterschied in der Krankheitsdauer bei männlichen und weiblichen Versicherten. Bis zum Alter von 54 Jahren liegt bei den männlichen Versicherten die Krankheitsdauer nicht unwesentlich unter der für weibliche Versicherte. Vom 55. Lebensjahre an kehrt sich dieses Verhältnis aber vollständig um. Daraus ergeben sich zunächst zwei Tarifklassen, eine für männliche und eine für weibliche Versicherte. Entsprechend dem größeren Risiko in den Anfangsjahren der Versicherung muß dann aber auch der Prämienatz für die weiblichen Versicherten höher sein als für die männlichen Versicherten. Wenn man weiter die Krankheitsdauer der Versicherungspflichtigen und der freiwillig versicherten Mitglieder miteinander vergleicht, so ergibt sich für die freiwillig Versicherten eine ganz beträchtlich längere Krankheitsdauer im Jahre als für die Pflichtversicherten. Merkwürdigerweise zeigen die Krankheitsdauern der freiwillig versicherten männlichen und weiblichen Versicherten jedoch nicht die oben erwähnte Abweichung in so starkem Maße für die weiblichen Versicherten. Gerade aus den Kreisen der nicht Versicherungspflichtigen setzt sich der Bestand bei der privaten Krankenversicherung zusammen. Ihre Prämien werden daher höher sein müssen als die Beiträge bei der Sozialversicherung.

Weiter sind von Einfluß auf die Krankheitsdauer Beruf und Wohnort des Versicherten. Ganz besonders wesentlich ist aber, welche Ausdehnung dem Begriffe der Krankheit nach den Bedingungen gegeben wird. Nicht zu vergessen ist, daß die Unternehmungen, die die Krankenversicherung betreiben, eine sehr eingehende Kontrolle ihrer Mitglieder ausüben müssen, um einen Mißbrauch der Versicherung zu vermeiden. Auf den Einfluß einer ärztlichen Untersuchung bei der Eingehung der Versicherung brauchen wir, da wir ihn schon aus der Lebensversicherung kennen,

nur hinzuweisen. Das gleiche gilt für die Bedeutung der Karenzzeit. In gleicher Weise sind alle die schon bei der Lebensversicherung behandelten Umstände, welche den Umfang des Risikos dort beherrschen, auch hier von Wichtigkeit. Bei der Krankenversicherung ist aber der Zuschlag für Verwaltungskosten zur Prämie wegen der ausgedehnten Kontrolleinrichtungen höher als bei jedem anderen Versicherungsweige.

3. Durchführung der Krankenversicherung. Der Versicherungsantrag soll Aufschluß über den Gesundheitszustand des Versicherten geben. In der Praxis findet sich ein Versicherungsabschluß mit und ohne vorhergegangene ärztliche Untersuchung. Versicherungsfähig sind nur gesunde Personen, die zudem ein bestimmtes höchstes Lebensalter noch nicht überschritten haben. Dieses schwankt zwischen 60 und 65 Jahren und ist weiter nach der Art der abzuschließenden Versicherung hinsichtlich der Versicherungsleistung verschieden. Kranke oder mit einem Gebrechen behaftete Personen können dann versichert werden, wenn sie mit dem vorübergehenden oder dauernden Ausschluß der vorhandenen Krankheiten oder Gebrechen einverstanden sind. Es ist ein Grundsatz der Krankenversicherung, daß Krankheiten und Gebrechen, die zur Zeit des Beginns der Versicherung bestanden haben, die vor Ablauf der Wartezeit eintreten oder die in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhange mit einer in der Wartezeit oder vor Beginn der Versicherung vorhanden gewesenen Krankheit stehen, keinen Anspruch begründen, und zwar auch dann nicht, wenn sie nach Ablauf der Wartezeit noch nicht behoben sind. Nach den Bedingungen hat zum Schutze der Unternehmungen gegen einen Mißbrauch der Versicherung der Versicherte den Nachweis zu führen, daß nach Ablauf der Wartezeit auftretende Gebrechen oder Krankheiten weder bei Beginn der Versicherung noch vor Ablauf der Wartezeit vorhanden waren, aber nur dann, wenn die Krankheit innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Wartezeit auftritt.

Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein festgesetzten Zeitpunkt. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt aber erst nach Ablauf der im Versicherungsschein vorgesehenen Wartezeit. Abgesehen ist bei dieser Bemerkung noch davon, daß selbstverständlich die Prämie vom Versicherungsnehmer pünktlich bezahlt wird. Ist das nicht der Fall, so ruht die Haftung des Versicherers unter den im VVG vorgesehenen Voraussetzungen. Sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, erwirbt der Versicherungsnehmer den Anspruch auf die Hauptentschädigungsleistung mit dem Ablaufe der dreizehnten Woche nach Beginn der Versicherung. Für Nebenleistungen werden besondere Wartezeiten vereinbart. Bei nachweisbar gesunden Personen kann durch Rückdatierung der Police die Wartezeit meist bis zu zwei Monaten abgekürzt werden. Ist im Versicherungsschein aber ein späterer Versicherungsbeginn festgesetzt, so laufen die Wartezeiten erst von diesem Zeitpunkte an. Krankenversicherungen ganz ohne Wartezeiten dürfte es kaum geben.

Die Versicherung kann auf eine bestimmte oder unbestimmte Zeit geschlossen werden. Meist wird auch ein räumliches Geltungsgebiet für die Versicherung vereinbart. Sie ist meist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb Deutschlands besteht eine Entschädigungspflicht der Gesellschaft nur dann, wenn sie ausdrücklich im Vertrage vereinbart worden ist. Durch den Eintritt des Versicherten in den Heeresdienst sowie bei aktiver Teilnahme an bürgerlichen Unruhen oder kriegerischen Ereignissen wird die Versicherung in der Weise unterbrochen, daß sowohl die Haftung der Gesellschaft als auch die Prämienverpflichtung des Versicherers ruht, bis sich die Parteien über die Fortsetzung der Versicherung verständigt haben. Andere Bedingungen schließen nur einen Anspruch auf die Versicherungsleistung für derartige Erkrankungen aus. Teilweise sind auch Verletzungen und Erkran-

kungen in unmittelbarer Folge von Unfällen bei der Benutzung von Flugzeugen oder sogar von Kraftfahrzeugen, die nicht dem öffentlichen Fuhrbetriebe dienen, von der Deckung ausgeschlossen.

4. Als Arten der Krankenversicherung kann man unterscheiden die Versicherung

- a) nur für Ersatz der Arzt-, Medizin- und Krankenhauskosten,
- b) nur für Tagesentschädigung (Krankengeld),
- c) nur für Medizinkosten.

Es ist dem Versicherungsnehmer freigestellt, welche Art der Versicherung er abschließen will. Er kann auch nach vorhergegangener Vereinbarung von einer Art zur anderen übergehen. Vielfach werden aber weibliche Personen nicht für Tagegeld versichert.

Der Umfang der Leistungen schwankt bei den einzelnen Unternehmungen zum Teil recht beträchtlich. Wir legen im Folgenden die Versicherungsbedingungen einer größeren Aktiengesellschaft zugrunde. Vorher ist aber noch hervorzuheben, daß, soweit wir sehen können, keine Unternehmungen vollen Ersatz der vom Versicherten aufzuwendenden Unkosten gewährt. Mit einem bestimmten, vertraglich vereinbarten Teil muß der Versicherte vielmehr an den Unkosten beteiligt bleiben. Die Höhe dieser Anteile schwankt zwischen 15% und 30%. Sie drückt sich naturgemäß auch wieder im Prämiensatz aus.

a) Die Bedingungen sehen bei der *Versicherung des Ersatzes der Arzt-, Medizin- und Krankenhauskosten* Leistungen einmal in tarifmäßiger Höhe und weiter in freiwilliger Höhe aus den Überschüssen vor.

In tarifmäßiger Höhe werden die ärztlichen und fachärztlichen Kosten ersetzt, und zwar in Höhe von 75% oder 85%, je nach dem Tarif, zu welchem die Versicherung abgeschlossen worden ist. Alle Behandlungsarten, soweit sie von approbierten Ärzten ausgeführt werden, können nach freier Wahl zur Heilung benutzt werden. Sind aber die berechneten Arztkosten (auch bei Inanspruchnahme von Autoritäten) so hoch, daß sie für eine Beratung oder einen Besuch das Vier- oder Fünffache und bei Sonderleistungen das Zweifache der Mindestsätze der Allgemeinen Gebührenordnung für Ärzte übersteigen, so werden die Entschädigungen höchstens von diesem Betrage berechnet. Gleichzeitige Behandlung durch mehrere Ärzte bei derselben Krankheit ist nur mit Genehmigung der Gesellschaft bei Bescheinigung der Notwendigkeit durch den behandelnden Arzt zulässig. Im allgemeinen muß der Arzt in seiner Sprechstunde aufgesucht werden. Die Wahl des Arztes steht dem Versicherten frei.

Nach sechsmonatiger Wartezeit wird für neueintretende Zahnbehandlung und Zahnerkrankung eine Entschädigung in begrenztem Umfange gewährt. Für Zahnersatz besteht eine zwölfmonatige Wartezeit. Dentisten müssen von der Gesellschaft zugelassen werden. Eine vorbeugende Zahnpflege und Richtung von Zähnen fällt nicht unter die Versicherung.

Bei dem Ersatz der Medizinkosten werden die Kosten ärztlich verordneter Arzneimittel zur Behebung eines Krankheitszustandes nach Einreichung der auf den Namen des Versicherten lautenden ärztlichen Verordnung in voller Höhe erstattet. Nähr-, Stärkungs- und Heilmittel fallen nicht unter die tarifmäßigen Leistungen der Gesellschaft. Für sie können aber freiwillige Zuschüsse gewährt werden, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt und die Versicherung wenigstens ein Jahr schadenfrei verlaufen ist. Die Kosten für ärztlich verordnete kleinere Heilmittel in einfacher Ausführung werden tarifmäßig bis zur Höhe von 60% ersetzt.

Bei einer ärztlich verordneten Krankenhausbehandlung werden je nach dem zugrunde liegenden Tarif die Verpflegungskosten der 3. oder 2. Klasse an



Stelle aller anderen Leistungen in einem vom Versicherer bezeichneten oder öffentlichen Krankenhause ersetzt. Daneben werden besonders berechnete Arzt- und Arzneikosten, wie bereits behandelt, Operationskosten jedoch nur mit 50% oder 75% ersetzt. Außerdem ist für diese letzteren Leistungen noch ein Höchstbetrag festgesetzt. Wenn der Versicherte sich in einer höheren Klasse oder einem anderen Krankenhause behandeln läßt, so muß er die Mehrkosten selbst tragen. Die Kosten für einen Landaufenthalt oder einen Aufenthalt in Bädern, Kurorten, Sanatorien fällt nicht unter die Versicherung.

Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres wird eine Wochenhilfe gewährt, die je nach der Zeitdauer, für welche die Versicherung bereits besteht, an Höhe zunimmt. Aber auch wenn ein Unfall die Ursache ist, gelten Wochenbett-, Früh- und Fehlgeburten sowie Schwangerschaftsbeschwerden nicht als Krankheiten im Sinne der Versicherung und begründen somit keinen Anspruch auf Leistungen.

Endlich wird noch nach einjähriger Versicherungsdauer Sterbegeld gewährt. Seine Höhe hängt von dem gewählten Tarif und der Zeitdauer, für welche die Versicherung bereits bestand, ab. Auch für diese Leistungen ist in den Bedingungen ein Höchstbetrag vorgesehen. Kein Sterbegeld wird für Personen bis zu 7 und über 60 Jahre gewährt, es sei denn, daß diese vor dem Ablauf des 60. Lebensjahres in die Versicherung eingetreten sind. Für Kinder von 8 bis 15 Jahren wird die Hälfte des Sterbegeldes bezahlt. Ein Anspruch besteht nicht bei Selbstmord, wenn nicht die Versicherung mindestens ein Jahr bestanden hat oder der Nachweis eines die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustandes krankhafter Störung der Geistestätigkeit erbracht wird, sowie bei Tod durch Kriegsereignisse.

Neben den Kostenzuschüssen für ärztlich verordnete Heilmittel aus den Überschüssen kann noch eine Erholungsbeihilfe für versicherte Kinder nach einjähriger Versicherungsdauer gewährt werden.

b) *Krankengeld* wird immer nur nach Ablauf einer Wartezeit gewährt. Sie beträgt im allgemeinen 13 Wochen. Die Versicherungsleistung wird vom Beginn des dritten auf den Tag der Erkrankung folgenden Tages unter Einschluß der Sonn- und Feiertage gewährt. Die Dauer, für welche es gewährt wird, richtet sich nach der bisher schon abgelaufenen Versicherungszeit. Die Bedingungen sehen bei einer Versicherungsdauer von 13 Wochen ein Krankengeld für 13 Wochen, bei einer Versicherungsdauer von ein, zwei oder drei Jahren ein solches für 15, 20 und 26 Wochen vor. Als unmittelbare Fortsetzung desselben Krankheitsfalles gilt es, wenn ein Versicherter innerhalb einer Frist von 13 Wochen vom letzten Krankheits-tage ab, für den Entschädigung gewährt worden ist, wieder von der gleichen Krankheit betroffen wird. Krankengeld wird aber nur gewährt, wenn völlige Erwerbsunfähigkeit gegeben ist. Sie liegt dann vor, wenn der Versicherte seine gewöhnliche berufliche Tätigkeit nicht ausüben kann, wenn er also weder mitarbeitend noch leitend oder aufsichtsführend in seinem Berufe tätig sein kann.

Das Krankengeldrisiko ist wohl das schwerste, welches von der Gesellschaft übernommen werden kann. Das gilt namentlich bei der Versicherung solcher Personen, die während ihrer Krankheit keinen Verdienstaufschlag erleiden. Sie stehen sich infolgedessen während der Dauer der Krankheit vielfach besser als in gesunden Tagen. Die Unternehmungen suchen durch einen ausgedehnten Überwachungs-dienst gerade hier einem Mißbrauche der Versicherung zu begegnen. Vor allem ist darauf zu achten, daß die versicherten Beträge sich in einer angemessenen Höhe halten.

Neben dem Krankengeld wird auch bei dieser Versicherungsart Sterbegeld in dem oben behandelten Umfange gewährt.

c) Die *Versicherung nur für Medizinkosten* stellt sich lediglich als ein entsprechender Ausschnitt aus der unter a) behandelten Versicherungsart dar.

Außer diesen Leistungen werden vielfach noch gewisse Sonderleistungen gewährt. Sie werden meist aus dem Gewinn-Reservefonds entrichtet. Außerdem ist aber auch meist noch die Unfallgefahr prämienfrei mit eingeschlossen, und zwar für die unter *a)* und *c)* behandelten Versicherungsarten vom Tage der Aushändigung des Versicherungsscheins an für Unfälle in der Wartezeit bis 13 Wochen Entschädigungsdauer, für Unfälle nach Ablauf der Wartezeit bis 26 Wochen Entschädigungsdauer. Diese Regelung gilt auch für die Versicherung von Krankengeld. Andererseits wird die Entschädigungsleistung aber auch wieder eingeschränkt. Versicherte, die sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch Trunkenheit oder schuldhaftige Beteiligung bei Schlägereien zugezogen haben, oder infolge grober Fahrlässigkeit einen Unfall erleiden, können für die Dauer der Krankheit oder für den Unfall keine Entschädigungsansprüche stellen. Das gleiche gilt für Geisteskrankheiten und deren Folgen, sowie für Unfälle infolge berufsmäßigen Fahrens von Kraftfahrzeugen und bei aktiver Teilnahme an sportlichen und sonstigen Wettkämpfen aller Art sowie bei Luftfahrten. Desgleichen sind nicht entschädigungspflichtig Unfälle, welche sich innerhalb der Wartezeit ereignen, wenn der Versicherte ein Kraftfahrzeug (Auto, Motorrad) selbst steuert. Geschlechtskrankheiten werden höchstens bis zur zweifachen Höhe der Mindestsätze der Allgemeinen Deutschen Gebührenordnung für Ärzte entschädigt.

Auch die Krankenversicherung kennt eine Gewinnbeteiligung der Versicherten, die naturgemäß in den Bedingungen auf das Verschiedenartigste ausgestaltet sein kann. So sind z. B. alle Versicherungen, für welche die Prämien des abgelaufenen Geschäftsjahres voll gezahlt worden sind und im gleichen Zeitraum an tarifmäßigen und freiwilligen Gesellschaftsleistungen insgesamt nicht 100% oder mehr dieses Jahresprämienbetrages aufgewendet wurde, dividendenberechtigt. Die Dividenden werden dem Versicherten-Gewinnreservefonds entnommen, der aus einem Teil der eingehenden Prämien gebildet wird. Die Verteilung findet nach besonderen, von der Aufsichtsbehörde genehmigten Richtlinien in der Weise statt, daß die Versicherten in Gruppen eingeteilt werden, deren erste Gruppe (Versicherte, welche die Gesellschaft überhaupt nicht in Anspruch nahmen) bis 80% der vom Ablauf des dritten Versicherungsmonats an gezahlten Jahresprämien erhalten. Der Reihe nach erhalten dann die weiteren Gruppen, soweit nach Befriedigung der ersten Gruppe noch Mittel verblieben sind, geringere Dividendensätze bis zur Erschöpfung des Versicherten-Gewinnreservefonds.

Für die unter *a)* und *b)* behandelten Versicherungen wird ein besonderer Gewinnfonds gebildet. Er wird nur für Einrichtungen und Leistungen wie Gewährung von Land- und Ferienaufenthalt für versicherte Kinder, erhöhter Krankenfürsorge, Schaffung von eigenen Kranken- und Erholungsheimen usw. verwandt.

Die festgestellte Entschädigung wird den Versicherten in monatlichen oder wöchentlichen Teilbeträgen am Schlusse eines jeden Monats oder jeder Woche gegen Quittung des Empfangsberechtigten gezahlt. Die völlige Genesung ist der Gesellschaft oder der zuständigen Geschäftsstelle umgehend mitzuteilen, und zwar bei Versicherten, die Ansprüche auf Ersatz der Arzt- und Arzneikosten haben, unter Vorlage der zur Begründung ihrer Ansprüche nötigen zergliederten Arzt- und Apothekerrechnungen, Rezepte usw. Aus jeder vorgelegten Rechnung muß der Name des Behandelten, Beginn, Tag und Ende der Behandlung, sowie die Krankheitsbezeichnung ersichtlich sein. Die Feststellung der Entschädigung erfolgt auf Grund der von dem Versicherungsnehmer beigebrachten oder von der Gesellschaft gewünschten oder eingeholten Nachweise.

Der Prämienberechnung werden nur volle Lebensjahre zugrunde gelegt. Angefangene Lebensjahre werden für voll gerechnet, wenn sechs Monate davon bereits am Tage des Versicherungsbeginns erreicht sind. Im Gegensatz zur Lebensversi-

cherung erfolgt aber bei unrichtiger Altersangabe keine entsprechende Herabsetzung der Leistung des Versicherers. Die nach den Tarifen zu wenig gezahlte Prämie ist vielmehr alsbald nachzuzahlen. Zuviel gezahlte Prämie wird zurückvergütet. Ganz allgemein ist die monatliche Prämienzahlung üblich. Wichtig ist, daß sie auch während des Bezuges einer Entschädigungsleistung weiter bezahlt werden muß.

Prämienreserven sind nur bei Versicherungen von längerer Dauer von dem Versicherer zu stellen. Sie sind nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Rechnungsgrundlagen zu berechnen. Für sie treffen die Ausführungen, die wir oben über die Prämienreserve bei der Lebensversicherung gemacht haben, gleichfalls zu. Auch die Aufwertungsfragen wurden bereits bei der Lebensversicherung mitbehandelt.

II. Wir können die Personenversicherung nicht abschließen, ohne auch noch zu der **Invalidenversicherung** kurz Stellung genommen zu haben. Bei der Lebensversicherung war das Risiko der Tod, bei der Krankenversicherung kurz gesagt, die Krankheit. Daneben kam bei ihr auch noch der Tod in Frage. Die Invalidenversicherung behandelt den besonderen Fall, daß die versicherte Person zwar noch lebt und auch nicht krank ist, daß sie aber gleichwohl infolge ihres körperlichen Zustandes nicht in der Lage ist, ihren Lebensunterhalt zu erwerben. Diese Versicherung gehört ebenso wie die Krankenversicherung in ihrem größten Umfange zur Sozialversicherung. Insoweit hat sie im folgenden außer Betracht zu bleiben.

Die Invalidenversicherung wird in der Hauptsache von den Lebensversicherungsunternehmen als Nebenzweig mitbetrieben, gewöhnlich als Zusatzversicherung zur Kapitalversicherung auf den Todesfall mit abgekürzter Prämienzahlung oder zur gemischten Kapitalversicherung. Es sind aber auch andere Verbindungen möglich. In der Praxis finden sich im großen und ganzen folgende Versicherungsformen, soweit die Invalidenversicherung, was allerdings nur in geringem Umfange vorkommt, als selbständige Versicherung, also nicht als Zusatzversicherung abgeschlossen wird:

1. Die lebenslängliche Invaliditätsversicherung. Der Versicherer zahlt im Falle der Invalidität dem Versicherten bis zu seinem Tode die vereinbarte Rente. Die Prämien sind je nach den der Versicherung zugrunde gelegten Tarifen bis zum Eintritt des 55., 60. oder 65. Lebensjahres zu zahlen. Prämienzahlungen über diesen letztgenannten Zeitpunkt hinaus finden sich nicht.

2. Die abgekürzte Invaliditätsversicherung mit Zahlung einer lebenslänglichen Rente im Invaliditätsfalle. Die Dauer der Versicherung ist beschränkt. Sie kann auch so genommen werden, daß die Invaliditätsrente nur bis zum Eintritt eines bestimmten Lebensalters an den Versicherten zu zahlen ist.

3. Eine gewisse Verbindung mit der Lebensversicherung zeigt endlich die Form, in der die Invaliditätsversicherung mit einer Rentenversicherung verbunden ist. Die Rente beginnt gewöhnlich mit der Erreichung eines gewissen, vertraglich vereinbarten Lebensalters. Wenn man diese Vereinbarung bestehen läßt und noch dazu vereinbart, daß der Rentenbezug des Versicherten auch schon vorher im Falle einer Invalidität beginnen soll, so haben wir die hier angedeutete Form.

Namentlich beschäftigen sich Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die sogenannten Pensionskassen, mit der Invaliditätsversicherung. Vielfach werden sie von großen Unternehmungen eingerichtet oder doch wesentlich unterstützt, um den langjährigen Angestellten eine Altersversorgung zu sichern. Der Beitritt zu ihnen ist teilweise den Angestellten freigegeben, teilweise sind sie nach einer Bestimmung des Anstellungsvertrages zum Beitritt verpflichtet. Diese Art der Invaliditätsversicherung nähert sich schon sehr stark der sozialen Invalidenversicherung.

Als Zusatzversicherung zur Lebensversicherung finden wir im großen und ganzen zwei Formen. Bei der ersten ist nur vereinbart, daß mit dem Eintritt der Invalidität die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Prämienzahlung erlischt. Gleichwohl wird beim Eintritt des Versicherungsfalles in der Lebensversicherung die volle Versicherungsleistung gewährt. Die Leistung der Invalidenversicherung besteht in diesem Falle darin, daß eine Kürzung der Lebensversicherungsleistung entsprechend dem vorzeitigen Aufhören der Prämienzahlungen nicht vorgenommen wird. Weiter geht die zweite Form. Auch bei ihr hören mit dem Eintritt der Invalidität die Prämienzahlungen auf. Außerdem erhält aber der Versicherte von diesem Zeitpunkte an eine jährliche Invalidenrente von 5 bis 10% der Lebensversicherungssumme. Diese Rente wird bis zum Eintritt des Versicherungsfalles aus der Invaliditätsversicherung gewährt. Aus der Lebensversicherung erfolgt die volle Versicherungsleistung.

Außerordentlich große Abweichungen finden sich in den allgemeinen Versicherungsbedingungen bei der Bestimmung des Begriffs der Invalidität. Mit dem Ausdrucke Invalidität bezeichnet man im allgemeinen den vollständigen Verlust der Arbeitskraft und der Erwerbsfähigkeit. Fraglich ist schon, ob dieser Verlust lebenslänglich oder nur vorübergehend sein muß. Als Mindestdauer wird allgemein der mindestens einjährige Verlust der Arbeitskraft und Erwerbsfähigkeit verlangt. Bei einigen Unternehmungen muß der Verlust durch Krankheit oder Unfall verursacht sein, während andere von dieser Bedingung absehen. Altersschwäche oder nicht nachweisbare körperliche Gebrechen werden als Invalidität nicht angesehen.

Bei derartig verschiedenen Begriffsbestimmungen der Invalidität sind naturgemäß die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers außerordentlich verschieden. Das gleiche gilt von dem Umfange der Leistungen. Dadurch ist es unmöglich, die Geschäftsergebnisse der einzelnen Unternehmungen miteinander zu vergleichen. Weiter wird dadurch die Gewinnung zuverlässiger statistischer Unterlagen aus den Geschäftsergebnissen der Unternehmungen unmöglich. Man braucht sich nur zu vergegenwärtigen, daß die Versicherung bei den Pensionskassen einen starken sozialen Einschlag hat, der bei der Invaliditätsversicherung der Lebensversicherungsunternehmungen naturgemäß fehlt. Andererseits ist auch die Zusammensetzung des Versicherungsbestandes bei den beiden Gruppen der Versicherer so verschieden, daß sich Vergleiche der Unterlagen kaum anstellen lassen.

Die technischen Unterlagen der Invaliditätsversicherung ähneln sehr stark denen der Lebensversicherung und vielleicht noch mehr in den Grundsätzen denen der Krankenversicherung. Wir finden eine Tafel, die anzeigt, wieviel Personen aus einem angenommenen Bestand in voller Erwerbsfähigkeit in das nächste Lebensjahr eintreten und eine Tafel, welche die Absterbeordnung Invaliden angibt. Aus diesen beiden Tafeln wird die sogenannte gemischte Absterbeordnung gebildet. Sie zeigt an, wieviel gleichaltrige und erwerbsfähige Personen von einer angenommenen Grundmasse jeweils das nächste Lebensjahr teils erwerbsfähig, teils invalide erleben. Im großen und ganzen wirken die bei der Lebens- und Krankenversicherung, aber auch die bei der Unfallversicherung zu berücksichtigenden Gefahren auch in der Invaliditätsversicherung. Die Gefahr der Invalidität wird mit zunehmendem Lebensalter größer. Beruf, Geschlecht, Lebensgewohnheiten usw. sind zu berücksichtigen. Da es sich um den Abschluß meist sehr langjähriger Verträge handelt, kommt wieder die mathematisch gleiche Verteilung des Risikos auf die gesamte Versicherungsdauer in Frage. Daher wird auch bei diesem Versicherungsweige die Prämie in den ersten Jahren höher als das Risiko, in den letzten Jahren niedriger als das Risiko sein müssen. Die Versicherer müssen daher die Sparprämien in der Prämienreserve zusammenfassen. Die Technik stimmt im großen und ganzen mit der bei der Lebensversicherung bereits behandelten überein.

## B. Die Sachversicherung.

### § 9. Transportversicherung.

Literatur: ANDERSEN, Cifhandel und Seeversicherung. Stockholm 1921; CRUCIGER, Transportversicherung. München 1923; DOVER, Handbook to Marine Insurance. London 1924; GOW, Marine Insurance. London 1903; HERZOG, Die Praxis der Transportversicherung. Berlin 1909; KLESSELBACH, Die wirtschafts- und rechtsgeschichtliche Entwicklung der Seeversicherung in Hamburg. Hamburg 1901; KRACHT, Die Rotterdamer Seeversicherungsbörse, ihre Entwicklung, Bedeutung und Bedingungen. Weimar 1922; LESCHKE-SÄENGER, Staatsaufsichts- und Transportversicherung. Hamburg 1922; v. LIEBIG, Die Seeversicherung. Berlin 1914; KULLNICK, Der Maximalkontrolleur bei der Seeversicherung. 1918; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. Berlin 1924; PLASS, Geschichte der Assekuranz und der hanseatischen Seeversicherungsbörsen. 1902; RITTER, Das Recht der Seeversicherung. Hamburg 1922; SIEVEKING, Das Deutsche Seeversicherungsrecht. Berlin 1912; SPOHN, Die Transportversicherung. Berlin 1918.

BRUCK, Zum Begriff der Transportversicherung. Hanseatische Rechtszeitschrift 1922 und Zeitschr. f. Versicherungswesen 1922; BRÜDERS, Die Krisis in der Transportversicherung. Deutsche Versicherungs-Ztg. 1923; ESSEB, Die Haftung der Eisenbahn und die Transportversicherung. Berlin 1917; GRÜNER, Die Grenzen der Transportversicherung. Zeitschr. f. Versicherungswesen 1923; HINNEBERG, Binnentransportversicherung. 1920; LEVI, Werttarifierung und obligatorische Versicherung der Eisenbahngütertransporte. Frankfurt a. M. 1919; PAHL, Die Landtransportversicherung in Deutschland. Berlin 1922; SÄNDIG, Die Binnentransportversicherung, Leipzig 1924. Deutscher Transport-Versicherungs-Verband, Jahrbuch 1927.

1. Entwicklung. Allgemein sieht man in der Transportversicherung den ältesten Versicherungszweig. Man ist sich aber darüber einig, daß es eine Transportversicherung im heutigen Sinne jedenfalls im Altertum noch nicht gab. Die Lex Rhodia de jactu verteilte Schäden aus der Seefahrt bereits auf alle an der Seefahrt beteiligten Interessenten. Wir haben es also mit einer Art der großen Havarei zu tun. Heutzutage ist sie ein Institut des Seehandels, nicht aber ohne weiteres ein Institut der Seeversicherung (vgl. § 700ff. und 778ff. HGB). Einen weiteren Ausgangspunkt der Transportversicherung erblickt man sodann im Seedarlehn. Es bestand in der Beleihung der zu versendenden Werte, also sowohl des Schiffes als auch der Ladung. Dabei übernahm der Darlehnsnehmer die Verpflichtung, das Darlehn nach der Ankunft des Schiffes im Bestimmungshafen mit den ausbedungenen den damaligen Zeiten entsprechenden hohen Zinsen zurückzuzahlen. Konnte das Schiff dagegen seine Reise nicht vollenden, so waren weder Kapital noch Zinsen zu zahlen. Bei dieser Sachlage trug allerdings der Geldgeber das Risiko der Reise und es mag vorgekommen sein, daß er durch verschiedene derartige Geschäfte sich einen Ausgleich zu schaffen versuchte. Immerhin aber unterscheidet sich dieser Vertrag doch so grundlegend von unserem heutigen Begriff der Versicherung, daß wir in ihm mehr ein Finanzierungsgeschäft als eine Versicherung zu sehen geneigt sind.

Schon mehr ähnelt das sogenannte Versicherungsdarlehn unserer Versicherung. Diese Verträge waren vielfach in die Form eines Kaufes gekleidet, um das kanonische Zinsverbot zu umgehen. Im allgemeinen lassen sich zwei Formen nachweisen. Bestand bei dem Unternehmer der Seefahrt kein Geldbedarf, so gab der Geldgeber weder ein Darlehn, noch kaufte er die Ware. Der Versicherte bezahlte aber für das Versprechen, ihm im Falle des Unterganges des Schiffes oder seiner Beschädigung eine Geldsumme auszuzahlen, dem Geldgeber ein Entgelt, eine Art Prämie. Wir haben es daher mit einer Art Garantie für die glückliche Vollendung der Reise zu tun. Bei der zweiten Art erhielt der Unternehmer vor dem Antritt der Reise ein Darlehn. Dieses brauchte nicht zurückgezahlt zu werden, wenn die Reise infolge eines Seeunfalls nicht durchgeführt werden konnte.

Wirkliche Versicherungsverträge finden wir zum ersten Male im 14. Jahrhundert in Oberitalien. In Genua lassen sie sich zuerst 1347 nachweisen, in Pisa 1385, in Florenz 1397. In einer Verordnung des Dogen von Genua vom 22. 10. 1369 läßt

sich, soweit bis jetzt bekannt, zum ersten Male das Wort „assecuramentum“ im Sinne von Versicherung nachweisen. In einer Verordnung von 1401 wird bereits von einer Police gesprochen. Auch in anderen Gegenden macht die Versicherung um diese Zeit Fortschritte. So mußten bereits Ende des 14. Jahrhunderts die portugiesischen Reeder zwangsweise einer staatlichen Gegenseitigkeitsgesellschaft beitreten, deren Zweck es war, unverschuldete Verluste oder Beschädigungen von Schiffen zu vergüten. Die erste ausführlichere gesetzliche Regelung der Transportversicherung ist wohl in den berühmten fünf Ordonnanzen von Barcelona von 1435 zu erblicken.

Von Spanien kam die Versicherung in seine damaligen angeschlossenen europäischen Länder, vor allem nach den Niederlanden, und von dort nach England und Deutschland. Die ersten bekannten Hamburger Seeversicherungspolice stammen aus den Jahren 1588 bis 1591. Hier wurde dann die Hamburger Assekuranz-Havareyordnung vom Jahre 1731 von Bedeutung. Der liber sententiarum, eine hamburgische Urteilssammlung, enthält als ältestes Urteil in Versicherungssachen ein solches vom 26. 8. 1590. 1623 wurde ein eigenes Versicherungsgericht, das Kollegium der Admiralität, eingesetzt.

Damals wurde die Transportversicherung von Einzelkaufleuten betrieben. Bei größeren Schiffen oder Warensendungen beteiligte sich eine ganze Anzahl von Versicherern. Reichte ihre Zeichnungskraft nicht aus, so suchte man in benachbarten Städten weitere Deckung. Allmählich läßt sich aber auch schon ein Zug zur Versicherung auf Gegenseitigkeit nachweisen, und zwar namentlich in der Kaskoversicherung. Die heute noch bestehenden sogenannten „Kompakte“, Zusammenschlüsse von Küstenschiffern und Fischern, sind Überbleibsel aus der damaligen Zeit. In England fand der Gedanke der Versicherung auf Gegenseitigkeit mehr Anklang. Einen wesentlichen Aufschwung nahm jedoch die Transportversicherung erst mit dem Aufkommen und der Ausbreitung der Aktiengesellschaften. Die erste Aktiengesellschaft war die holländisch-indische von 1602. Ihr folgte 1613 die englisch-ostindische. Der eigentliche Aufschwung kam zu Beginn des 18. Jahrhunderts mit der London Assurance Corporation und der Royal Exchange Assurance Company. Zu ungefähr der gleichen Zeit erfolgten Gründungen in den nordischen Ländern und in Deutschland. Damit war der Transportversicherung die weiteste Ausbreitung gesichert.

Einen Überrest des Betriebes der Transportversicherung durch Einzelunternehmer finden wir heute noch in England. Bei einem Manne, Eduard Lloyd, der ein Kaffee betrieb, sammelten sich früher die an der Seeschifffahrt interessierten Personen. Dabei wurden Versicherungen so abgeschlossen, daß jeder, der sich an der Deckung beteiligen wollte, eine in sein Belieben gestellte Summe zeichnete. Durch die Unterschrift der Police wurde er „Underwriter“. Von dem Wirt erhielt dann die später vollständig börsenmäßig ausgebaute Einrichtung den Namen. Heute bilden Lloyds den Mittelpunkt des ganzen englischen Seeversicherungsgeschäftes. Man unterscheidet underwriting und non underwriting Mitglieder. Zeichnendes Mitglied kann nur eine Einzelperson werden, die 7 bis 8000 £ als Sicherheit zu hinterlegen hat. Von größter Bedeutung ist namentlich, daß Lloyds über die ganze Welt ihre Agenten verstreut haben, die keine Versicherungen abschließen, sondern hauptsächlich bei Schadenfällen, Schiffsbesichtigungen usw. tätig werden und stets die neuesten Nachrichten über die Schiffe nach London weitergeben. Die Vermittlung der Geschäfte liegt ausschließlich in den Händen von Maklern (brokers). Ihre Hauptaufgabe ist, einen Führer bei der Zeichnung einer Police zu finden. Mit ihm wird der Prämiensatz vereinbart. Die späteren Zeichner schließen sich dann meist den einmal vereinbarten Prämien und Bedingungen an. Die Zeichnung erfolgt auf dem sogenannten Slip. Er wird solange einzelnen Underwriters vorgelegt, bis die ganze Versicherungssumme gezeichnet ist. Dann stellt der broker die Police auf

einem besonderen Lloyds-Formular aus und läßt sie von den underwriters, welche den „slip“ gezeichnet haben, verbindlich unterschreiben.

In neuerer Zeit haben Lloyds sich auch anderen Versicherungszweigen zugewandt. Ja, man behauptet, man könne bei ihnen auch heute noch jedes Risiko decken. Letzthin wird verschiedentlich versucht, den allzu spekulativen Neigungen einiger Mitglieder entgegenzuarbeiten.

In der Mitte des 18. Jahrhunderts begann sich mit dem zunehmenden Verkehr im Binnenlande auch die Versicherung der Transporte auf Flüssen und Binnengewässern auszubilden. Die Landtransportversicherung bildete sich dagegen erst im Anfang des 19. Jahrhunderts an dem Frachtverkehr zu und von der Leipziger Messe aus. Langsam kam die Versendung auf Grund der „durchgehenden Konnossemente“ auf, welche die Verbindung der See- und Landtransporte in einer Versicherung zur Folge hatte. Da jetzt auch das Umlade- und Kairisiko mit eingeschlossen war, bedeutete dies eine beträchtliche Erhöhung des Risikos. Gleichwohl war aber mit dieser Entwicklung die allgemeine Transportversicherung erst geboren.

2. Einteilung. Die Transportversicherung muß in zwei große Gruppen eingeteilt werden, in die Seeversicherung und die Binnenversicherung. Innerhalb beider Gruppen lassen sich mehrere Untergruppen feststellen, je nach dem Gegenstand der Versicherung. Versichert werden können die zu befördernden Güter. Wir haben es dann mit der Warentransportversicherung zu tun, von der die sogenannte Valorenversicherung eine weitere Unterart darstellte. Versichert kann aber auch der Gegenstand sein, der die Beförderung ausführt, z. B. das Schiff, das Auto oder der Waggon. Man spricht dann von der Kaskoversicherung. Von gleicher Wichtigkeit ist noch eine Untereinteilung der Binnentransportversicherung. Man ist bei ihr von der Art der Beförderung ausgegangen und unterscheidet die Landtransportversicherung, die Flußtransportversicherung und neuerdings die Lufttransportversicherung. Innerhalb jeder dieser Gruppen gibt es wieder eine Waren- und Kaskoversicherung.

Bei der Transportversicherung findet sich eine Besonderheit in der Form der Versicherungspolice. Wenn jemand eine Versicherung abschließt, so handelt es sich stets um die Deckung eines einzelnen genau bekannten Risikos. Er schließt also eine sogenannte Einzelpolice ab, durch die auf die vereinbarte Vertragszeit das Risiko gedeckt ist. Bei der Transportversicherung ergibt sich jedoch für den Versicherungsnehmer sehr oft die Notwendigkeit, eine ganze Reihe von Transporten, die in ihrer Höhe und Anzahl noch gar nicht bekannt sind, innerhalb der nächsten Monate zu versichern. Naturgemäß könnte dies so geschehen, daß jeweils, wenn ein Transport ausgeführt werden soll, eine Einzelpolice abgeschlossen wird. Dies würde aber bei einem einigermaßen umfangreichen Betriebe eine sehr große Arbeit verursachen. Man ist infolgedessen zuerst in der Transportversicherung dazu übergegangen, eine Vielheit von Versicherungen in eine Police zusammenzufassen. Hinzu kam noch, daß man namentlich im überseeischen Verkehr gar nicht immer in der Lage ist, jeweils vor Absendung der Ware die Versicherung abzuschließen. Die Versicherung wird daher so genommen, daß beim Vertragsschluß die versicherten Interessen nur der Gattung nach bezeichnet und erst nach ihrer Entstehung dem Versicherer einzeln aufgegeben werden. Man nennt diese Art der Police eine laufende Versicherung (vgl. § 187 Abs. 2 VVG).

Die wichtigste Unterart der laufenden Versicherung ist die sogenannte Generalpolice. Bei ihrem Abschluß treffen die Parteien besondere Übereinkommen über die Art der versicherten Güter, über die Reisewege, über die Transportmittel, sowie namentlich über die höchste Summe, die für jedes einzelne Transportmittel gedeckt wird. Gleichwohl gelten aber Transporte auch dann gedeckt, wenn im Einzelfalle eine andere Ware oder ein anderes Transportmittel, als vereinbart, in Frage kommt, nur ist dann eine besondere Zuschlagsprämie, die nach Billigkeit festgesetzt wird,

zu entrichten. Die Generalpolice wird in der Regel auf ein Jahr abgeschlossen. Sie verlängert sich meistens um die gleiche Vertragsdauer, wenn sie nicht rechtzeitig gekündigt wird.

Der Versicherte hat jeden Transport, der unter die Police fällt, in ein sogenanntes Policenbuch, auch Versicherungsjournal genannt, einzutragen. Täglich oder in den vereinbarten Zeiträumen erhält der Versicherer eine Abschrift dieser Eintragungen. Auf Grund dieser Anmeldungen wird vom Versicherer die Prämie dem Betrage nach errechnet. Meist erfolgt monatliche oder vierteljährliche Abrechnung.

Eine weitere Unterart der laufenden Versicherung bildet die Pauschalpolice. Bei den Vertragsverhandlungen werden genau die Reisewege festgestellt. Für jeden Reiseweg ist eine besondere Prämie vereinbart. Die Führung eines Policenbuches ist nicht erforderlich, es genügt, wenn der Versicherte monatlich dem Versicherer mitteilt, welche Transporte jeweils auf den einzelnen Reisewegen ausgeführt worden sind. Danach kann dann die Prämienberechnung vorgenommen werden.

Wichtiger ist die Pauschalpolice mit monatlicher oder täglicher Abschreibung (Abschreibepolice). Bei ihr wird eine Summe vereinbart, die dem voraussichtlichen Wert der Transporte innerhalb der Vertragsdauer, meist ein Jahr, entspricht. Von dieser Summe wird sofort die Prämie nach dem vereinbarten Satze bezahlt. Bei der Durchführung hat der Versicherte nur monatlich dem Versicherer den Gesamtwert der ausgeführten Transporte anzuzeigen. Aus den Anmeldungen ist die noch laufende Gesamtversicherungssumme, die Summe der im letzten Monat ausgeführten Transportwerte und damit der noch von der Versicherungssumme übrigbleibende Restbetrag zu ersehen. Die Versicherungssumme wird demnach monatlich abgewickelt. Ist sie verbraucht, so erneuert sich der Vertrag stillschweigend, wenn er nicht gekündigt wird. Bei den Pauschalpolicen mit täglicher Abschreibung, den sogenannten Tagespolicen, wird auch eine Gesamtversicherungssumme vereinbart. Sie wird so festgesetzt, daß man den Durchschnittswert der täglichen Transporte mit der Zahl der Tage vervielfacht, während welcher die Warendurchschnittlich unterwegs sind. Diese Tagessumme ist die Versicherungssumme, bis zu der der Versicherte haftet. Übersteigen an einem Tage die Transportwerte diese Summe, so liegt eine Unterversicherung vor. Man verzichtet bei dieser Police, bei der die Prämie im voraus gezahlt wird, meist auf besondere Anmeldungen. Im Schadenfalle ist der erfolgte Transport aus den ordnungsgemäß geführten Geschäftsbüchern nachzuweisen. Nur eine Abart ist die Pauschalpolice mit täglichem Versand- oder Bezugsmaximum, die sich nicht auf die unterwegs befindlichen, sondern auf die täglich versandten oder eingehenden Güter des Versicherungsnehmers bezieht.

Die Generalpolice eignet sich vor allem für die Warenversicherung des Kaufmanns. Die Einzelpolice hat ihr Hauptanwendungsgebiet in der Kaskoversicherung, ist aber keineswegs auf diese beschränkt. Wir finden sie vielmehr noch in der Warenversicherung namentlich für die Versicherung ganzer Schiffsloadungen und bei der Lagerversicherung.

3. Die einzelnen Arten der Transportversicherung. a) *Die Seetransportversicherung.* Die Grundlage für die rechtliche Ausgestaltung der Seetransportversicherung ist in den §§ 778 bis 905 HGB enthalten. Der Inhalt des Vertrages ergibt sich jedoch aus den Allgemeinen Deutschen Seeverversicherungsbedingungen (ADS), die am 1. 1. 1920 in Kraft traten. Ihr erster Abschnitt enthält allgemeine Vorschriften, der zweite bezieht sich auf die Versicherung einzelner, wichtiger Interessen. Der dritte Abschnitt enthält die Klauseln, der vierte bringt Schlußbestimmungen.

Nach den ADS kann jedes in Geld schätzbare Interesse, welches jemand daran hat, daß Schiff oder Ladung die Gefahren der Seeschifffahrt besteht, versichert werden. Sie führen dann eine Anzahl von Beispielen auf, die „insbesondere“ versichert werden können, so das Schiff, die Güter, der von der Ankunft der Güter



am Bestimmungsort erwartete Gewinn (imaginärer Gewinn), die im Falle der Ankunft des Schiffes oder der Güter am Bestimmungsort zu verdienende Provision, die Fracht, die Schiffsmiete, die Überfahrtgelder, die Bodmereigelder, die Havareiegelder, andere Forderungen, zu deren Deckung der Seegefahr ausgesetzte Gegenstände dienen und endlich die vom Versicherer übernommene Gefahr (Rückversicherung). Wichtig ist hervorzuheben, daß eine Versicherung nur dann als Rückversicherung gilt, wenn sie beim Vertragsschluß ausdrücklich als solche bezeichnet wird. Soweit das Interesse unrichtig bezeichnet wird, ist die Versicherung für den Versicherer nicht verbindlich. Ebenso ist sie unwirksam, wenn ein versicherbares Interesse nicht vorhanden ist (Wettversicherung). Gleichwohl bleibt aber unter bestimmten Bedingungen die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Prämienzahlung bestehen.

Als Versicherungswert gilt der gemeine Handelswert und mangels eines solchen der gemeine Wert, den die Güter beim Versicherungsbeginn am Abladeort haben. Dabei werden die Versicherungskosten, die Kosten, die bis zur Annahme der Güter durch den Verfrachter entstehen, und die endgültig bezahlte Fracht diesem gemeinen Werte zugeschlagen. Der Versicherungswert kann auch durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag festgesetzt werden. Man spricht dann von einer Taxe. Sie kann herabgesetzt werden, wenn sie den wirklichen Versicherungswert erheblich übersteigt. Ist sie niedriger, so liegt eine Unterversicherung mit der üblichen Regelung vor. Soweit aber die Versicherungssumme umgekehrt den Versicherungswert übersteigt, also eine Überversicherung vorliegt, ist der Vertrag unwirksam. Liegt eine Doppelversicherung vor, so haften beide Versicherer als Gesamtschuldner.

Die ADS sprechen den Grundsatz der Versicherungstreue aus. Alle Beteiligten haben Treu und Glauben im höchsten Maße zu betätigen.

Der Versicherer braucht im Schadenfalle nur gegen Vorlage der Police zu zahlen. Durch Zahlung an den Inhaber wird er befreit. Kommt eine Police abhanden, so kann sie für kraftlos erklärt werden, um die Rechte des Versicherten auf die Schadenzahlung vor Mißbrauch zu schützen. Um allen Unklarheiten und Streitigkeiten nach Möglichkeit von vornherein zu begegnen, bestimmen die Bedingungen, daß der Inhalt der Police als vom Versicherungsnehmer genehmigt gilt, wenn dieser nicht unverzüglich nach ihrer Aushändigung widerspricht.

Grundsätzlich ist die Prämie beim Vertragsschluß fällig. Sie wird allerdings sehr oft gestundet. Ist dies der Fall, so kann der Versicherte verlangen, daß der Versicherungsnehmer gleichwohl sofort zahlt, wenn die Versicherung endet. Es besteht aber ein Aufrechnungsrecht des Versicherungsnehmers, wenn er aus demselben Versicherungsverhältnis eine Entschädigungsforderung gegen den Versicherer hat. Wenn sich die Vermögensverhältnisse des Versicherungsnehmers wesentlich verschlechtern, so kann der Versicherer auch bei Stundung Sicherheitsleistung verlangen. Wird die fällige Prämie nach Mahnung nicht bezahlt, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers. Soweit eine Stornogebühr bei der Transportversicherung in Frage kommt, beträgt sie  $\frac{1}{8}\%$  der Versicherungssumme.

Die Anzeigepflicht setzen wir als bekannt voraus. Wichtig ist, daß bei der Seeversicherung als erheblich solche Umstände gelten, die der Versicherungsnehmer unrichtig angegeben hat, wenn er die Richtigkeit der Anzeige zugesichert hat. Das gleiche gilt von Umständen, die der Versicherungsnehmer absichtlich verschwiegen oder absichtlich unrichtig angegeben hat. Auch die Gefahränderung ist hier nur in ihrer Eigentümlichkeit in der Transportversicherung zu behandeln. Als Gefahränderung ist es insbesondere anzusehen:

1. wenn der Antritt oder die Vollendung der versicherten Reise erheblich verzögert wird,
2. wenn von dem angegebenen oder üblichen Reisewege erheblich abgewichen wird,

3. wenn das Schiff andere als die angegebenen Zwischenhäfen oder wenn es die angegebenen Häfen in anderer als der angegebenen oder üblichen Reihenfolge anläuft,
4. wenn die Reise nach einem anderen als dem angegebenen Bestimmungsort gerichtet wird.

In allen Fällen der Gefahränderung ist der Versicherer frei, wenn sie nicht durch sein eigenes Interesse veranlaßt, durch ein Ereignis, für das er haftet, geboten, durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt war oder aber wenn sie auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistung keinen Einfluß ausüben konnte. Er erhält eine Zuschlagsprämie, wenn die von ihm getragene Gefahr durch eine nicht gedeckte Gefahr geändert und er durch diese Änderung nicht von der Verpflichtung zur Leistung befreit wird.

Von besonderer Bedeutung ist der Umfang der Haftung des Versicherers. Er trägt mangels besonderer Vereinbarung alle Gefahren, denen das Schiff oder die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind. Insbesondere hat er einzutreten für den Schaden durch Eindringen von Seewasser, Schiffszusammenstoß, Strandung, Schiffbruch, Brand, Explosion, Eis, Diebstahl, Seeräub, Plünderung oder andere Gewalttätigkeiten. Unter die Haftung fallen weiter die vom Versicherungsnehmer zu entrichtenden Beiträge zur großen Havarei und die zu ihr gehörenden Aufopferungen des versicherten Gegenstandes. Für die Beiträge und damit für die Haftung des Versicherers ist die Dispache maßgebend. Über ihre Aufmachung sind eingehende Bestimmungen getroffen. Der Versicherer haftet weiter dafür, daß über die Güter durch Verbodmung oder in anderer Weise zum Zwecke der Fortsetzung der Reise verfügt wird. Eine Aufopferung des versicherten Gegenstandes trifft ihn nach den Bestimmungen über die besondere Havarei. Namentlich aber treffen ihn auch

1. Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer beim Eintritt des Schadensfalls zur Abwendung oder Minderung des Schadens macht und den Umständen nach für geboten halten durfte,
2. Aufwendungen, die auf Weisung des Versicherers gemacht werden,
3. Kosten für die Ermittlung und Feststellung des Schadens, soweit sie den Umständen nach geboten waren.

Die Aufwendungen sind selbst dann zu erstatten, wenn sie erfolglos waren. Unter Umständen muß der Versicherer sogar in Vorlage treten.

Damit dürfte in großen Zügen der weiteste Kreis der Haftung bezeichnet sein. Die gedruckten Bedingungen und die ADS kennen auch Einschränkungen. So haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, wenn dieser 3% des Versicherungswertes nicht erreicht. Dies trifft aber nicht zu bei den Beiträgen zur großen Havarei, für Aufopferungen und den Schaden aus einem Schiffszusammenstoß. Weiter trägt der Versicherer nicht die Gefahr eines Krieges. Er haftet insbesondere nicht für einen Schaden, der durch eine Kriegsmaßnahme einer anerkannten oder nicht anerkannten Macht verursacht ist, oder dadurch, daß die versicherte Sache angehalten, aufgebracht, genommen, zurückgehalten, angefordert, beschlagnahmt oder durch Minen oder andere Maßnahmen beschädigt oder vernichtet wird. Ebenso trifft es den Versicherer nicht, wenn das Schiff infolge der Kriegsgefahr die Reise nicht antritt, nicht fortsetzt oder einen Hafen anläuft, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer sofort nach Kenntnis dem Versicherer erklärt, daß die Verpflichtung bestehen bleiben soll. Der Versicherer haftet weiter für den durch gerichtliche Verfügungen oder ihre Vollstreckung entstehenden Schaden nur, wenn er dem Versicherungsnehmer zu ersetzen hat, was dieser zur Befriedigung des der Verfügung zugrunde liegenden Anspruchs leisten muß.

Soweit geht die Haftung im allgemeinen nach dem ADS, soweit nicht die zahlreichen, die Haftung einschränkenden Klauseln Platz greifen. Wir wollen nur die wichtigsten, die auch in den ADS aufgeführt sind, kurz behandeln.

Bei der Klausel „Frei von Beschädigung“ haftet der Versicherer nicht für eine Beschädigung und bei einer Güterversicherung auch nicht dafür, daß die Güter infolge der Beschädigung verloren gehen, insbesondere in ihrer ursprünglichen Beschaffenheit zerstört werden. Es treffen ihn aber Aufopferungen, die in einer Beschädigung bestehen. Die Klausel „Frei von Beschädigung außer im Strandungsfalle“ schränkt diese Freizeichnung ein. Was als Beschädigungs- und Strandungsfall anzusehen ist, bestimmen die ADS genauer.

„Frei von Bruch“ entbindet den Versicherer von einer Haftung für Bruch. Die schon eben erwähnte Einschränkung bringt die Klausel „Frei von Bruch außer im Strandungsfalle“.

Wir haben eben gesehen, daß Schäden bis 3% des Versicherungswertes den Versicherer nicht treffen. Die Klausel „Frei von gewissen Prozenten“ läßt die Möglichkeit offen, die Franchise auch durch Vereinbarung zu erhöhen. Die Klausel „Frei von gewissen ersten Prozenten“ läßt den Versicherer nur haften, wenn der Schaden die im Vertrage bestimmte Prozente des Versicherungswertes übersteigt.

„Frei von Kriegsmolest“. Der Versicherer ist von der Leistung frei, wenn die Gefahr eines Krieges Einfluß auf die Reise zu üben beginnt.

„Für behaltene Ankunft“, „Für behaltene Fahrt“. Die Versicherung endet mit dem Zeitpunkt, in dem das Schiff im Bestimmungshafen am gehörigen Ort den Anker hat fallen lassen oder befestigt ist. Bei der Schiffskaskoversicherung haftet der Versicherer nur, wenn das Schiff vor diesem Zeitpunkt total verloren geht, abandoniert oder versteigert wird.

„Nur für Kriegsgefahr“ statuiert eine reine Kriegsversicherung. Bei der Klausel „Auch für Kriegsgefahr“ wird das sonst ausgeschlossene Kriegsrisiko in die Police eingeschlossen.

Die Klausel „Nur für Totalverlust“ ist ohne weiteres verständlich. Ebenso die Klausel „Frei von Diebstahl“.

„Von Haus zu Haus“. Die Versicherung beginnt mit dem Zeitpunkte, in dem die Güter am Abladungsorte zum Zwecke der Beförderung auf der versicherten Reise von der Stelle, an der sie bisher aufbewahrt wurden, entfernt werden. Sie endet im allgemeinen mit dem Zeitpunkt, in dem sie am Ablieferungsort an die Stelle gebracht werden, die der Empfänger zu ihrer Aufbewahrung bestimmt hat. Ist der Ablieferungsort ein Seeplatz, so erlischt sie 20 Tage nach der Landung, ist er ein Binnenplatz, 10 Tage nach der Entladung der Güter.

Neben diesen Klauseln sehen die Policen noch mannigfache andere Freizeichnungen vor. So haftet der Versicherer nicht für den Schaden, der durch die natürliche Beschaffenheit der Güter, durch mangelhafte Verpackung, Schiffsdunst, Ratten oder Mäuse verursacht wird. Als gewöhnliche Leckage gilt bei flüssigen Gütern ein Verlust von 3 bis 5%. Außergewöhnliche Leckage begründet eine Leistungspflicht nur im Strandungsfalle.

In allen Fällen haftet der Versicherer für einen Schaden nur bis zur Höhe der Versicherungssumme. Aufwendungen treffen ihn aber auch dann, wenn sie mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles ist er berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. Gleichwohl hat er aber die Kosten zu ersetzen, die zur Abwendung oder Minderung des Schadens, zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache verwendet worden sind, bevor seine Erklärung sich durch Zahlung der Versicherungssumme zu befreien, dem Versicherungsnehmer zugewandt ist.

Die Güterversicherung bezieht sich nicht auf Edelmetalle, Edelsteine, Perlen, echte Spitzen, Werke der bildenden Kunst. Hierfür dient vielmehr die Valarenversicherung. Sie bezieht sich weiter nicht auf Sprengstoffe, Munition usw., Petro-

leum, Naphtha, Benzin. Ausgeschlossen sind weiter eine Reihe schwerer Mineralien, wie Eisen, roh und in manchen Verarbeitungen, Erde, Erz, Gestein, wenn das Schiff damit zu mehr als einem Drittel seiner Tragfähigkeit beladen ist.

Ein Schaden ist vom Versicherungsnehmer unverzüglich anzuzeigen. Er ist verpflichtet, nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen. Er hat weiter einen Schaden dem Versicherer binnen 15 Monaten seit der Beendigung der Versicherung und bei Verschollenheit des Schiffs, seit dem Ablauf der Verschollenheitsfrist, schriftlich anzudienen, widrigenfalls der Entschädigungsanspruch erlischt. Er hat dem Versicherer eine Schadenrechnung unter Beifügung der erforderlichen Belege aufzumachen. Im Falle des Totalverlustes kann der Versicherungsnehmer die Versicherungssumme verlangen. Er muß sich naturgemäß den Wert, der vor der Schadenzahlung geretteten Sachen anrechnen lassen. Durch die Zahlung gehen die Rechte des Versicherungsnehmers an den Gütern auf den Versicherer über. Auch nach diesem Übergang der Rechte bleibt der Versicherungsnehmer verpflichtet, für die Schadenminderung zu sorgen, soweit der Versicherer nicht dazu imstande ist. Im Falle der Beschädigung wird der gemeine Handelswert ermittelt, den die Güter im unbeschädigten Zustande am Ablieferungsort haben würden (Gesundwert), sowie der Wert im beschädigten Zustande. Der dem Verhältnis des Wertunterschiedes zum Gesundwerte entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes gilt als Schadenbetrag. Über die Art der Feststellung dieser verschiedenen Werte enthalten die Bedingungen eingehende Vorschriften. Namentlich ist ein Sachverständigenverfahren vorgesehen. Die Feststellung der Sachverständigen ist aber unverbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht.

Vor der Feststellung des Schadens braucht der Versicherer naturgemäß nicht zu bezahlen. Bis zum gleichen Zeitpunkte darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers keine Änderungen an dem versicherten Gegenstände vornehmen. Wird unterwegs die Reise aufgegeben, oder nicht vollendet, ohne daß der Versicherer frei wird, so kann er verlangen, daß die Güter freihändig oder im Wege einer öffentlichen Versteigerung verkauft werden, wenn sie nicht ohne unverhältnismäßig hohe Kosten oder innerhalb einer angemessenen Frist weiter befördert werden können. Beim Verkaufe kann der Versicherungsnehmer den Unterschied zwischen Versicherungssummen und Erlös als Schaden verlangen.

Bei der Kaskoversicherung haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der dadurch entstanden ist, daß das Schiff nicht seetüchtig, nicht gehörig ausgerüstet, bemannt oder beladen oder ohne die erforderlichen Papiere in See gesandt ist. Ebenso trifft den Versicherer nicht ein Schaden, der nur eine Folge der Abnutzung des Schiffes im gewöhnlichen Gebrauch ist oder nur durch Alter, Fäulnis, Rost oder Wurmfraß verursacht wird oder der dadurch verursacht wird, daß das Schiff feststehendes Eis durchbricht, soweit dies nicht zur Abwendung oder Minderung eines Schadens erforderlich ist. Beiträge zur großen Havarei fallen dem Versicherer nicht zur Last, soweit die auf Deck verladene Güter aufgeopfert sind. Der Versicherungsnehmer hat sich auf einen etwaigen Schaden einen Leichter-, Schlepp- oder Hilfslohn anrechnen zu lassen. Eine Beschädigung des Kajütinventars ist nur im Strandungsfalle ersatzpflichtig. Das gleiche gilt für einen Maschinenschaden.

Die Versicherung beginnt, wenn sie für eine Reise genommen ist, mit dem Zeitpunkte, in dem mit der Einnahme der Ladung oder des Ballastes angefangen wird, oder wenn sie nicht einzunehmen sind, mit der Abfahrt. Sie endigt mit der Beendigung der Löschung des Schiffes am Bestimmungsorte oder wenn nichts zu löschen ist, mit der Verankerung. Wird die Löschung ungebührlich verzögert, so endigt die Versicherung mit dem Zeitpunkte, in dem ordnungsgemäß die Löschung zu Ende gewesen wäre. Trifft aber das Schiff am Bestimmungsorte mit einer Beschädigung

ein, für die der Versicherer haftet, so dauert die Versicherung bis zur Beendigung der Ausbesserung des Schiffes.

Neben der gerade behandelten Reiseversicherung kommt die Zeitversicherung in Frage. Ist ein auf Zeit versichertes Schiff beim Ablaufe der vereinbarten Versicherungszeit unterwegs, so gilt das Versicherungsverhältnis bis zu dem Zeitpunkte verlängert, in dem die Versicherung im nächsten Bestimmungsorte endigen würde.

Ist eine Versicherung für mehrere Reisen genommen, so erstreckt sie sich auch auf die zwischen den Reisen liegende Zeit. Als Versicherungswert gilt der Wert, den das Schiff beim Beginn der Versicherung hat. Zu ihm gehören aber nicht die Ausrüstungskosten, die Heuer und die Versicherungskosten. Dieser Wert gilt auch beim Eintritte des Versicherungsfalles als Versicherungswert.

Bei Totalverlust ist die Versicherungssumme fällig. Als total verloren gilt das Schiff, auch wenn es dem Versicherungsnehmer ohne Aussicht auf Wiedererlangung entzogen, insbesondere unrettbar gesunken oder in seiner ursprünglichen Beschaffenheit zerstört ist. Das Schiff ist verschollen, wenn es innerhalb der Verschollenheitsfrist den nächsten Bestimmungshafen nicht erreicht hat und keine Nachricht von ihm eingegangen ist. Die Verschollenheitsfrist beträgt das Dreifache der Zeit, die das Schiff von dem Orte der letzten Nachricht aus unter gewöhnlichen Verhältnissen zur Zurücklegung des Weges bis zum nächsten Bestimmungshafen gebraucht haben würde, bei Dampfschiffen jedoch mindestens zwei, bei Segelschiffen mindestens drei Monate. Diese Fristen werden auf sechs Monate verlängert, wenn der Eingang von Nachrichten infolge eines Krieges verzögert sein könnte. Die Bestimmungen über Verschollenheit gelten auch, wenn das Schiff durch Verfügung von hoher Hand angehalten oder zurückgehalten oder durch Seeräuber genommen wird. Die Frist beträgt dann zwei Monate.

Ein Teilschaden wird durch Sachverständige festgestellt. Für das Verfahren sind eingehende Bestimmungen vorgesehen. Ist ein Teilschaden festgestellt, so ist das Schiff unverzüglich auszubessern. Die Ersatzpflicht des Versicherers wird durch die Ausbesserungskosten bestimmt. Übersteigen sie den von den Sachverständigen geschätzten Betrag, so bildet dieser die obere Grenze der Leistungspflicht. Von diesem Betrage werden abgezogen zunächst ein Betrag für den Minderwert zwischen neu und alt, dann ein Betrag, der dem Wert der durch neue ersetzte Sachen entspricht. Für die Bestimmung des Wertes zwischen neu und alt enthalten die ADS eingehende Vorschriften. Ist das Schiff reparaturunwürdig, so kann es der Versicherungsnehmer öffentlich versteigern lassen und den Unterschied zwischen der Versicherungssumme und dem Erlös verlangen. Das gleiche gilt für Reparaturunfähigkeit. Der Versicherer haftet endlich auch für einen Schaden, den der Versicherungsnehmer im Falle eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, daß er den einem Dritten entstandenen Schaden zu ersetzen hat. Der Schaden ist dabei im Verhältnis des Schiffswertes zu demjenigen Werte zu ersetzen, der sich aus Schiffswert und Fracht ergibt.

Bei der Güterversicherung haftet der Versicherer für eine Beschädigung nach den ADS grundsätzlich nur im Strandungsfalle. Bei einer ganzen Reihe von Gütern ist diese Haftung aber ausgedehnt worden. Es bleibt bei der ursprünglichen Regel, wenn die Güter in das zur Ausführung der versicherten Reise bestimmte Schiff im Anschluß an eine andere zur See oder auf Binnengewässern ausgeführte Reise übergeladen sind oder übergeladen werden sollen. Der Versicherer haftet nicht, wenn die Güter in beschädigtem Zustande die Reise antreten. Sind die Güter auf Deck verladen, so haftet er nur für Beiträge zur großen Havarei und dafür, daß die Güter durch Totalverlust oder Verschollenheit des Schiffes oder durch Verfügung von hoher Hand oder durch Nehmen durch Seeräuber verloren gehen. Der Versicherungsnehmer muß aber mit der Verladung der Güter auf Deck einverstanden gewesen sein. Der Versicherer trägt die Gefahr der Be-

nutzung von Leichterfahrzeugen bei der Verladung und Ausladung, wenn die Benutzung ortsüblich ist.

Die Versicherung erstreckt sich auf die ganze Dauer der versicherten Reise. Sie beginnt mit dem Zeitpunkte, in dem die Güter von dem Verfrachter zur Beförderung oder einstweiligen Verwahrung angenommen werden. Sie endigt mit dem Zeitpunkte der Ablieferung am Ablieferungsort, spätestens aber am zehnten Tage nach dem Tage der Löschung.

Als Versicherungswert gilt wieder der gemeine Handelswert. Für Totalverlust gelten die gleichen Regeln wie bei der Kaskoversicherung. Auch für eine Beschädigung finden die bisher schon erörterten Regeln Anwendung.

Werden die versicherten Güter in anderer Art als mit dem Schiff befördert, mit dem sie nach dem Versicherungsvertrage befördert werden sollen, so haftet der Versicherer nicht. Die Beförderung fällt aber unter die Versicherung, wenn die Güter nach dem Beginn der Versicherung infolge eines versicherten Unfalles mit einem andern als dem im Versicherungsvertrage bestimmten Schiffe oder zu Lande befördert werden. Der Versicherungsnehmer hat aber bei der Weiterbeförderung nach Möglichkeiten den Weisungen des Versicherers zu folgen. Unter Umständen können bei einer Unterbrechung der Reise die Güter verkauft werden.

Ist eine laufende Police abgeschlossen worden, so bezieht sich die Versicherung auf alle Güter, für die der Versicherungsnehmer, sei es für eigene, sei es für fremde Rechnung nach kaufmännischen Grundsätzen Versicherung zu nehmen hat. Auf Verlangen hat der Versicherer auch eine Einzelpolice auszustellen. Für die Fälligkeit der Prämie tritt an die Stelle des Vertragsabschlusses der Beginn der Versicherung. Der Versicherungsnehmer hat die Güter sobald wie möglich, insbesondere aber unverzüglich, nachdem er von dem Beginne der Versicherung Kenntnis erlangt hat, dem Versicherer unter Angabe des Versicherungswertes und des zur Beförderung bestimmten Schiffes aufzugeben. Diese Angaben dienen zur Vermeidung der Kumulierungsgefahr, auf die wir bei der Rückversicherung eingehen werden. Ist im Vertrage vereinbart, daß die Güter nur bis zu einem bestimmten Gesamtversicherungswerte mit einem Schiff befördert werden dürfen, so bezieht sich die Versicherung nicht auf den höheren Wert. Werden die Güter in Schiffen minderwertiger als der im Vertrage bestimmten Art befördert, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Er kann die laufende Versicherung, auch wenn sie für eine bestimmte Zeit genommen worden ist, nach dem Eintritt eines ihm zur Last fallenden Unfalls mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen kündigen.

Bei der Versicherung des imaginären Gewinns gilt die Versicherungssumme im Zweifel als Taxe. Ist eine besondere Taxe vorhanden, so kann sie herabgesetzt werden, wenn sie den Gewinn übersteigt, der beim Vertragsschluß nach kaufmännischer Berechnung möglicherweise zu erwarten war. Sind Güter und Gewinn gemeinschaftlich versichert, so gelten 10% des Versicherungswertes der Güter als Versicherungswert des Gewinns. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherungswert taxiert ist. Bei einer laufenden Versicherung kann der Versicherungsnehmer aber auch einen Gewinn aufgeben, der den im Vertrage bestimmten Gewinn übersteigt.

Im Falle einer Frachtversicherung gelten für den Umfang der Haftung des Versicherers die bei der Kaskoversicherung erörterten Bestimmungen. Schiffsunfälle fallen dem Versicherer nur insoweit zur Last, als zur Zeit des Unfalls der Frachtvertrag abgeschlossen worden ist oder die Güter, falls sie für Rechnung des Reeders verschifft werden sollen, sich an Bord befinden. Auch für die Dauer der Versicherung gilt Entsprechendes wie bei der Kaskoversicherung. Als Versicherungswert der Fracht gilt der Betrag der im Frachtvertrage vereinbarten Fracht oder der Betrag der üblichen Fracht.

Bei der Versicherung von Schiffsmiete haftet der Versicherer nicht für einen Verlust, der durch eine Verzögerung des Antritts oder der Vollendung einer

Reise verursacht wird. Als Versicherungswert gilt der Betrag der vereinbarten oder üblichen Vergütung. Eine Taxe gilt nur als Versicherungssumme.

**Versicherung von Bodmerei.** Als Versicherungswert einer Forderung, zu deren Deckung ein den Gefahren der See ausgesetzter Gegenstand dient, gilt der Betrag der Forderung unter Hinzurechnung der gesetzlichen oder vereinbarten Zinsen und der Bodmereiprämie. Die Versicherungssumme ist zu zahlen, wenn der zur Deckung der Forderung dienende Gegenstand infolge eines unter die Versicherung fallenden Unfalls zur Deckung nicht ausreicht. Bei der Versicherung von Bodmereigeldern ist anzunehmen, daß Schiff, Fracht und Ladung verbodmet sind, und bei der Versicherung von Havareigeldern, daß Schiff und Fracht zur Deckung dienen. Die Versicherung beginnt mit dem Zeitpunkte, in dem der Versicherungsnehmer sich zur Gewährung der Gelder verpflichtet.

Ist die Versicherung für eine Reise genommen, die teils zur See, teils auf Binnen- gewässern oder zu Lande ausgeführt wird, so finden gleichwohl die ADS auf die ganze Reise Anwendung. Hierdurch wird die Geltung der Bestimmungen für die Land- und Flußtransportversicherung in ihrer tatsächlichen Anwendung ganz gewaltig eingeschränkt.

Man unterscheidet in der Praxis obligatorische und informatorische Tarife. Ausschlaggebend sind nur die ersteren. Der Geltungsbereich einer ganzen Anzahl von Tarifen ergibt sich meist schon aus ihrem Namen. Wir möchten nur anführen den Nord-Ostsee-Kaskotarif, Mindest-Prämientarif betr. Zeitversicherungen gegen Totalverlust und Frachtversicherung, Prämientarif für die Versicherung von Bau- und Ausrüstungsrisiken (Staffel- und Endwert-Tarif). Die informatorischen Tarife beziehen sich mehr auf Gütertransporte.

Maßgebend für die Prämienberechnung ist die Beurteilung der Gefahr. Da der Seeversicherer grundsätzlich für alle Gefahren haftet, ist eine genaue Bemessung des Risikos unmöglich. Man ist vielmehr in weitem Umfange auf Erfahrungen angewiesen. Als technische Unterlagen kommen für die Kaskoversicherung die Register der Schiffsklassifikationsgesellschaften in Frage. Diese Register enthalten Angaben über Eigentümer, Art, Qualität und besondere Verwendung des Schiffes. Maßgebend für die Tarifbildung ist aber auch die Lage auf dem Frachtenmarkt sowie die Sicherheit zur See. Von ausschlaggebender Bedeutung ist ferner das subjektive Risiko, das sich in der Zuverlässigkeit, Sorgfalt und Kapitalkraft des Reeders, in der Person des Kapitäns, der Mannschaft und ihrer Spezialerfahrung äußert. Bei der Güterversicherung spielt die Seetüchtigkeit des Fahrzeugs und namentlich seine Eignung für den Transport der Güter eine große Rolle. In Betracht kommen weiter Reiseroute, Reisedauer, Reisezeit, Art und Beschaffenheit der Güter, ihr Wert, Art der Verpackung, Stauung, die Ladungs-, Lager- und Lösungsverhältnis.

Unter Berücksichtigung aller Umstände werden die Prämien entweder für den Einzelfall oder generell nach Tarifklassen aufgestellt. Im Laufe der Zeit ist man zu Durchschnittssätzen für das Durchschnittsrisiko gekommen. Die Tarife sind aber so mannigfaltig und auch so umfangreich, daß wir sie hier nicht anführen können.

Endlich haben wir noch kurz auf die Abkommen einzugehen. Es gibt obligatorische und informatorische Abkommen, welche die in Verbänden zusammengeschlossenen Transportversicherer getroffen haben. Sie beziehen sich auf die verschiedensten Punkte. Teils befassen sie sich mit Klauseln, teils mit anderen Fragen des Versicherungsbetriebs.

Für die Übertretung obligatorischer Tarife und Abkommen ist ein Strafverfahren vorgesehen.

b) *Die Binnentransportversicherung* hat ihre gesetzliche Regelung in den §§ 129 bis 148 VVG gefunden. Diese Bestimmungen enthalten nur die Grundzüge der Binnentransportversicherung. Eine eingehende Regelung erübrigte sich für den

Gesetzgeber, da dieser Versicherungszweig sich in enger Anlehnung an die Seeversicherung entwickelte. Die Rechtsregeln haben gegenüber den Parteivereinbarungen nur subsidiäre Geltung. Namentlich bleiben die im Gesetz vorgeschriebenen Beschränkungen der Vertragsfreiheit bei der Landtransportversicherung mit Ausnahme der Kaskoversicherung außer Anwendung.

Die Binnentransportversicherung deckt die Gefahren, denen die versicherten Gegenstände oder Interessen beim Binnentransport ausgesetzt sind. Sie scheidet sich in eine Güter-, eine Kasko- und eine Interessen-Versicherung. Die Gegenstände können wieder zu Lande, zu Fluß oder durch die Luft befördert werden, was für die Kaskoversicherung von Bedeutung ist. Aber auch bestimmte Güter haben zur Ausbildung besonderer Versicherungszweige Veranlassung gegeben. Wir verweisen nur auf die Reisegepäck- und Valorenversicherung. Wir müssen uns im folgenden auf die Güterversicherung zu Lande, auf Flüssen und Binnengewässern, und als Beispiel der Kaskoversicherung auf die Autokaskoversicherung beschränken. Die Flußkaskoversicherung gleicht ohnehin in ihren Grundzügen der Seekaskoversicherung.

1. Bei der Güterversicherung zu Lande ist nach dem Transportmittel hinsichtlich des Umfanges der Haftung des Versicherers zu unterscheiden.

a) *Transporte auf Eisenbahnen* sind die weitaus wichtigsten. Bei ihnen trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die versicherten Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist. Gedeckt sind insbesondere: die Gefahr der Elementarereignisse und Eisensahnunfälle, wie Feuer, Explosion, Blitz, Erdbeben, Überschwemmung, Zusammenstoß von Eisenbahnwagen, die Gefahr des Abhandenkommens, Diebstahls und der Beraubung, die Gefahr der Unredlichkeit und des Verschuldens des Eisenbahnpersonals und anderer Personen, deren sich die Eisenbahn bei Ausführung des von ihr übernommenen Transportes bedient, soweit daraus für die versicherten Güter ein Schaden entsteht. Bei Transporten innerhalb der europäischen Grenzen der zum internationalen Übereinkommen über den Eisenbahn-Frachtverkehr gehörigen Länder haftet der Versicherer auch bei den Gütern, die in offen gebauten Wagen befördert werden, für den Schaden, welcher aus der mit dieser Transportart verbundenen Gefahr entsteht unter der Bedingung, daß die offen gebauten Wagen rundum mit 1 bis 2 Fuß hohen Kopf- und Seitenwänden versehen sind, die Ladung je nach Bedarf mit wasserdichten Decken sorgfältig überdeckt ist und so verschnürt ist, daß es nicht möglich ist, ohne Verletzung der Decken oder des Verschlusses zu der Ladung zu gelangen. Unter die Versicherung fallen auch die zur Rettung und zur Abwendung größerer Nachteile notwendig oder zweckmäßig aufgewendeten Rettungs-, Ausladungs-, Lagerungs- und Wiedereinladungskosten, sofern der Versicherte dafür aufkommen mußte.

In der Praxis ist diese sehr umfangreiche Haftung aber nicht unwesentlich eingeschränkt. Der Versicherer haftet nicht für Schäden oder Verluste durch Krieg, unrechtmäßige Gewalt oder Verfügung von hoher Hand, Aufruhr, Plünderung, Schleichhandel und unrichtige Deklaration. Er ersetzt weiter nicht Schäden durch die natürliche Beschaffenheit der Güter, namentlich durch Bruch, Rost, Ungeziefer, inneren Verderb, Selbstentzündung, Leckage, Austrocknung und Verstreuung, sowie durch Witterungseinflüsse oder unzureichende Verpackung. Der Schaden darf weiter nicht durch ein Verschulden des Versicherten oder seines Vertreters, des Abladers oder Empfängers entstanden sein. Der Versicherte darf die Ware auch nicht unterwegs aufhalten. Schäden, die während eines solchen Aufenthaltes entstehen, treffen den Versicherer nicht. Beträgt der Aufenthalt mehr als einen Monat, so erlischt die Versicherung. Der Versicherer haftet nicht für Nichteinhaltung der Lieferfristen und der daraus entstehenden Schäden, sowie insoweit nicht, als der Versicherungsnehmer die Eisenbahn von ihrer Haftpflicht entbunden hat. Der



Versicherer hat nämlich in sehr erheblichem Umfange ein Rückgriffsrecht gegen die Eisenbahn, da die Bahn für eine Reihe von Schäden ihrerseits haftet.

Bei Transporten in offenen Wagen über die oben erwähnten Grenzen haftet der Versicherer nicht für Schäden, die aus dieser Transportart erwachsen, sowie nicht für Diebstahl und Abhandenkommen. Die Diebstahlsgefahr ist weiter ausgeschlossen, wenn Auf- und Abladen vom Absender und Empfänger besorgt wird. Bei Möbeln und Umzugsgut werden nur solche Schäden ersetzt, welche nachgewiesene Folge eines dem Transportmittel zugestoßenen Unfalles oder einer höheren Gewalt sind.

Gewisse Gegenstände mit besonderem Werte, so Edelmetalle, Juwelen, Pretiosen, Wertpapiere, Kunstsachen und Gegenstände von vorherrschend subjektivem Werte, weiter feuergefährliche oder explosive Gegenstände, sowie ätzende Flüssigkeiten gelten nur dann als versichert, wenn sie in der Police besonders benannt sind. Bei Gütern, die bereits im beschädigten Zustande verladen werden, haftet der Versicherer für keinerlei Beschädigung.

b) Bei *Warentransporten durch die Post* haftet der Versicherer für die Schäden, für welche die Post nach der Postordnung aufzukommen hat und außerdem für diejenigen, welche die versicherten Güter durch Ereignisse höherer Gewalt erleiden.

In einem Schadenfalle, in welchem die Post haftet, ist von dem Versicherten das Anerkenntnis der Post, den Schaden nach der Postordnung bezahlen zu wollen, beizubringen.

Im übrigen gelten auch für die Posttransporte die Bestimmungen über die Transporte auf Eisenbahnen, soweit sie darauf anwendbar sind.

c) *Transporte durch Fuhre*. Die Versicherung wird gegen allen Schaden und Verlust gewährt, welchen das versicherte Gut auf der Achse durch irgendeine höhere Gewalt oder durch dem Transportmittel zugestoßene Unfälle erleidet, soweit nicht durch die Bedingungen ein anderes bestimmt ist. Auch vergütet der Versicherer die durch den Eintritt einer versicherten Gefahr entstandenen Rettungs-, Lagerungs- und Wiedereinladungskosten.

Gegen Diebstahl und Abhandenkommen gilt die Versicherung von Transporten durch Fuhre nicht. Wenn leichtentzündliche, feuergefährliche oder explosive Gegenstände, z. B. Schießpulver, Schießbaumwolle, Zündhölzer, chemische Zündstoffe oder Knallpräparate, Dynamit, Nitroglyzerin u. dgl., rohes Petroleum, Phosphor, gebrannter Kalk, sowie ätzende Flüssigkeiten oder auch giftige oder übelriechende Stoffe mit Wissen des Versicherten auf ein und dieselbe Fuhre mit den versicherten Gütern verladen werden, so trifft der durch Mitverladung dieser Gegenstände entstandene Schaden den Versicherer nicht.

Die Gefahr beginnt beim Eisenbahn- und Posttransport mit der reglementmäßigen Annahme der Güter, bei Sammelladungen mit der Übernahme der geschlossenen und plombierten Wagenladung auf der Versandstation durch Bahn oder Post. Sie endet mit dem Zeitpunkte, in dem die Auslieferung auf der Bestimmungsstation der letzten an dem versicherten Transporte beteiligten Eisenbahn bewirkt ist. Eingeschlossen ist dabei eine gewisse Lagerversicherung, nämlich bis zu acht Tagen in Gewahrsam der Bahn oder Post auf der Versand- und Bestimmungsstation. Stehen der Ablieferung Hindernisse im Wege, so wird diese Frist sogar auf 14 Tage erstreckt. Wenn die Güter vom Land- zum Flußtransport übergehen, so läuft die Versicherung gleichwohl fort, wenn der Übergang von einem Beförderungsmittel zum anderen von der Eisenbahn, einer öffentlichen Behörde oder Verkehrsanstalt geleitet wird. Ein etwaiger Aufenthalt an Zwischenplätzen ist, sofern er nicht vom Versicherten oder seinem Beauftragten veranlaßt ist, mit versichert. Das gleiche gilt von der An- und Abfuhr am Versand- und Bestimmungsort und für die Überführung auf Zwischenstationen von einem Bahnhofe zum andern, sofern der

Transport durch Fuhrer erfolgt. Gehört das Fuhrwerk der Eisenbahn, so gelten dafür die gleichen Bestimmungen wie für den Eisenbahntransport. Andernfalls kommen die Bestimmungen über den Transport durch Fuhrer zur Anwendung. Liegt der Bestimmungsort nicht an einer Eisenbahn, so ist die Weiterbeförderung ohne weiteres nur eingeschlossen, wenn die Weiterbeförderung von der Bahn oder unter ihrer Mitverantwortung geschieht. Die Güter gelten endlich noch drei Tage gedeckt, wenn sie innerhalb des Bahnhofbezirks auf den Rollfuhrern unabeladen stehen bleiben müssen, weil die Abnahme durch die Bahngane wegen Schlusses der Dienststunden oder die Selbstverladung wegen unterlassener oder nicht rechtzeitiger Bereitstellung der nötigen Wagen nicht möglich war.

Beim Transport durch Fuhrer beginnt die Gefahr mit dem Zeitpunkte, in welchem der Frachtführer die Güter am Abgangsorte ordnungsmäßig in Empfang genommen hat. Sie endigt mit der Abladung der Güter am Bestimmungsorte, oder wenn die Versicherung auf eine bestimmte Zeit abgeschlossen ist, mit Ablauf dieser Zeit, sollte auch die Ankunft noch nicht erfolgt sein. Alle auf der direkten Reise vorkommenden Übergänge über Flüsse, insofern sie nicht über stehende Brücken gehen, sind nur dann in der Versicherung einbegriffen, wenn die Überfahrt mittels öffentlicher Fähren geschieht. Sind die Flüsse mit Eis bedeckt, so darf die Überfahrt nur auf den von der betreffenden Behörde vorgezeichneten Wegen während der erlaubten Zeit erfolgen.

Zur Anzeige der gefahrerheblichen Umstände gehört die Anzeige, daß die zu versichernden Güter schon unterwegs sind und daß vom Versicherten oder mit seinem Wissen durch einen Dritten für die ganze Reise oder für einen Teil bereits anderweitig Versicherung genommen ist. Ein Verschweigen macht die Transportversicherung nichtig. Zur Beurteilung der Gefahr muß der Versicherer kennen: Natur, Wert und Quantität der Ware, Zeichen, Nummern, Gewicht und Art der Kolli, Namen des Frachtführers oder die Transportart und die Fahrstrecke. Manchmal wird der Versicherungsnehmer diese Angaben nicht vollständig machen können. Er hat dann sobald als möglich die Angaben zu vervollständigen. Ist vorher ein Schaden bekannt geworden, so haftet der Versicherer nur im Verhältnis des wirklichen Wertes, in keinem Falle aber über den anfänglich angegebenen Wert.

Soweit eine Überversicherung vorliegt, hat die Versicherung keine rechtliche Gültigkeit. Als Versicherungswert gilt der Wert am Orte und zur Zeit der Abladung unter Hinzurechnung aller Kosten bis an Bord einschließlich der Versicherungskosten. Fracht, Steuern, Zölle und andere Kosten sowie ein imaginärer Gewinn bis 10% des Versicherungswertes sind nur auf Grund einer besonderen Vereinbarung mitgedeckt.

Eine Versicherung für fremde Rechnung kann gültig nur auf besonderen Auftrag hin genommen werden. Fehlt ein solcher, so muß dies beim Abschluß angezeigt werden, damit die Versicherung gültig ist. Im Falle der Doppelversicherung gilt die später genommene Versicherung, wenn die frühere für fremde Rechnung ohne Auftrag genommen war, die spätere dagegen vom Versicherungsnehmer selbst genommen ist. Der Versicherte darf aber von der früheren Versicherung keine Kenntnis gehabt haben. Nur wenn eine anderweitige Versicherung gegen eine besondere Gefahr genommen worden ist, behält sie ihre Gültigkeit. Durch die zweite Police ist dann aber diese besondere Gefahr zur Vermeidung einer Doppelversicherung nicht mitgedeckt.

Neben der Rettungspflicht des Versicherungsnehmers kann bei drohender Gefahr der Versicherer selbständig eingreifen. Nach einem Schadenfalle kann er die versicherten Waren ganz oder teilweise übernehmen.

In allen Verlust-, Minderungs- und Beschädigungsfällen hat der Versicherte ein Protokoll der Beförderungsunternehmung über Zustand des Gutes, Umfang des Schadens, Ursache und Zeitpunkt der Minderung oder Beschädigung beizubringen. Bei Streitigkeiten werden Sachverständige in einem besonderen Ver-

fahren tätig. Bis zur Schadenfeststellung dürfen mit den beschädigten Gegenständen nur die zur Rettung und Erhaltung erforderlichen Veränderungen vorgenommen werden. Namentlich soll, falls eine Regreßmöglichkeit besteht, der beschädigte Gegenstand nicht eher in Empfang genommen werden, bis der Umfang des Schadens festgestellt und beurkundet ist.

Die Gesellschaft haftet unter allen Umständen nur bis zur Höhe der Versicherungssumme. Über die Ermittlung des Schadenumfanges enthalten die Policen umfangreiche Vorschriften.

Von großer Bedeutung ist für die Praxis das Regreßrecht des Versicherers. Der Versicherte hat nach Ersatz des Schadens dem Versicherer die zur wirksamen Regreßnahme gegen den Beschädiger etwa erforderliche Hilfe zu gewähren und ihm dazu alle erforderlichen Unterlagen zu beschaffen. Insbesondere muß er für die Sicherstellung des Entschädigungsanspruchs gegen den Dritten durch Verweigerung der Annahme des Gutes, Einbehaltung der Fracht, ordnungsmäßige Feststellung der Art und Höhe des Schadens durch autorisierte Sachverständige oder sonst in geeigneter Weise Sorge tragen. Sind Güter abhanden gekommen, so muß er bei der Eisenbahn den Erlaß von Laufzetteln und sonstige Nachforschungen beantragen, bei Annahme einer Entschädigung von der Eisenbahn sich seine Rechte auf die Güter für den Fall der Wiederauffindung ausdrücklich vorbehalten.

Eine von dem Regreßpflichtigen angebotene Entschädigung darf ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht angenommen werden. Hat er einen Schaden bereits vergütet, so erhält er den Regreßbetrag, fand dagegen die Regulierung des Schadens noch nicht statt, so vermindert sich die Vergütung um jenen Entschädigungsbetrag.

2. Die Güterversicherung auf Flüssen und Binnengewässern gewährt grundsätzlich Haftung für alle Gefahren, die mit dem Transporte verbunden sind. Eingeschlossen sind wieder die Rettungskosten, außergewöhnliche Ausladung, Lagerungs- und Wiedereinladungskosten, ausgeschlossen dagegen der Schaden oder Verlust entstanden durch Diebstahl, Aufruhr, Plünderung, Kriegsereignisse, Verfügung von hoher Hand, Schleichhandel, unrichtige Aufgabe, insbesondere auch unrichtige Zoll- oder Steuerdeklarationen, durch Veruntreuung oder Unterschleife des Schiffers oder seiner Leute, fehlerhafte Verladung und Lagerung im Fahrzeuge, schlechte Fastage und Emballage, Ungeziefer, Rost, Fäulnis, Selbstentzündung, Leckage, Untermaß, Untergewicht, Schwund oder Verderb infolge der eigenartigen Natur oder der mangelhaften Beschaffenheit der Waren, ferner durch Regen, Frost, Hitze und überhaupt Witterungseinflüsse. Nicht vergütet wird weiter ein Schaden durch Verschulden des Versicherten, seiner Vertreter, der Ablader oder Empfänger der versicherten Güter.

Für die durch einen Schiffsunfall oder höhere Gewalt im Versand der Güter entstandene Verzögerung und den daraus etwa erwachsenden Nachteil haftet der Versicherer ebenso wenig wie für die Gefahr, soweit die Reise ohne Not auf anderen als den gewöhnlichen Wegen oder auf andere als die gewöhnliche Weise zurückgelegt wird. Wird die Ware vom Versicherten ohne Not aufgehalten, so ruht die Haftung während der Zeit des Aufenthaltes. Beträgt diese mehr als einen Monat, so erlischt die Versicherung. Eisgefahr und deren Folgen werden nur in bestimmten Gebieten gegen eine besondere Prämie eingeschlossen. Ist dies nicht geschehen, so ruht die Haftung für die Dauer des durch Eisgang und Wintersgefahr entstehenden Aufenthaltes. Die durch Überwinterung oder Eisgefahr verursachten Kosten der Ausladung, Lagerung und Wiedereinladung treffen daher den Versicherer nicht.

Die Gefahr für den Versicherer beginnt mit dem Zeitpunkte, in welchem die Güter zum Zwecke der Einladung in das Fahrzeug oder in die Leichterfahrzeuge vom Lande scheiden; sie endet mit dem Zeitpunkte, in welchem die Güter am Bestimmungsorte wieder an das Land gelangen. Wird die Löschung vom Versicherten,

Abblader oder Empfänger ungebührlich verzögert, so endet die Haftung mit dem Zeitpunkte, in welchem die Löschung beendet sein würde, falls ein Verzug nicht stattgefunden hätte. Wenn die versicherten Gegenstände nicht vom Lande scheiden oder nicht ans Land gelangen, sondern von Schiff zu Schiff überladen werden, so beginnt die Gefahr mit dem Zeitpunkte, in welchem die Güter an Bord des versicherten Schiffes ankommen. Sie endet mit dem Zeitpunkte, in welchem die Güter dasselbe verlassen. Bei Ablieferung von Schiff zu Schiff mittels Leichterfahrzeugen gilt der Leichtertransport als mitversichert, sofern er als ein Teil der versicherten Reise zu betrachten ist. Die Gefahr der ortsgebräuchlichen Benutzung von Leichterfahrzeugen ist also immer mitgedeckt. Die Gefahr läuft ohne Unterbrechung fort, wenn in Notfällen die Güter umgeladen oder bis zur Fortsetzung der Reise gelagert werden müssen, wenn Waren lediglich zum Zwecke der Erleichterung des Fahrzeugs bei niedrigem Wasserstande in andere Fahrzeuge übergeladen werden, bei Umladungen aus anderen Ursachen nur dann, wenn das zum Weitertransport benutzte Fahrzeug für die betreffende Strecke nach Maßgabe der dem Versicherten bekannt gegebenen Bestimmungen die erforderliche Klassifikation besitzt. Von solchen Umladungen hat der Versicherte unverzüglich Anzeige zu machen.

Gegenüber der sonstigen Binnentransportversicherung finden sich nur Besonderheiten hinsichtlich einiger dort nicht möglicher Schadenursachen, wie die große und die besondere Havarei. Für den Ersatz der zur letzteren gehören den Beiträge greifen § 78 bis 91 des Binnenschiffahrtsgesetzes vom 15. 6. 1895 und 1. 1. 1900 Platz. Im übrigen können wir auf die Regelung bei der Seeversicherung verweisen.

Die Binnentransportversicherung kennt ebenfalls obligatorische und informatorische Tarife und Abkommen. Tarife und Abkommen für Warentransporte zu Wasser und Lande sind nur informatorischer Natur. Wenn Bahn- und Landtransporte durch dieselbe Police ohne Angabe der Beförderungsart versichert werden, so kommt der Satz für die höchst tarifierte Beförderungsart zur Anwendung. Die höchste Tarifgruppe wird weiter genommen, wenn Gegenstände verschiedener Gruppen unter eine Police fallen, ohne daß eine Trennung nach Gruppen erfolgt ist. Bei zusammengesetzten Risiken (Fluß- und Landreisen, See- und Landreisen) werden die Tarifprämien für jedes gesondert berechnet und gemeinsam erhoben. Für eine ganze Anzahl von Gütern und Reisewegen gibt es Spezialtarife.

Die Tarifsätze sind, ebenso wie bei der Seeversicherung, in vielen Fällen nicht hoch genug, um den Versicherern einen Gewinn zu ermöglichen. Das hat seinen Grund in der außerordentlich scharfen Konkurrenz der Versicherer. Die Transportversicherung ist, wie bereits erwähnt, nicht aufsichtspflichtig. Infolgedessen können sich auf diesem Gebiete alle Unternehmungen betätigen. Diesen Zustand haben sich die Versicherungsnehmer insofern zunutze gemacht, als sie die Gesellschaften gegeneinander ausspielen. Das Ergebnis wird weiter durch den außergewöhnlich weiten Versicherungsschutz bedingt, den die Transportversicherer wegen der Konkurrenz bieten müssen. Endlich ist aber der ungünstige Geschäftsverlauf auch noch auf die schlechter gewordenen Zustände im Transportwesen zurückzuführen. Wir verweisen nur auf die ständig zunehmenden Bagatellschäden, die in ihrer Gesamtheit die Prämie aufzehren. Zur Zeit sind wieder ernstliche Bestrebungen im Gange, durch Erhöhung der Prämiensätze und Einführungen von Franchisen den Geschäftsverlauf zu bessern.

3. Die Autokaskoversicherung bezieht sich in der heute üblichen Form:
  1. auf Beschädigung und Verlust des Kraftfahrzeugs,
  2. auf die gesetzliche Haftpflicht des Halters des Kraftfahrzeugs,
  3. auf Unfälle, die der Versicherungsnehmer oder berechnigte Insassen oder der angestellte Wagenführer oder Beifahrer im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb des Kraftfahrzeugs bei Führung, Benutzung oder Behandlung desselben erleiden,
  4. auf Beschädigung oder Verlust von Reisegepäck.

Die Versicherung gilt, sofern nichts anderes vereinbart ist, für das Deutsche Reich, Deutsch-Österreich und die früher zum Deutschen Reich gehörigen Teile östlich der Elbe. Bei Eintritt des Schadens muß der Führer des Kraftfahrzeugs im Besitze eines zur Führung des betreffenden Fahrzeugs berechtigenden Führerscheins sein, es sei denn, daß das Fahrzeug ohne Wissen und Willen des Versicherungsnehmers benutzt wurde oder der Versicherungsnehmer entschuldbarerweise annehmen konnte, daß der Führer im Besitze des erforderlichen Führerscheins war.

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schäden, entstanden mittelbar oder unmittelbar durch Aufruhr, bürgerliche Unruhen, Kriegsereignisse, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben, sowie bei Beteiligung an Preis-, Wettbewerbs-, Zuverlässigkeits- und Tourenfahrten, bei denen es auf Erzielung einer Höchst- oder Durchschnittsgeschwindigkeit oder Zuverlässigkeit ankommt, sowie bei Trainingsfahrten auf der Rennstrecke.

Soweit das Kaskorisiko in Frage kommt, umfaßt die Versicherung alle Schäden, die an dem versicherten Kraftfahrzeug entstehen und verursacht werden:

1. durch Unfall, d. h. durch ein unmittelbar von außen her plötzlich mit mechanischer Gewalt einwirkendes Ereignis,
2. durch mut- und böswillige Beschädigung des Kraftfahrzeugs durch dritte betriebsfremde Personen,
3. durch Brand, Diebstahl, Raub und Unterschlagung des ganzen Fahrzeugs, durch Diebstahl und Raub der an dem Fahrzeug durch Kette und Schloß gesicherten oder durch Schrauben befestigten oder im verschlossenen Einstellraum befindlichen Bestand-, Zubehör- oder Ersatzteile.

Beschädigungen an der Gummibereifung werden nur dann ersetzt, wenn sie infolge bedingungsgemäß zu erstattender Schäden entstehen. Ausgeschlossen sind Maschinen-, Bruch-, Brems- und Betriebsschäden.

Versicherungswert ist der gemeine Wert des Fahrzeugs oder seiner Teile am Tage des Schadens.

Von jedem außer durch Brand entstandenen zu ersetzenden Schaden hat der Versicherungsnehmer 100 M. selbst zu tragen. Von jedem Brandschaden ein Fünftel, es sei denn, daß das Fahrzeug mit einer selbsttätig wirkenden, vom Versicherer anerkannten Feuerlöschvorrichtung versehen war. Diese Bestimmungen haben wesentlich zur Gesundung der Autokaskoversicherung beigetragen. Die Gesellschaft ersetzt also:

1. Im Falle einer Beschädigung die Kosten der Wiederherstellung der beschädigten Teile einschließlich ihrer Lackierung, sowie die notwendigen einfachen Fracht- und Transportkosten. Bei Neuersatz einzelner Teile und bei Neulackierung ist ein dem Alter oder der Abnutzung entsprechender Abzug zu machen.

2. Im Falle völliger Vernichtung des ganzen Kraftfahrzeugs den Zeitwert bis zur Höhe der Versicherungssumme;

3. Im Falle der Entwendung des ganzen Kraftfahrzeugs oder einzelner Teile desselben den Zeitwert der entwendeten Gegenstände bis zur Höhe der ganzen oder anteiligen Versicherungssumme. Werden die entwendeten Gegenstände innerhalb zwei Monaten nach Eingang der Schadenanzeige wieder zur Stelle gebracht, so muß der Versicherungsnehmer sie zurücknehmen. Nach Ablauf der Frist werden sie Eigentum der Gesellschaft. Etwaige Altteile verbleiben zum Schätzwerte Eigentum des Versicherungsnehmers.

Bestehen Streitigkeiten über die Höhe der Entschädigung, so entscheidet eine Sachverständigen-Kommission, deren Verfahren in den Bedingungen geregelt ist.

Für die Unfall- und Haftpflichtversicherung müssen wir auf die diesen Versicherungszweigen gewidmeten besonderen Ausführungen verweisen. Bei der Reisegepäckversicherung gewähren die Gesellschaften Versicherungsschutz für Beschädigung oder Verlust von Reisegepäck einschließlich der am Körper getragenen

Kleidungsstücke des Versicherungsnehmers oder seiner Fahrgäste, während der Fahrt im versicherten Kraftfahrzeug, auch während des Unterstellens des Wagens unterwegs oder bei Mitnahme des Gepäcks in ein Hotel oder eine Wohnung.

Der Prämientarif ist nach den einzelnen Versicherungen gestaffelt. Maßgebend ist für den Kaskotarif die Stärke des Fahrzeugs. Der normale Tarif sieht für Kraftwagen folgendermaßen aus:

Die links in den wagerechten Reihen an erster Stelle stehenden Ziffern sind Mindestprämien für die Brems-PS. Die in den senkrechten Reihen an erster Stelle stehenden Ziffern sind die Mindestprämien für die Versicherungssummen.

Versicherungssummen in 1000 Mark

Brems-PS	Lastwagen	Versicherungssummen in 1000 M.																			
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
bis 5		190																			
„ 10		230	240	250	260																
„ 15			280	290	300	310	320	330													
„ 20			320	330	340	350	360	370	380	390	400										
„ 25				360	370	380	400	410	420	430	440	450	460								
„ 30	unter 3t				410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530				
„ 40	v. 3t u. mehr					450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	
„ 50							500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	
über 50								550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	

für jede weitere 1000 M. 10 M. mehr

Für eine Reihe von Spezialwagen wie Anhänger, Straßenreinigungs- und Feuerwehrwagen, Kranken- und Leichenwagen, Omnibusse, Vermietwagen und Droschken werden besondere Zuschläge erhoben oder Rabatte gewährt.

Für die Unfall-Versicherung gilt folgender Tarif:

	1000 M. Tod	1000 M. Kapitalzahlung	Invalidität Rentenzahlung	1 M. tägl. Entschädigung	Kurkosten pro 500 M.
	M.	M.	M.	M.	M.
Selbstfahrer b. Privat-Kraftwagen . .	—,65	1,35	1,10	4,25	21,25
Chauffeur (nur Beruf) . . . . .	1,70	3,35	2,70	11,75	18,—
Insassen (nur für Privatkraftwagen) .	1,62	1,62	1,30	3,25	16,25
Insassen f. Droschken: Berlin 33 <sup>1</sup> / <sub>3</sub> %, übrige Orte 50% Zuschlag					
Motorradfahrer (auch Sozius und Beifahrer-Insassen) . . . . .	2,40	2,40	1,90	4,80	22,50

Die Kurkosten-Versicherung beträgt mindestens 500 M. Bei höheren Versicherungssummen werden Rabatte gewährt.

Auf die einzelne Person entfällt der Betrag, der sich bei Teilung der Versicherungssumme durch die Zahl der Insassen ergibt, aber nicht mehr als ein Drittel, bei Zweisitzern die Hälfte der Versicherungssumme. Angestellte Wagenführer oder Beifahrer gelten nicht als Insassen.

Bei der Haftpflichtversicherung werden an Prämien erhoben für einen Wagen

bis 5 PS . . . . .	54 M.	„ 30 PS . . . . .	216 M.
„ 10 PS . . . . .	81 M.	„ 40 PS . . . . .	252 M.
„ 15 PS . . . . .	126 M.	„ 50 PS . . . . .	297 M.
„ 20 PS . . . . .	162 M.	über 50 PS . . . . .	342 M.
„ 25 PS . . . . .	189 M.		

Auf die Sätze des ganzen Tarifs darf ein Rabatt nicht gewährt werden. Für die Versicherung mehrerer Personen- und Nutzkraftfahrzeuge ein und desselben Besitzers, die nur abwechselnd benutzt werden, ist für soviele Wagen die höchste Prämie zu entrichten, als Lenker vorhanden sind. Für die übrigen Wagen werden 50 % der Tarifprämie erhoben. Die Schadenleistung ist davon abhängig, daß im Schadenfalle nur einer der namentlich bezeichneten Lenker das betreffende Fahrzeug geführt hat. Für den Einschluß von Sondergefahren werden verschiedene Zuschläge erhoben, so für die Reisegepäckversicherung z. B. 2% vom Wert des Reisegepäcks. Wird das Fahrzeug nur gegen einzelne Gefahren versichert, so kommen nur Bruchteile der Tarifprämie, die im Tarif angegeben sind, zur Erhebung.

c) Wir können die Betrachtung der Transportversicherung nicht schließen, ohne noch kurz auf die sogenannte Einheitsversicherung, die sich aus ihr entwickelt hat, einzugehen. Diese Versicherungsform ist in Deutschland eigentlich erst seit 1920 bekannt und trat zunächst unter den verschiedensten Namen, wie Korsor-, Omnium-, Veredelungspolice auf. Sie unterscheidet sich dadurch von den übrigen Arten der Sachversicherung, daß sie zu einer Einheitsprämie Versicherungsschutz gegen eine Vielheit von Gefahren bietet. Auch die Transportversicherung gewährt grundsätzlich gegen alle Gefahren Deckung. Das wurde der Anknüpfungspunkt. Anstatt jetzt noch die verschiedenen Sachversicherungen durch je eine besondere Police abzuschließen, faßte man alle Gefahren in einer Police auch dann zusammen, wenn von einem Transport gar nicht mehr die Rede sein konnte. Diese Versicherungsform war durch die Verhältnisse der Inflationszeit bedingt. Sie ersparte den Versicherungsunternehmungen sehr erhebliche Verwaltungsarbeit und bot dem Versicherungsnehmer gleichwohl einen vollkommenen Versicherungsschutz. Ihren Ausgang nahm die Einheitsversicherung von der Versicherung von Rohstoffen und Waren, die während der Verarbeitung mehrere Betriebe zu durchlaufen hatten. Diese Versicherung gegen alle Gefahren wurde jedoch von der Aufsichtsbehörde verboten, da sie in das Gebiet der aufsichtspflichtigen Versicherungsweige mit der Deckung der Gegenstände während des Ruhezustandes übergriff. Um eine Abgrenzung zu ermöglichen, wurde damals der Begriff der aufsichtsfreien Lagerversicherung aufgestellt.

Gegen diese Form der Einheitsversicherung bestehen schwerwiegende versicherungstechnische Bedenken. Man kann dabei nur die Eigengefahr der zu versichernden Gegenstände berücksichtigen. Unmöglich ist dadurch die Berechnung der Risikoprämie. Endlich können große Kumulierungen vorkommen, ohne daß der Versicherer davon Kenntnis erhält.

Neuerdings beschränkt man sich in der Auswahl der zu deckenden Gefahren und verzichtet auf vollständige Freizügigkeit der versicherten Gegenstände. Man hat jetzt auch einheitliche Versicherungsbedingungen ausgearbeitet, welche die Rechte und Pflichten der Parteien genau regeln. Diese Versicherungsart bietet dem Versicherungsnehmer die Annehmlichkeit, nur noch eine Police zu haben, während sie dem Versicherer Verwaltungsarbeit erspart. Da der Versicherungsraum bekannt ist, kann eine sorgfältige Maximierung vorgenommen werden. Im Laufe der Zeit haben sich solche Einheitsversicherungen auf den verschiedensten Gebieten ausgebildet. Eine solche ist z. B. die gerade behandelte Autokaskoversicherung. Wir finden sie weiter für die Versicherung von Hausrat gegen Feuer, Einbruchsdiebstahl, Aufruhr und Wasserleitungsschäden. Ihr Hauptgebiet hat sie aber auch heute noch in der Transportversicherung.

Nach der Stellungnahme des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung ist die Einheitsversicherung ein aufsichtspflichtiger Versicherungsweige. Das gilt auch dann, wenn sie sich auf den Warenumlauf zu Lande bezieht, soweit dabei Lagerungen und Versicherungen gegen Gefahren vorkommen, die sonst durch aufsichtspflichtige Versicherungsweige gedeckt werden.

## § 10. Die Feuerversicherung.

Literatur: DOMIZLAFF, Die allgemeinen Versicherungsbedingungen für Feuerversicherung nebst Zusatzbedingungen für Landwirtschaft. Berlin 1921; DOMIZLAFF, Die Feuerversicherung; DOMIZLAFF-BLASE, Feuerversicherung. Berlin 1924; HAGEN, Die Haftung der Versicherungsforderung für die Hypotheken. In den Jahrbüchern des bürgerlichen Rechts. Jena 1906; HOPPE, Der Versicherungswert in der Feuerversicherung. Berlin 1907. Jahrbuch der öffentlichen Feuerversicherungsanstalten in Deutschland; KITCHIN, The principal and finance of fire insurance. London 1904; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. Berlin 1924; MANES, Grundzüge des Versicherungswesens. Berlin 1923; SCHAEFFER, Die Verstaatlichung des Feuerversicherungswesens, insbesondere der Mobiliarversicherung. Hannover 1884; VALKE, Versicherungswert bei der Feuerversicherung. Berlin 1904.

I. 1. Begriff der Feuerversicherung. Wie schon der Name dieses Versicherungszweiges besagt, soll durch ihn der Versicherungsnehmer Schutz vor den finanziellen Auswirkungen eines Brandes erhalten. Wenn man aber die Allgemeinen Versicherungsbedingungen durchsieht, so findet man zwar den Brand als Gefahr angegeben, nicht aber, was man darunter zu verstehen hat. Der Begriff des Brandschadens ist aber im Hinblick auf die Haftung des Versicherers von größter Bedeutung. Die bisher aufgestellten Begriffsbestimmungen weichen in verschiedenen Punkten voneinander ab. Maßgebend für die praktische Handhabung der Feuerversicherung ist die Begriffsbestimmung des Reichsgerichts geworden. Es sieht als Brand ein Feuer an, das einem Gegenstand derart mitgeteilt wird, daß es sich auch nach Entfernung des Zündstoffs an dem Gegenstande weiter zu verbreiten vermag. Noch mehr bestimmend für die Praxis ist die Begriffsbestimmung des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung. Nach seiner Ansicht ist ein Brandschaden dann gegeben, wenn mit dem schadenbringenden Feuer die Gefahr eines unbeherrschbaren Weiterverbreitens verbunden war. Danach gehören also nicht zu den Brandschäden die sogenannten Sengschäden. Bei ihnen fehlt die Feuererscheinung, die in dem Vorkommen einer offenen Flamme zu erblicken ist. Brand liegt auch bei Feuererscheinungen nicht vor, wenn die Gefahr eines unbeherrschbaren Weitergreifens fehlt. Endlich gehören nicht hierher die sogenannten Betriebsschäden. Dies sind Schäden, welche die versicherten Sachen durch ein Feuer erleiden, dem sie ihrer Bestimmung gemäß ausgesetzt werden.

2. Umfang der Feuerversicherung. Nicht allein die durch einen Brand verursachten Schäden werden durch die Feuerversicherung gedeckt, sie hat vielmehr den Kreis der gedeckten Gefahren noch etwas weiter gezogen. Ersetzt werden auch noch Schäden, die an den versicherten Sachen durch Blitzschlag entstehen. Hierunter fallen nur solche Schäden, die durch den Übergang des Blitzes auf die versicherten Sachen entstehen, aber nicht, soweit sie durch Induktion oder Influenz durch atmosphärische Elektrizität hervorgerufen werden. Gedeckt sind weiter Schäden durch Explosion von Leuchtgas aller Art, auch wenn es zu anderen als zu Beleuchtungszwecken dient, oder durch Explosion von Haushaltungs-Heizeinrichtungen und von Beleuchtungskörpern. Unter Explosion versteht man jede auf dem Ausdehnungsbestreben von Gasen oder Dämpfen beruhende plötzlich verlaufende Kraftäußerung, ganz gleichgültig, ob die Gase oder Dämpfe bereits vor der Explosion vorhanden waren oder sich erst bei ihr entwickelten. Über den Umfang, in welchem Explosionsschäden eingeschlossen werden, gehen die Versicherungsbedingungen der Privatversicherer und Sozietäten auseinander. Diese schließen nämlich auch noch die Explosion von Dampfkesseln und Explosionsmotoren in die Versicherung ein.

3. Geschichtliche Entwicklung. Im Altertum hat man Spuren einer Feuerversicherung bisher nicht nachzuweisen vermocht. Die ersten Anfänge liegen vielmehr wieder bei den Gilden, die gegenseitige Hilfeleistung zur Aufgabe hatten. Da aber ein Rechtsanspruch des Geschädigten nicht bestand, kann man von einer



Versicherung im technischen Sinne hier nicht sprechen. Es fehlten zudem auch sämtliche technischen Unterlagen für eine ordnungsmäßige Versicherung. Insbesondere wurden die Beiträge nicht nach dem erforderlich werdenden oder dem zu erwartenden Bedarfe erhoben. Brandschäden waren wegen der damaligen Bauweise und wegen der Ausbildung des Feuerlöschwesens völlig unübersehbar. Da aber auf irgendeine Weise geholfen werden mußte, konnte mit dem Erstarken der Staatsgewalt der Staat hier eingreifen. Er tat dies durch Gewährung von Darlehn oder durch Einräumung von Steuernachlässen. Oft griff er auch zu dem Hilfsmittel des sogenannten Brandbettel. Den Abgebrannten wurde, namentlich wenn es sich um größere Brände handelte, von der Obrigkeit ein sogenannter Brandbrief gegeben. In ihm wurde der Brand bescheinigt und die Erlaubnis erteilt, überall Betteln zu dürfen, während das Publikum gebeten wurde, den Geschädigten zu helfen. Nach dem dreißigjährigen Kriege wurde die Erhaltung der Sachen bei der allgemeinen Armut aber unumgänglich notwendig. Von Staats wegen wurden jetzt Unternehmungen ins Leben gerufen, die Brandschäden zu ersetzen hatten, wogegen die Einwohner bestimmte Beiträge zu leisten hatten. Damit haben wir eine tatsächliche Feuerversicherung und sehen zugleich auch den Grund des vielfach noch heute bestehenden Versicherungszwanges. Die älteste derartige Unternehmung ist die im Jahre 1676 in Hamburg errichtete Generalfuerkasse. Andere Staaten folgten diesem Beispiel. Namentlich Preußen wurde auf diesem Gebiete von besonderer Bedeutung. Es versuchte zunächst, ein Unternehmen für das ganze Staatsgebiet zu errichten. Dies schlug jedoch fehl. Darauf gründete man Unternehmungen für die einzelnen Landesteile, die wir heute noch in den Sozietäten vor uns haben. Das älteste preußische Unternehmen ist die 1718 errichtete Berliner Sozietät. In späterer Zeit ging man dazu über, den Versicherungszwang zu beseitigen, nachdem sich die Unternehmungen genügend eingeführt hatten.

Alle diese Unternehmungen beschäftigten sich damals nur mit der Versicherung von Häusern. Die Mobilversicherung wurde von Privatunternehmungen und zwar von Gegenseitigkeitsvereinen aufgebracht. In größerem Umfange wurde sie erst betrieben, als im Jahre 1786 die englische Gesellschaft Phönix in Hamburg eine Zweigniederlassung einrichtete. Bald folgten deutsche Unternehmungen in der Aufnahme des Betriebes.

4. Bei der Durchführung der Feuerversicherung muß man die Versicherung von Immobilien und von Mobilversicherung unterscheiden. Die Immobilienversicherung wird in großem Umfange von den öffentlichen Versicherungsanstalten betrieben. Teilweise muß sie sogar bei diesen Unternehmungen genommen werden. Überhaupt ist die Feuerversicherung bis jetzt noch das Hauptgebiet, auf dem die privaten Unternehmungen mit den Sozietäten im Wettbewerbestehen. Im großen und ganzen sind die Versicherungsbedingungen beider Unternehmungsgruppen ziemlich gleich. Es bestehen zur Zeit sogar Bestrebungen, die vorhandenen Unterschiede vollständig zu beseitigen.

Wir werden im folgenden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Versicherungsunternehmungen zugrunde legen. Dabei müssen wir aber bemerken, daß seit einiger Zeit an der Aufstellung neuer Versicherungsbedingungen gearbeitet wird, die zum Teil nur sprachliche, zum Teil aber auch sachliche Änderungen bringen sollen. Sie sind bisher vom Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung noch nicht genehmigt worden.

Bei der Beurteilung des Risikos ist wieder die objektive und die subjektive Seite auseinander zu halten. Namentlich ist festzustellen, was brennen und was zur Entstehung eines Brandes führen kann. Weiter ist wichtig, wie sich voraussichtlich ein einmal ausgebrochener Brand gestalten wird, welchen Umfang er aller Wahrscheinlichkeit nach und welchen Grad der Zerstörung oder Beschädigung der brennbaren und nichtbrennbaren Gegenstände annehmen wird. Es kommt aber nicht

nur auf die, kurz gesagt, Brennbarkeit des Risikos selbst an, zu beachten ist vielmehr auch, in welchem Umfange das zu deckende Risiko durch benachbarte Risiken gefährdet wird. Daher sind bis zu einem Umkreis von 30 m alle Risiken mit zu berücksichtigen.

Bei der Übernahme eines Risikos muß weiter geprüft werden, ob durch ein Schadenereignis nicht die Haftung mehrfach ausgelöst wird, mehrere Versicherungen also für den Versicherer ein Risiko bilden. Die Technik der Feuerversicherung besteht zu einem guten Teil darin, einwandfrei zu erkennen, was als ein Risiko anzusehen ist. Schwierig liegen die Verhältnisse vor allem bei industriellen und manchmal auch landwirtschaftlichen Risiken. Die Risiken werden in sogenannte Komplexe, das sind Teilrisiken, eingeteilt. Für sie wird die Schadenwahrscheinlichkeit gesondert festgestellt. Hierauf müssen wir bei der Besprechung der Rückversicherung zurückkommen.

Beim subjektiven Teil des Risikos ist vor allem der Charakter des Antragsstellers von Wichtigkeit. Zu berücksichtigen sind weiter seine finanzielle Lage sowie der Ruf, dessen er sich an seinem Wohnort erfreut, etwaige Unzweckmäßigkeit der Betriebsanlagen, ungünstige Lage des Geschäfts, Dauer der Unternehmereigenschaft, um nur einige Beispiele anzuführen. Endlich möchten wir noch die allgemeine Wirtschaftslage erwähnen. Ihr Einfluß ist so stark, daß man sogar den Begriff der Konjunkturbrände geprägt hat. Bei einem Rückgange der Preise kann ein Unternehmer seine Waren vielfach nur mit Verlust absetzen. Den Absatzschwierigkeiten ist er aber entgangen, wenn die Waren durch einen Brand vernichtet sind. Rückläufige Preisbewegungen pflegen daher von einer ansteigenden Brandkurve begleitet zu werden. Das subjektive Risiko läßt sich allerdings nur zum Teil durch die Beantwortung der vorgedruckten Fragen erfassen. Die Versicherer legen daher großen Wert darauf, daß ihnen der Agent, der den Antrag aufgenommen hat, möglichst genau und ausführlich seine Ansicht über das subjektive Risiko mitteilt.

Umfang der Haftung. Im Falle eines Brandes hat der Versicherer den durch die Zerstörung oder die Beschädigung der versicherten Sachen entstehenden Schaden zu ersetzen, soweit der Schaden die versicherten Sachen betrifft und soweit die Zerstörung oder die Beschädigung auf der Einwirkung des Feuers beruht. Ersetzt werden weiter die Schäden, die bei dem Brande durch Löschen, Niederreißen oder Ausräumen verursacht werden oder die unvermeidliche Folge eines Brandes sind, der auf dem Grundstücke, auf dem sich die versicherten Sachen befinden, oder auf einem angrenzenden Nachbargrundstücke stattgefunden hat. Der Versicherer hat auch den Wert der versicherten Sachen zu ersetzen, welche bei dem Brande abhanden kommen. Einen weiteren Schaden, insbesondere einen weiteren mittelbaren Schaden, sowie den durch Eintritt des Versicherungsfalls entgehenden Gewinn umfaßt die Versicherung nur, soweit dies besonders vereinbart ist. Im Falle von Erdbeben, inneren Unruhen oder Kriegsereignissen jeder Art haftet der Versicherer nur, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß der Schaden mit diesen Ereignissen weder unmittelbar noch mittelbar im Zusammenhang steht.

Der Versicherer haftet, wie sich bereits aus unseren Ausführungen über den Begriff des Brandes ergibt, nicht für Seng- und Betriebsschäden. Das gleiche gilt von den sogenannten Fermentations- oder Gärungsschäden. Sie kommen namentlich bei Heu, das nicht trocken genug eingefahren worden ist, vor. Bis zum Ausbruch einer offenen Flamme kann die innere Erhitzung doch so groß gewesen sein, daß eine Verkohlung eingetreten ist. Diese Schäden fallen an sich nicht unter die Versicherung, können aber durch eine besondere Vereinbarung mit eingeschlossen werden.

Das Risiko ist bei der Feuerversicherung wesentlich bedingt durch die Lage des versicherten Gegenstandes. Bei der Immobilienversicherung ist diese ein für allemal gegeben. Bei der Mobiliarversicherung muß dagegen zur genauen Um-

grenzung des Risikos der räumliche Geltungsbereich, innerhalb dessen die versicherten Sachen ihren Stand- und Aufbewahrungsort wechseln können, festgelegt werden. Damit wäre eine Freizügigkeit nur in so beschränktem Umfange gegeben, daß damit den Bedürfnissen des Verkehrs nicht genügt wäre. Man hat daher noch eine sogenannte Außenversicherung eingeführt. Diese kann aber andererseits auch nicht wieder in so unbeschränktem Umfange gewährt werden, daß alle Sachen dort, wo sie sich gerade befinden, als versichert gelten. Wir finden sie vielmehr nur für Umzugsgut und für häusliches Mobiliar und Arbeitsgerät und auch hier noch mit einer räumlichen Beschränkung. Bei einem durch Wohnungswechsel veranlaßten Umzuge innerhalb des deutschen Reiches tritt ohne weiteres die neue Wohnung an die Stelle der alten als „Versicherungslokalität“. Um einer Kumulierungsgefahr zu entgehen, muß aber der Versicherer die Möglichkeit haben, nach dem Umzuge alsbald die Versicherung zu kündigen. Die Haftung wird bezüglich des Umzugsgutes dann noch auf einen Schaden ausgedehnt, von dem das häusliche Mobiliar auf dem Umzuge nach der anderen Wohnung betroffen wird. Für den Schaden am häuslichen Mobiliar und Arbeitsgerät haftet der Versicherer auch dann, wenn solche Sachen von einem Brande betroffen werden, während sie sich im Gebiet des deutschen Reichs vorübergehend außerhalb der Versicherungslokalität befinden, soweit auf den außerhalb der Versicherungslokalität entstehenden Schaden an solchen versicherten Sachen zusammen nicht mehr als 10% der für die versicherten Sachen solcher Art zusammen im Vertrage vorgesehenen Versicherungssumme und höchstens 2000 M. entfallen.

Diese beiden Arten der Außenversicherung sind prämienfrei in die Versicherung eingeschlossen. Es besteht aber bezüglich der genannten Beträge eine Meinungsverschiedenheit zwischen den Privatversicherern und dem Aufsichtsamt. Jene fassen die zahlenmäßige Begrenzung als Schadenmaximum auf. Wenn also bei der Mobiliarversicherung eine Unterversicherung vorliegt, so wenden sie diese auch auf die Außenversicherung an. Das Aufsichtsamt will diesen Einwand der Unterversicherung aber nicht zulassen und erblickt in der Außenversicherung eine Versicherung auf erstes Risiko.

Eine Außenversicherung, angepaßt an das besondere Risiko, findet sich noch in den Zusatzbedingungen für die Landwirtschaft. Soll sonst eine Außenversicherung genommen werden oder soll das Geltungsgebiet ausgedehnt werden, so bedarf es besonderer Vereinbarungen. Für sie wird dann aber auch ein Prämienzuschlag erhoben. Man unterscheidet dabei noch selbständige und abhängige Außenversicherungen. Im Schadenfalle kann eine Außenversicherung mit einer sogenannten Fremdversicherung, das ist eine Versicherung, die der Versicherungsnehmer über ihm nicht gehörende Sachen abgeschlossen hat, zusammentreffen. Nach der ständigen Handhabung in der Praxis geht in solchen Fällen die Fremdversicherung der Außenversicherung vor. Bei Inanspruchnahme hat der Außenversicherer ein Rückgriffsrecht gegen den Fremdversicherer. Nur für Arbeitsgerät der Arbeiter geht die Außenversicherung des Arbeiters der Fremdversicherung des Arbeitgebers vor.

Das Wertproblem ist auch in der Feuerversicherung außerordentlich schwierig, denn selbst wenn man den Sachwert zugrunde legt, kann es immer noch fraglich sein, ob man vom Gebrauchswert, dem früheren Herstellungswert oder dem Wiederherstellungswert ausgehen muß. Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist bei Haushaltungs- und Gebrauchsgegenständen dieser letztgenannte Wert maßgebend, wobei im Schadenfalle ein entsprechender Abzug für Alter und Abnutzung zu machen ist. Bei Gebäuden gilt der ortsübliche Bauwert als Versicherungswert. Bei Rohstoffen, Halbfabrikaten und fertigen Waren wird vom Herstellungswert ausgegangen, bei gekauften Sachen vom Anschaffungswert, bei Ernte und Vieh vom Verkaufswert. Abweichungen von dieser Handhabung müssen stets besonders vereinbart

werden. Das gilt besonders von einem wissenschaftlichen, Kunst- oder Liebhaberwert.

Wichtig für die Handhabung der Bestimmungen über Unter-, Über- und Doppelversicherung in der Praxis ist es, wie die Werte angegeben werden. Ersichtlich sind sie aus den Angaben des Versicherungsnehmers im Antrage. Sie können für jede versicherte Sache, gattungsweise oder insgesamt in einer Summe angezeigt werden. Die erste wie die letzte Modalität entspricht aber nicht den Bedürfnissen der Praxis und ist daher heute ungebräuchlich. Die Wertangabe für ein Stück kann nur dann in Frage kommen, wenn der Wert unverändert bleibt oder nur ganz geringfügigen Schwankungen unterliegt. Man ist daher zur sogenannten positionsweisen Versicherung übergegangen. Der Versicherungswert wird nur für eine „Position“, in der die versicherten Sachen gattungsweise zusammengefaßt sind, ausgeworfen. Das hat die Bedeutung, daß eine Unterversicherung nur dann angenommen werden darf, wenn die für die Position angesetzte Versicherungssumme hinter dem Wert aller zu der betreffenden Position gehörigen versicherten Sachen zurückbleibt. Damit wird erreicht, daß Wertschwankungen innerhalb einer Position sich ausgleichen. Weiter wird die Schadenberechnung ganz wesentlich vereinfacht. In den Anträgen kann man eine ganze Reihe von Positionen feststellen. Allein die Haushaltungsgegenstände verteilen sich auf 16 Positionen. Man ist dazu übergegangen, auch noch die Positionen von gattungsverwandten Sachen zusammenzufassen. So haben sich die Versicherer auf Anregung des Reichsaufsichtsamts bereit erklärt, die 16 Positionen für Haushaltungsgegenstände als nur eine Position bei der Handhabung des Vertrages anzusehen. Eine solche Zusammenziehung mehrerer Positionen in eine Position nennt man Kompensation. Sie bewirkt zum Schutze des Versicherungsnehmers gegen eine Unterversicherung einen sehr weitgehenden Ausgleich von Wertschwankungen untereinander.

Vielfach werden vom Versicherer vor der Deckung des Risikos Sicherheitsvorschriften aufgestellt. Nach ihnen hat der Versicherungsnehmer jeweils der Sachlage angepaßte Vorkehrungen zu treffen, die geeignet sind, die Brandgefahr einzuschränken oder einen etwaigen Schaden möglichst gering zu halten. Die Versicherer haben damit eine volkswirtschaftlich außerordentlich wichtige Arbeit geleistet, denn viel wichtiger als der Ersatz vernichteter Werte ist ihre Erhaltung. Namentlich für Fabriken und gewerbliche Anlagen sind derartige sehr umfangreiche Sicherheitsvorschriften aufgestellt worden. An ihrer Weiterentwicklung und vor allem auch an ihrer Vereinfachung wird ständig gearbeitet. Solche Sicherheitsvorschriften dürfen naturgemäß vom Versicherungsnehmer nicht verletzt werden. Er darf auch ihre Verletzung durch einen Dritten weder gestatten noch dulden.

Im allgemeinen wird bei der Feuerversicherung eine Vollwertversicherung genommen. Versicherungen auf erstes Risiko konnten lange Zeit nicht abgeschlossen werden. Die deutschen Feuerversicherer lassen sie auch jetzt nur für Versicherungen des sogenannten bürgerlichen Risikos zu. Auch Bruchteilversicherungen findet man nahezu überhaupt nicht in Deutschland. Vielfach wird aber von den Versicherern eine sogenannte Selbstversicherung des Versicherungsnehmers ausbedungen. Man versteht darunter die Vereinbarung, daß der Versicherungsnehmer im Versicherungsfalle einen bestimmten Teil des Schadens selbst zu tragen hat. Da er durch diese Bestimmung auf ein möglichst sorgfältiges Verhalten und damit auf einen nach Möglichkeit schadenfreien Verlauf der Versicherung hinwirken soll, darf er für diesen Anteil nicht anderweitig Versicherung nehmen.

Wird die versicherte Sache von dem Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnisse sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein. Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen, andernfalls nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die

Befreiung des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung eintreten kann. Erwerber und Versicherer haben ein Kündigungsrecht, um jeder der beiden neuen Vertragsparteien das Recht zu wahren, die Verbindung alsbald zu lösen. Namentlich für den Versicherer, für den, wie wir gesehen haben, das subjektive Risiko sehr zu beachten ist, kann diese Bestimmung von großer Bedeutung werden.

Der Eintritt eines Schadenfalles ist vom Versicherungsnehmer dem Versicherer und der Ortspolizeibehörde unverzüglich anzuzeigen. Bevor der Schaden festgestellt ist, dürfen Aufräumarbeiten nicht vorgenommen werden. Die Feststellung des Schadens und vor allem die Berechnung des Schadens ist eine namentlich in der industriellen Feuerversicherung oft außerordentlich schwierige Aufgabe, die große Materialkenntnisse voraussetzt. Neben dem tatsächlichen Schaden sind auch noch die Aufwendungen zur Schadenminderung zu ersetzen. Nicht hierunter fallen die Kosten für Leistungen der im öffentlichen Interesse bestehenden Feuerwehren oder anderer zur Löschhilfe Verpflichteter. Desgleichen werden die Aufräumungskosten nicht ersetzt.

Die Schadenfeststellung gibt nicht selten zu Streitigkeiten Anlaß. Da es sich dabei in der Regel um die Feststellung von Tatumständen und Werten handelt, erscheinen die Gerichte zur Schlichtung derartiger Meinungsverschiedenheiten nicht geeignet. Die Versicherungsbedingungen sehen für diesen Fall ein genau geregeltes Sachverständigenverfahren vor. Jede Partei ernennt innerhalb einer bestimmten Frist einen Sachverständigen, widrigenfalls das Ernennungsrecht auf die Gegenpartei übergeht. Vor Beginn des Feststellungsverfahrens ernennen die beiden Sachverständigen einen Obmann, der für den Fall, daß sie sich nicht einigen können, in Tätigkeit tritt, aber dann nur über die streitig gebliebenen Punkte, und zwar nur innerhalb der Grenzen der Feststellungen der beiden Sachverständigen befindet. Aus den Feststellungen der Sachverständigen muß der Versicherungswert der Sachen zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach dem Versicherungsfalle hervorgehen. Bei den übriggebliebenen Teilen und Materialien ist ihre Verwendbarkeit für die Wiederherstellung zu berücksichtigen.

Die Entschädigung ist nach dem Ablaufe eines Monats seit dem Zeitpunkt fällig, in dem der Schaden vollständig festgestellt ist. Ihrer Auszahlung können Legitimationsmängel entgegenstehen. Vor Aufhebung des Hindernisses ist der Versicherer weder zur Hinterlegung noch zur Zahlung verpflichtet, noch hat er die Folgen eines Zahlungsverzuges zu vertreten.

Die Feuerversicherung berührt auch sehr stark das allgemeine öffentliche Interesse. Daraus ergab sich schon die Bestimmung, daß jeder Brandschaden sofort der Polizeibehörde anzuzeigen ist. Auf jeden Fall soll vermieden werden, daß die Versicherung zu einer Brandstiftung anreizt. Vor der Auszahlung muß daher ein polizeiliches Unbedenklichkeitszeugnis beigebracht werden. Hierfür sprechen aber auch noch baupolizeiliche Gründe. Vielfach verstoßen nämlich bestehende Gebäude gegen einen meist erst später aufgestellten Bebauungsplan. Meist wird die Baufluchtlinie irgendwie dabei eine Rolle spielen. Vom Standpunkte der Baupolizei ist es verständlich, wenn sie zu erreichen versucht, daß die Wiedererrichtung des Gebäudes dem Bebauungsplane entspricht. Sie wird daher nur dann ihre Genehmigung zum Wiederaufbau erteilen, wenn sich der Versicherungsnehmer ihren Wünschen fügt. Etwaige auf einem vollständigen oder teilweisen polizeilichen Wiederaufbauverbot für den Versicherungsnehmer entstehende Nachteile sind nicht durch die Versicherung gedeckt.

Eine außerordentlich große Bedeutung kommt der Feuerversicherung für den Realkredit zu. Dieser kann nur dann sicher gewährt werden, wenn für den Hypothekengläubiger eine Wiedererrichtung des Gebäudes nach einem Schadenfalle gewährleistet ist. Das Gesetz mußte daher bei der Regelung der Schadenzahlung auch auf die Interessen der Hypotheken-, Grundschulden- und Rentenschuldgläubiger

Rücksicht nehmen. Im Anschluß an das Gesetz schreiben die Versicherungsbedingungen vor, daß die Entschädigung, wenn das versicherte, vom Schadenfall betroffene Gebäude mit Hypotheken, Reallasten, Grund- oder Rentenschulden belastet war, nur zur Wiederherstellung gezahlt werden darf. Der Versicherungsnehmer kann die Zahlung erst verlangen, wenn die bestimmungsmäßige Verwendung des Geldes gesichert ist, es sei denn, daß die vor dem Versicherungsfalle eingetragenen Realgläubiger in die unbedingte Zahlung willigen oder selbst zur Empfangnahme der Entschädigungsleistung berechtigt sind. Vor der Wiederherstellung kann der Anspruch auf die Entschädigung nur an den Erwerber des Grundstücks oder an den Baulieferanten abgetreten werden, sowie an solche Gläubiger, welche bare Vorschüsse zum Wiederaufbau gegeben haben. Der Versicherer muß sich daher vor der Zahlung die Belastung des Grundstücks nachweisen lassen. Will er gleichwohl vor Sicherstellung der Verwendung der Entschädigung zum Wiederaufbau zahlen, so kann er das einen Monat nach Anzeige des Schadenfalles an die Realgläubiger, wenn diese innerhalb dieser Frist der Zahlung nicht widersprochen haben. Bis zur Zahlung der Entschädigung haben sie das Recht, die Entschädigungsforderung im Wege der Zwangsvollstreckung zu ihren Gunsten zu verwerten. Dieses Recht erlischt mit der Wiederherstellung des Gebäudes.

Die Hypothekengläubiger pflegen ihre Hypotheken bei den Versicherern anzumelden und sich Hypothekensicherungsscheine geben zu lassen. Darin ist zugesagt, daß die Versicherung auf Wunsch des Gläubigers für sein Interesse unter allen Umständen fortgesetzt wird und daß ihm jeder bedeutende Schaden innerhalb einer Woche angezeigt wird. Den Gläubigern von angemeldeten Hypotheken gegenüber wirkt eine Kündigung, ein Rücktritt oder eine sonstige Tatsache, welche die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem ihm die Beendigung mitgeteilt worden oder zu seiner Kenntnis gelangt ist. Auch kann die Nichtigkeit der Versicherung wegen einer absichtlich genommenen Über- oder Doppelversicherung derartigen Hypothekengläubigern gegenüber nicht geltend gemacht werden.

Noch weiter geht es, daß die Leistungsfreiheit des Versicherers wegen des Verhaltens des Versicherungsnehmers einem Hypothekengläubiger gegenüber nicht eintritt. Eine Ausnahme hiervon besteht nur, wenn die Prämie nicht rechtzeitig gezahlt wird. Jeder Rückstand des Versicherungsnehmers in der Prämienzahlung muß aber den Hypothekengläubigern, die ihre Hypotheken angemeldet haben, vom Versicherer angezeigt werden, wobei ihnen eine Frist zur Prämienzahlung gesetzt wird. Wenn schon die Versicherung in ihrem Interesse fortgeführt werden soll, so müssen sie die Prämien zahlen. Eine solche Prämienzahlung von einem Hypothekengläubiger darf der Versicherer auch bei Widerspruch des Versicherungsnehmers nicht ablehnen.

Die Entschädigung ist nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles mit 1% unter dem Diskontsatz derjenigen Zentralnotenbank, in deren Währung zu leisten ist, aber mit nicht mehr als 6% jährlich zu verzinsen.

Der Versicherer haftet für einen durch einen späteren Versicherungsfall entstehenden Schaden innerhalb der laufenden Versicherungsperiode nur bis zur Höhe des nach Abzug der zu leistenden Entschädigung verbleibenden Restbetrags der Versicherungssumme. Erstreckt sich die Versicherung über die laufende Versicherungsperiode hinaus, so wird angenommen, daß die Versicherung hinsichtlich der Versicherungssumme und der Prämie für die folgenden Versicherungsperioden in der bisherigen Höhe und zu den bisherigen Bedingungen fortgesetzt wird, sofern sich nicht aus den Umständen ein anderes ergibt.

Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles sind beide Teile berechtigt, jeden zwischen ihnen bestehenden Feuerversicherungsvertrag zu kündigen. Die Kündigung hat vor Ablauf von zwei Wochen seit Auszahlung oder Ablehnung der Ent-

schädigung zu erfolgen. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers erlischt bei Verletzung der Obliegenheit zur unverzüglichen Anzeige des Versicherungsfalls an den Versicherer. Wird kein Schadenersatz beansprucht, so kann jeder Teil nur bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an, in welchem er von dem Versicherungsfall Kenntnis erlangt, kündigen. Für diese Kündigungen ist eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.

In den Fällen der Aufhebung oder des Erlöschens des Versicherungsverhältnisses vor dem Ablauf der Vertragszeit erhält der Versicherer gleichwohl die Prämie, bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode. Hebt nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls der Versicherer das Versicherungsverhältnis auf, so hat er die Prämie, welche auf die nach Abzug der Entschädigung verbleibende Versicherungssumme entfällt, nach Verhältnis der noch nicht abgelaufenen Versicherungszeit zurückzuzahlen. War die Versicherung mit einer Vergünstigung für Vorauszahlung der Prämie abgeschlossen, so wird die für mehrere Versicherungsperioden vorausgezahlte Prämie so weit zurückgewährt, als sie denjenigen Prämienbetrag übersteigt, welchen der Versicherer nach seinen Geschäftsgrundsätzen berechnen würde, wenn die Versicherung von vornherein für die Zeit abgeschlossen worden wäre, für die ihm die Prämie gebührt.

Für die industrielle Feuerversicherung kommen die mannigfaltigsten Klauseln in Betracht. Von besonderer Wichtigkeit ist die sogenannte Verkaufspreisklausel. Für bereits fest verkaufte und fertiggestellte Waren kann der Verkaufspreis an Stelle des Herstellungspreises der Schadenberechnung zugrunde gelegt werden. Auf diese Weise erhält der Unternehmer auch den durch die Nichtlieferung entgangenen Gewinn ersetzt. Besondere Zusatzbedingungen sind dann noch für landwirtschaftliche Risiken aufgestellt worden. Namentlich die Schoberversicherung kommt in Betracht. Für jede Schobergruppe muß der Wert besonders ausgeworfen werden. Bei der Bemessung des Risikos sind die Zwischenräume zwischen den einzelnen Schobern zu beachten, ebenso wie die Entfernung des nächsten Schornsteins und des nächsten Eisenbahngleises, um die Gefahr des Funkenfluges beurteilen zu können. Das Getreide auf dem Halm ist in die Versicherung eingeschlossen. Schwere Gefahrenquellen sind in der Landwirtschaft dann namentlich die Vorgänge beim Dreschen, da dies jetzt wohl allgemein mit Maschinen geschieht. Zu beachten ist dabei die Aufstellung einer feuergeheizten Antriebmaschine, die mit einem Funkenfänger und einem Aschenkasten versehen sein muß.

Einige Risiken werden von den Versicherern als so schwer angesehen, daß sie sich ihrer Ansicht nach für eine Versicherung überhaupt nicht eignen. Man spricht dann von notleidenden Risiken. Und doch handelt es sich bei ihnen in der Regel um volkswirtschaftlich nicht entbehrliche Betriebe. Würden diese nicht durch Versicherung gedeckt werden können, so würde für sie ein Versicherungsnotstand entstehen. Infolgedessen haben die betreffenden Regierungen, denen die Feuerversicherer nach dem VAG die Aufnahme des Geschäftes anzeigen müssen, mit den Privatversicherern Vereinbarungen über die Deckung derartiger Versicherungen getroffen. Namentlich verlangt das Reichsaufsichtsamt bei Neuzulassungen die Abgabe einer geschäftsplanmäßigen Erklärung, daß sich die Unternehmung auch an der Deckung von notleidenden Versicherungen beteiligen werde. Bei diesen Risiken kommt den Sicherheitsvorschriften naturgemäß eine ganz besonders große Bedeutung zu.

Für die Prämienberechnung sind bei der Feuerversicherung Ort, Bauart, Bedachung, Inhalt oder Betrieb und Nachbarschaft des Wagnisses von Bedeutung, weil von ihnen die Feuergefährlichkeit eines Risikos und die Möglichkeit der Ausbreitung eines Brandes abhängt. Die einzelnen Orte innerhalb des Deutschen Reiches sind in drei Ortsklassen eingeteilt. Zur Ortsklasse A gehören die Städte mit Berufsfeuerwehr oder die Städte mit mehr als 100 000 Einwohnern, zur Orts-

klasse B die Städte mit weniger als 100 000 Einwohnern und Ortschaften städtischen Charakters ohne Berufsfeuerwehr, jedoch mit Hochdruckwasserleitung und sonstigen zweckmäßigen Löscheinrichtungen. Ausgenommen sind aber diejenigen Orte oder Ortsteile, in denen vorwiegend oder in erheblichem Maße Landwirtschaft betrieben wird, Bauartklasse II vorherrschend ist oder eine ungünstige Brandstatistik herrscht. Diese Orte fallen schon unter die Ortsklasse C, zu der auch alle nicht unter A oder B fallenden Ortschaften gehören. Die Feuerversicherer unterscheiden weiter fünf Bauartklassen und zwar

Bauartklasse I: Gebäude mit massiven Umfassungswänden von Stein oder Backsteinen, Stampfbeton, Eisenbeton oder Eisenbetonfachwerk ohne jede Beimischung von Steinfachwerk, Lehmfachwerk oder Holz; Wellblechwände und Lehmwellerwände gelten als massiv.	} Harte Bedachung (Metall, Ziegel, Schiefer, Zement, Asphalt, Dachpappe).
Bauartklasse II: Gebäude mit Umfassungswänden teils massiv, teils von Backsteinfachwerk oder nur von Backsteinfachwerk mit oder ohne Holzbekleidung. Eisenfachwerk, mit Backsteinen ausgesetzt, gilt als Steinfachwerk.	
Bauartklasse III: Gebäude mit Umfassungswänden ganz oder teilweise von Lehm- oder Bretterfachwerk, sowie offene Schuppen.	
Bauartklasse IV: Gebäude nach Bauartklasse I und II. }	} Weiche Bedachung (Rohr, Stroh, Holzschindeln).
Bauartklasse V: Gebäude nach Bauartklasse III.	

Die in den Tarifen errechneten Prämiensätze gelten nur für Risiken unter harter Bedachung. Für weiche Bedachung wird ein Zuschlag erhoben. Die Prämie wird in einem Promillesatz von der Versicherungssumme berechnet. Bei gemischter Bauart wird sie nach der leichteren Bauart bemessen und ein angemessener Durchschnittssatz erhoben. Bei geschlossenen Feldscheunen und Reihenscheunen wird eine Selbstversicherung von meist 25% bedungen, das gleiche gilt für einen großen Teil sonstiger landwirtschaftlicher Risiken.

Kann somit beim einfacheren Geschäft die Prämienberechnung noch ohne große Schwierigkeit vorgenommen werden, so wird sie bei industriellen Risiken meist außerordentlich schwierig. An Hand des Lageplanes müssen die Komplexe festgelegt werden und für jeden der Prämiensatz und die auf ihn entfallende Versicherungssumme ausgeworfen werden. Für einfachere Gewerbebetriebe, die in einer sehr umfangreichen Liste aufgeführt sind, werden dagegen nur Zuschläge zu den Grundprämien erhoben, die die Gefahren des Betriebes und der Nachbarschaft decken sollen.

Diese Zuschlagsprämien gelten als Durchschnittssätze, die da, wo die allgemeinen Verhältnisse höhere Prämien bedingen, entsprechend erhöht und in den Fällen, wo erstklassige persönliche, sachliche und örtliche Verhältnisse es gestatten, ermäßigt werden können. In der Regel wird der volle Tarifzuschlag in kleineren Städten, Flecken, auf dem Lande und in den weniger gut gebauten Teilen größerer Städte berechnet. Ein ermäßigter Satz wird für Versicherungen in größeren, gut gebauten Städten mit breiten Straßen, zweckmäßigen Löscheinrichtungen und guter Brandstatistik bewilligt. Werden auf einem Versicherungsgrundstück mehrere zuschlagspflichtige Gewerbe betrieben oder Waren verschiedener Gattung gelagert, so ist der für das höchsttarifizierte Gewerbe oder Warenlager bestimmte Prämienzuschlag anzusetzen. Wird ein Risiko bei harter Dachung auf 20 m, bei weicher Dachung auf 30m Entfernung nicht benachbart, so gilt es als alleinliegend. Sind die Nachbargebäude oder Nachbarlager näher, so beeinflusst die etwa in der Nachbarschaft bestehende größere Feuers- oder Explosionsgefahr das Versicherungsgrundstück.



Hart gedeckte Gebäude mit Brandmauerabtrennung erleiden durch Gewerbe oder Lager in anstoßenden Gebäuden in der Regel keine Gefahrerhöhung. Ebenso werden hartgedeckte Gebäude durch gefahrerhöhende Nachbarschaft dann nicht beeinflusst, wenn das nachbarliche Risiko nach dem Tarif für sich keinen höheren Zuschlag als ½% bedingt. In allen anderen Fällen (ausgenommen Risiken, welche unter einen Sondertarif fallen), sind für nachbarlich beeinflusste Risiken, sofern ihre eigene Prämie nicht bereits höher ist, besonders aufgestellte Prämiensätze zu berechnen und zwar

	bis	5 m . . . . .	100 %	} der Prämie des gefährlicheren Risikos.
von über 5	„	10 m . . . . .	60 %	
„ „ 10	„	15 m . . . . .	40 %	
„ „ 15	„	20 m . . . . .	20 %	

II. In engem Zusammenhange mit der Feuerversicherung werden meist noch die Chomage-, Mietverlust- und Zuckerpreisdifferenz-Versicherung betrieben. Bei ihnen handelt es sich insofern um eine Ergänzung der Feuerversicherung, als diese, wie wir gesehen haben, grundsätzlich nur den reinen Sachschaden ersetzt und jeden unmittelbaren Schaden von der Deckung ausschließt. Die hier zu behandelnden Versicherungen wollen demgegenüber gerade den mittelbaren Schaden und zwar den Gewinnentgang, der durch den unter die Feuerversicherung fallenden Schaden verursacht worden ist, decken.

1. Bei der Chomage- oder Betriebsunterbrechungsversicherung ist der Versicherungsfall dann gegeben, wenn der versicherte Betrieb dadurch eine Unterbrechung erleidet, daß die zu ihm gehörenden Gebäude oder Betriebsmittel durch ein durch die Feuerversicherung gedecktes Schadenereignis zerstört oder beschädigt werden. Sie bezieht sich aber immer nur auf einen Schadenfall der technischen eigenen Betriebsmittel. Kurzfristige Betriebsunterbrechungen werden dabei nicht berücksichtigt. Ein Feuerschaden der erwähnten Art hat die Auswirkung, daß während der Unterbrechung nichts verdient wird und daß gleichwohl die Unkosten fortbestehen. Eine vollkommene Chomageversicherung muß Versicherungsschutz für beide Verlustquellen bieten. Unter Geschäftsgewinn versteht man dabei den Nettogewinn aus dem Absatz von Waren oder aus Dienstleistungen, also unter Abzug der Geschäftsunkosten. Der entgangene Gewinn besteht in dem Unterschied zwischen dem Gewinn ohne Betriebsunterbrechung und dem wirklich erzielten Gewinn. Die Feststellung dieser Differenz kann sich sehr schwierig gestalten, weil sehr viele Umstände, wie Beschäftigungsgrad, Konjunktur Preislage, Systemwechsel, Mode usw. dabei zu berücksichtigen sind. Die Geschäftsunkosten, die stets weiterlaufende sein müssen, werden im Versicherungsschein genau bezeichnet. Vor allem fallen Löhne, Gehälter, Mieten und Steuern darunter. Notwendige Abschreibungen und Amortisationsquoten können nicht versichert werden, da sie keine Geschäftsunkosten darstellen. Ebenso kann der Geschäftsinhaber keine Entschädigung für sich versichern, wenngleich diese streng genommen zu den Geschäftsunkosten gehört.

Daß der Versicherungsnehmer alles tun muß, um den Schaden möglichst gering zu halten, versteht sich ganz von selbst. Er wird sich daher sofort zu überlegen haben, ob nicht durch Entlassung eines Teils der Arbeiter oder Angestellten die laufenden Unkosten während der Zeit der Betriebsunterbrechung verringert werden können. Der Versicherer ersetzt also nur die notwendigen Unkosten. Stellt sich heraus, daß diese, auch wenn der Betrieb weiter gearbeitet hätte, nicht verdient worden wären, so ist kein Ersatz zu leisten. Wären sie nur teilweise verdient worden, so würde anteiliger Ersatz zu leisten sein. Wird der Betrieb teilweise fortgeführt oder teilweise schon wieder nach kurzer Zeit aufgenommen, so erfolgt eine Verteilung der gesamten Unkosten auf den ruhenden und arbeitenden Betriebsteil.

In der Versicherungsdauer muß der Schadenfall der Feuerversicherung eintreten. Bei der Sachschadenversicherung im allgemeinen steht damit die Leistung fest. Jetzt beginnt aber erst die Betriebsunterbrechung, von der man nicht vorher sagen kann, wie lange sie dauern wird. Es wird daher im Versicherungsvertrage von vornherein vereinbart, für welche Zeit Gewinnentgang und Unkosten vom Versicherer ersetzt werden sollen. Dies ist die Haftungsdauer. In der Praxis findet man nur drei, sechs, neun oder zwölf Monate als Haftungsdauer.

Die Haftungsdauer ist maßgebend für die Festsetzung der Versicherungssumme. Beim Abschluß einer Versicherung wird man prüfen müssen, wie lange im Höchstfalle eine Betriebsunterbrechung dauern kann. Danach wird die Haftungsdauer bestimmt. Der höchste Schaden ist dann der Ausfall, der während dieser ganzen Dauer entsteht. Ihm muß die Versicherungssumme entsprechen, wenn eine Vollwertversicherung abgeschlossen werden soll. Andernfalls liegt eine Unterversicherung vor. Auch eine Überversicherung ist möglich. Sie wird vermieden, wenn nur die Unkosten, die bei jeder Betriebsunterbrechung weiter aufzuwenden sind, versichert werden.

Die technische Handhabung der Versicherung gleicht der bei der Feuerversicherung behandelten. Vorgeschrieben ist stets, daß für die Versicherungsdauer eine Vollwertversicherung in der Feuerversicherung besteht, damit im Schadenfalle die Mittel zum sofortigen Wiederaufbau bereitstehen. Für die Prämie ist die Feuerversicherungsprämie maßgebend. Sie beträgt ohne Rücksicht auf die Haftzeit das Vierfache der Sachversicherungsprämie. Zu beachten ist aber, daß nach unseren Ausführungen die Versicherungssumme von der Länge der Haftungsdauer bestimmt wird.

2. Die Mietverlustversicherung wird in zwei Formen betrieben, als Brand- und als Konjunktur-Mietverlustversicherung. Bei jener, die stets im Zusammenhang mit der Feuerversicherung gewährt wird, wird der Schaden ersetzt, wenn die Wohnung leer stehen muß, weil sie ausgebrannt oder durch die Löschung eines Brandfalls beschädigt ist oder weil sich, trotzdem die notwendigen Reparaturen beendet sind, noch kein Mieter gefunden hat. Bei der Konjunkturversicherung wird das Leerstehen der Wohnung aus anderen Ursachen als Elementarereignissen ersetzt. Für uns kommt nur die erste Abart in Betracht.

Der Versicherungsfall ist bei der gänzlichen oder teilweisen Unbrauchbarkeit der Wohnung infolge eines Brandfalles dann gegeben, wenn der Mieter auf Grund gesetzlicher Bestimmungen von der Verpflichtung zur Zahlung der Miete frei ist. Der Betrag der Jahresmiete ist Anhaltspunkt für den Versicherungswert. Die Entschädigung wird aber nur nach dem Ertrage der zur Zeit des Versicherungsfalles vermieteten Räume berechnet und höchstens für ein Jahr gewährt. Werden die Räume vor Ablauf eines Jahres wiederhergestellt, so wird die Entschädigung nur bis zum nächsten ortsüblichen Umzugstermine gewährt. Sie wird ein Vierteljahr weiterbezahlt, wenn die Vermietung trotz aller Bemühungen nicht möglich war.

Die Mietverlustversicherung ist bei der herrschenden Wohnungsknappheit augenblicklich kaum von Bedeutung.

3. Die Zuckerpreisdifferenz-Versicherung gewährt dem Zuckerhandel, den Unternehmungen für Rübenverwertung und den Raffinerien Schutz. Im ersten Fall ist der Abnehmer aus einem Zuckerlieferungsvertrage gegen den Schaden versichert, der ihm entsteht, wenn der Lieferant bei einer durch Brand, Blitzschlag oder Explosion eintretenden Unmöglichkeit die Ware nicht liefern kann. Ersetzt wird der Unterschied zwischen dem Kaufpreis und dem Marktpreis am Lieferungstermin. Bei der Rübenverwertung besteht der Schaden darin, daß in dem vom Brande betroffenen Unternehmen die Rüben nicht verwertet werden können und vom Verwertungsverband zu einem geringeren als dem Kaufpreis übernommen werden. Bei der Versicherung der Raffinerien kann der Unternehmer durch Beschädigung seiner Fabrik infolge Brand, Blitzschlag oder Explosion den vorverkauften Zucker nicht fabrizieren und muß daher den Rohzucker anderweitig verwerten.

## § 11. Die landwirtschaftliche Versicherung.

Unter landwirtschaftlicher Versicherung versteht man die Versicherung, welche Schutz gegen die der Landwirtschaft drohenden Gefahren gewährt. Von solchen ist die Ernte und das Vieh bedroht. Man denkt dabei an die Versicherung der Gefahren, die diesen beiden Gegenständen besonders eigentümlich sind. Sie zerfällt daher auch in zwei große Zweige, die Hagelversicherung und die Viehversicherung.

### I. Die Hagelversicherung.

Literatur: MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. Leipzig 1924; ROHRBECK, Hagelversicherungsvertrag. Leipzig 1909.

1. Begriff. Die Hagelversicherung bietet Ersatz für die Schäden, die an den versicherten Gegenständen durch Hagelschlag entstehen. Es handelt sich demnach um eine Gefahr, die völlig unabhängig von jeder Einwirkungsmöglichkeit des Versicherungsnehmers ist. Ebenso liegt der Umfang des Schadens außerhalb jeder Einwirkungsmöglichkeit. Bisher ist es trotz vieler Untersuchungen noch nicht gelungen, die Ursachen des Hagelschlages fest zu bestimmen. Man hat auch noch keine vollkommen hagelsicheren Gebiete ausfindig machen können. Gegenden, die jahrelang von Hagel verschont geblieben sind, werden dann wieder mehrere Jahre hintereinander von schweren Hagelschlägen betroffen. Da somit das Bedürfnis nach Schutz allgemein für die landwirtschaftlichen Kreise ist, sind die Vorbedingungen für die Versicherung gegeben.

2. Die Entwicklung der Hagelversicherung setzt in Deutschland kaum vor Beginn des 18. Jahrhunderts ein. Sie konnte auch erst nach der damals vorgenommenen Agrarreform beginnen, da sie einen Bauernstand, der geschützt werden soll, voraussetzt. Bedeutung erlangte der Versicherungszweig aber erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts, als sich die ersten Aktiengesellschaften seiner annahmen. Schon vorher hatten kleinere Versicherungsvereine sich mit ihr beschäftigt. Der jetzt entstehende Wettbewerb zwang auch diese, ihre Geschäftsunterlagen umzuwandeln. Im Anschluß daran bildeten sich einige große Gegenseitigkeitsvereine.

Neben den Privatunternehmungen betreiben auch öffentlich-rechtliche Anstalten die Hagelversicherung. So wurde im Jahre 1884 in Bayern eine Landes-Hagelversicherungsanstalt gegründet, die aber nicht mit Zwangsrechten ausgestattet ist. In anderen Ländern hat der Staat mit Privatunternehmern Vereinbarungen über den Betrieb der Hagelversicherung getroffen und von der Gründung einer Sozietät abgesehen. Gerade diesem Versicherungszweige wandten sich nach dem Kriege die Bestrebungen zur Sozialisierung zu, ohne daß indessen bis jetzt eine Verstaatlichung vorgenommen worden ist.

3. Die Durchführung der Hagelversicherung zeigt gegenüber den übrigen Versicherungszweigen manche Besonderheit. Als Gegenstand der Versicherung kommen in erster Linie die Bodenerzeugnisse in Betracht. Daneben können aber auch Fenster, Glasplatten und Dächer versichert werden. Die Bodenerzeugnisse werden entweder vollständig oder nur nach einzelnen Fruchtgattungen versichert. Futtergewächse werden nur für den ersten Schnitt versichert. Bei Stroh- und Hackfrüchten bezieht sich die Versicherung, wenn nichts Besonderes vereinbart ist, nur auf Schäden an der Menge, nicht an der Güte. Aus der Art des versicherten Gegenstandes ergibt sich, daß das Risiko bei der Hagelversicherung immer nur kurze Zeit läuft. Es beginnt mit der Bestellung, die spätestens bis zum Mai als abgeschlossen gelten kann, und endigt mit der Ernte. In dieser Zeit wird es aber von Woche zu Woche mit dem fortschreitenden Wachstum schwerer. Frühjahrsschäden heilen oft noch ganz aus, während die Herbstschäden schon wegen der Größe der Pflanzen meist am schwersten sind.

Für die Festsetzung des Versicherungswertes muß der Wert maßgebend sein, den die Bodenerzeugnisse in dem betreffenden Jahre haben werden. Er wird daher durch alle möglichen Umstände, angefangen vom Wachstum bis zur Konjunktur beeinflusst. Damit ergibt sich die Eigentümlichkeit, daß er immer nur geschätzt werden kann. In diesen Verhältnissen ist es bedingt, daß die Schätzung erst nach Beendigung der Bestellung erfolgen kann, sobald man das Wachstum zum erstenmal beurteilen kann. In diesem Zeitpunkte läuft aber schon das Risiko für den Versicherer. Der Versicherungsnehmer muß zu diesem Zeitpunkt der Anzeige des Versicherungswertes, die in der Praxis spätestens bis zur Mitte des Juni zu erfolgen hat, gedeckt sein. Das geschieht entweder auf Grund der Beitrittserklärung oder auf Grund der vorjährigen Anzeige. Wird die Anzeige des Versicherungswertes nicht rechtzeitig vorgenommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Abgesehen von der gerade erwähnten Voraussetzung beginnt die Haftung des Versicherers im allgemeinen am Tage nach dem Eingang der Anzeige des Versicherungsnehmers. Sie endigt naturgemäß mit der Ernte. Dieser Zeitpunkt ist meist in den Bedingungen näher bestimmt. Bei Feldfrüchten tritt er ein, wenn sie eingefahren oder in Schobern gesetzt sind, beim Weinbau aber schon mit dem Beginn der Lese. Als allgemeiner Termin für die Beendigung der Haftung gilt der 15. Oktober.

Jeder Schadenfall muß unverzüglich gemeldet werden. Das wichtigste Kennzeichen für einen Hagelschaden ist der sogenannte Anschlag. Dies sind die Stellen, an denen die Hagelkörner die Bodenerzeugnisse getroffen haben. Die Anschlagstellen befinden sich stets an der Wetterseite und heben sich von der Umgebung in der Farbe ab. Außerdem muß aber auch das gesamte Schadenbild beachtet werden. Eine Eigentümlichkeit der Hagelversicherung besteht darin, daß bei der Schadenuntersuchung der Umfang des Schadens dem Betrage nach gar nicht festgestellt werden kann. Für ihn ist nämlich die folgende Zeit von großer Bedeutung. Günstige Witterung vermag vielfach die Folgen eines Frühjahrshagels ganz oder nahezu ganz zu heilen. Im übrigen ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, alles zu tun, um einen Schaden nach Möglichkeit zu mindern oder abzuwehren. Er wird also alle landwirtschaftlichen Arbeiten zur Erzielung einer guten Ernte auch weiterhin vornehmen müssen und damit den Schaden zum guten Teil beseitigen können. Möglicherweise muß er sogar das betreffende Feld umackern. Das kann aber nur mit Genehmigung des Versicherers erfolgen, da in einem solchen Falle ein Vollschaden, der entschädigt werden muß, vorliegt. Für die laufende Versicherungsperiode scheidet ein solches Feld gegen Abzug von meist 25% der Versicherungssumme aus der Versicherung aus.

Der Schaden wird meist durch einen Angestellten oder Vertrauensmann des Versicherers gemeinsam mit dem Versicherungsnehmer festgestellt. Nach den Bedingungen kann ein Sachverständigenverfahren Platz greifen. Bei der Schadenfeststellung sind die Ermittlung des verhagelten Anteils der versicherten Fläche, die Schätzung des darauf ohne Hagelschlag zu erwartenden Ertragswertes sowie die Schätzung des nach dem Hagelschlage zu erwartenden Wertes vorzunehmen. Alle anderen Einflüsse, die den Ertrag vermindern, sind auszuschalten. Der Unterschied zwischen den beiden Werten ergibt den Umfang des Schadens. Grundsätzlich legt die überwiegende Mehrzahl der Versicherer diesen Wertunterschied und nicht die im Antrage enthaltene Ertragsschätzung des Versicherungsnehmers zugrunde, um sich so gegen zu hohe Schätzungen bei der Antragstellung zu schützen.

Eigenarten weisen endlich noch die Prämientarife auf. Hagelsichere Gegenden gibt es nicht. Die Tarifierung der einzelnen Gegenden unterliegt daher zum Teil starken Schwankungen. Sie stützt sich grundsätzlich auf die Hagelstatistiken der Gesellschaften, die die entsprechenden Änderungen der Risiken zum Ausdruck brin-

gen müssen. Eine Gefahr für die Versicherer liegt darin, daß sie Versicherungen in hagelgefährlichen Gegenden sehr leicht abschließen können, daß ihnen dagegen ein Ausgleich durch Versicherungen in relativ hagelsicheren Gegenden schwer fällt. Infolgedessen müssen hier die Prämiensätze besonders genau der Größe jedes einzelnen Risikos angepaßt sein. Damit muß eigentlich jede Bodenfläche ihren besonderen Hageltarif haben. Weiter ist dann zu beachten, daß die Fruchtarten eine ganz verschieden große Hagelempfindlichkeit zeigen. Sie ist wohl am größten bei Halmfrüchten und am geringsten bei Öl- und Hülsenfrüchten. Unter Berücksichtigung dieser Eigenschaften sind die Bodenerzeugnisse in besondere Fruchttarife eingeteilt. Die Prämie ergibt sich demnach aus dem örtlichen Tarif und dem Fruchtтарif gemeinsam.

## II. Die Viehversicherung.

Literatur: GÜTSCHOW, Die Viehversicherung im Deutschen Reiche. Schwerin 1914; HAAS, Die rechtlichen Besonderheiten der Viehversicherung. München 1914; HAGEN, Die Viehversicherung in ihren rechtlichen und wirtschaftlichen Grundlagen. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Berlin 1914; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. Leipzig 1924.

1. Begriff. Die Viehversicherung will den Schaden ersetzen, der durch den Tod des versicherten Tieres entsteht. Sie kann aber auch nur gegen den Schaden genommen werden, den das versicherte Tier durch Krankheit oder Unfall erleidet, ohne daß der Tod eintritt. Der Viehbestand ist den mannigfaltigsten Gefahren insbesondere durch Krankheit ausgesetzt. Diese nach gewisser Richtung hin möglichst gering zu halten, ist eine Aufgabe, die der Staat durch die Seuchengesetzgebung zu lösen versucht. Um die Einschleppung von Seuchen zu verhindern, sind Einfuhrverbote für Vieh aus bestimmten Gegenden erlassen worden. Eingeführtes Vieh hat eine Quarantäne durchzumachen. Andere Vorschriften suchen die Ausbreitung einer ausgebrochenen Viehseuche zu verhindern. Zu den Mitteln gehört die Absperrung der Gehöfte. In vielen Fällen ist aber auch die sofortige Tötung des erkrankten Viehstücks gesetzlich vorgeschrieben. In derartigen Fällen pflegt der Staat den Verlust zu ersetzen. Wenn dadurch auch das Gebiet der Viehversicherung eingeschränkt worden ist, so bleibt doch noch genügend Raum für sie bei der Deckung aller der anderen zahlreichen Gefahren, die den Viehbestand bedrohen.

2. Entwicklung der Viehversicherung. Schon im Altertum lassen sich gewisse Ansätze für eine Viehversicherung nachweisen, über die wir allerdings nur unvollkommen unterrichtet sind. Bei uns erhielt die Viehversicherung ihren eigentlichen Anstoß erst durch die Errichtung von staatlichen Viehversicherungsanstalten durch Friedrich den Großen für Schlesien. Schon vorher hatten jedoch in verschiedenen Teilen Deutschlands Versicherungsunternehmungen bestanden, die diesen Versicherungszweig nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betrieben. Sie kamen über eine rein lokale Bedeutung nicht hinaus. Derartige kleine Gegenseitigkeitsvereine, die auf die besonderen Wünsche ihrer Mitglieder Rücksicht nehmen und die den lokalen Verhältnissen angepaßt sind, spielen auch heute noch eine ganz gewaltige Rolle. Ihre Zahl hat man bisher noch nicht genau festgestellt, doch schätzt man, daß heute noch etwa 6 bis 7000 solcher kleiner Vereine bestehen. Mit ihnen stehen die seit etwa 100 Jahren arbeitenden größeren Versicherungsunternehmungen in hartem Kampfe. Es ist ihnen bisher nicht gelungen, die kleinen Vereine zu verdrängen, man kann vielleicht nicht einmal sagen, daß sie ihnen gegenüber in den letzten Jahren wesentlich an Boden gewonnen hätten. Sie haben es aber immerhin zu einem ansehnlichen Versicherungsbestand gebracht. Wir werden im Folgenden von dem Geschäftsbetriebe dieser größeren Unternehmungen ausgehen, da die Einrichtungen der kleineren Vereine zu stark voneinander abweichen.

Vorher möchten wir aber noch auf eine Besonderheit hinweisen. Auch die größeren Unternehmungen sind, abgesehen von einer einzigen, Versicherungsvereine

auf Gegenseitigkeit. Auch die eine bestehende Aktiengesellschaft ist erst vor wenigen Jahren aus einem Gegenseitigkeitsverein umgewandelt worden. Diese Unternehmungsform liegt keineswegs in Besonderheiten des Versicherungszweiges begründet, sondern erklärt sich wohl aus der geschichtlichen Entwicklung und der am Alten festhaltenden Art der Landbevölkerung. Man kann daher die Viehversicherung als den Versicherungszweig der Gegenseitigkeitsvereine bezeichnen. Neben den Privatunternehmungen arbeiten auch noch die öffentlich-rechtlichen Anstalten auf diesem Gebiete. Sie finden sich besonders in Süddeutschland.

3. Man unterscheidet mehrere Arten der Viehversicherung, und zwar die Viehlebensversicherung, die Gewährsmängelversicherung und die Schlachtviehversicherung. Die erstgenannte Art ist die weitaus wichtigste. Sie hat im Laufe der Zeit wieder verschiedene Unterarten ausgebildet. Namentlich kommt die Versicherung von Zuchttieren in Betracht. Sie ersetzt den Schaden, wenn männliche Tiere während ihrer Verwendung als Zuchttiere verenden, getötet werden müssen oder durch Unfall oder Krankheit zur Zucht unbrauchbar werden. Weibliche Tiere werden ersetzt, wenn sie infolge Trächtigkeit oder Gebärens verenden oder getötet werden müssen.

Die Weideversicherung ersetzt den Schaden, der an den versicherten Tieren während der Dauer des Weideganges durch Tod oder Tötung infolge Unfall oder Krankheit, Blitzschlag, Diebstahl- oder Abhandenkommen entsteht. Sie beginnt mit dem Eintreffen der Tiere auf dem Weideplatz. Diese Versicherung deckt also schon eine Mehrheit von Gefahren. Sie ist demnach eine Einheitsversicherung.

Eine besondere Transportversicherung gibt es für Tiere, die den Schaden während des Transportes oder des Aufenthaltes auf einer Ausstellung ersetzt. Nicht ersatzpflichtig sind aber Schäden durch eine Krankheit, die schon vor dem Beginne des Transportes vorhanden war oder die durch Überladen des Transportmittels entsteht.

Die reine Diebstahlsgefahr deckt die Jahresdiebstahlsversicherung. Weiter ist eine Operations- und Impfversicherung und eine Manöverversicherung zu erwähnen. Von wesentlicher Bedeutung ist noch die Rennpferdeversicherung, welche Schäden während eines Rennens oder des Trainings ersetzt. Daß hier ganz besondere Gefahrenquellen liegen, brauchen wir wohl nur zu erwähnen.

Eine Art Haftpflichtversicherung ist die sogenannte Gewährsmängelversicherung. Wenn ein versichertes Tier veräußert wird, so endigt das Versicherungsverhältnis mit der Veräußerung. Wenn aber vor dem Schlusse der laufenden Versicherungsperiode oder binnen zwei Wochen nach der Veräußerung der Tod des Tieres infolge eines Hauptmangels eintritt, so haftet der Versicherer dem versichert gewesenen Verkäufer insoweit, als dieser dem Erwerber auf Grund der §§ 481 bis 491 und § 515 BGB zur Gewährleistung verpflichtet ist. Die Versicherung deckt aber nur solche Hauptmängel, die dem Versicherungsnehmer beim Abschluß der Versicherung nicht bekannt waren.

Die Schlachtviehversicherung gewährt Ersatz solcher Schäden, die durch die teilweise oder vollständige Beanstandung des für gewerbliche oder Ernährungszwecke bestimmten Fleisches seitens der Polizei entstehen. Sie bezieht sich zum Schutze des Versicherers immer auf alle Tiere des Versicherungsnehmers, die er für eigene oder fremde Rechnung entweder schlachtet oder zum Schlachten verkauft.

4. Durchführung der Viehversicherung. Von größerer Wichtigkeit ist wieder der Antrag, in dem besonders den Fragen über den Umfang des Versicherungsbestandes sowie den Gesundheitszustand der zu versichernden Tiere Bedeutung zukommt. Die Versicherer verlangen mit Recht stets die Versicherung des gesamten Viehbestandes. Versichert werden vor allem Pferde und Rindvieh, daneben aber auch Esel, Maultiere, Maulesel, Schweine, Schafe, Ziegen, Hunde und Geflügel.

Die Versicherung von Hunden wird in der Praxis als so schwer angesehen, daß viele Versicherer sich von ihr gänzlich fernhalten. Der volkswirtschaftliche Schwerpunkt liegt bei der Versicherung des eigentlichen Hausviehs und hier wieder bei der von Pferden, Rindvieh und Schweinen.

Die Viehversicherung deckt nicht Seuchenschäden, soweit der Versicherungsnehmer für sie einen Anspruch auf Entschädigung gegen den Staat hat oder haben würde, wenn der Anspruch nicht durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenpolizeiliche Vorschriften verwirkt wäre. Ausgeschlossen sind weiter noch die Schäden durch Krieg oder Maßnahmen eines militärischen Befehlshabers.

Der Versicherungsfall ist grundsätzlich der Tod des betreffenden Tieres oder der Eintritt eines der besonderen Umstände, die bei den einzelnen Arten der Viehversicherung genannt worden sind. Neben dem Tod kommt also besonders noch die Krankheit des Tieres in Betracht, bei der Schlachtviehversicherung die polizeiliche Beanstandung des Fleisches. Die Schadenregulierung erfolgt nach den gleichen Grundsätzen, wie wir sie schon bei den verschiedenen Schadenversicherungszweigen kennengelernt haben. Im Höchstfalle wird die Versicherungssumme ersetzt. Treten mehrere Versicherungsfälle ein, so müssen die früheren Schadenzahlungen, die ja das Maß der Wertminderung des Tieres angeben, jeweils von der Versicherungssumme gekürzt werden, so daß der Versicherer immer nur noch für den verbleibenden Rest haftet. Mit zunehmendem Alter des versicherten Tieres sinkt sein Wert, bis er auf einem Mindestmaß, das durch den Preis einer etwaigen Verwertung bedingt ist, angekommen ist. Die Viehversicherung ist aber im Gegensatz zur Lebensversicherung in erster Linie Risikoversicherung. Es wird keine Prämienreserve gebildet. Dafür kann aber der Versicherungswert in jedem Jahr herabgesetzt werden. Insbesondere hat der Versicherer das Recht, jederzeit auf seine Kosten eine Besichtigung und Untersuchung des versicherten Tieres vorzunehmen. Aber auch der Versicherte hat das Recht, die Ermäßigung der Versicherungssumme zu verlangen.

Der Tod sowie jede erhebliche Erkrankung des Tieres sind unverzüglich vom Versicherungsnehmer dem Versicherer anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn die Versicherung nur den Tod des Tieres deckt. Ein Ausfluß der Verpflichtung zur Schadenminderung ist die Vorschrift, daß bei Krankheit oder Unfall des Tieres, sofern sie nicht unerheblich sind, unverzüglich ein Tierarzt, oder wenn dies untunlich ist, ein Sachkundiger zuzuziehen ist. Die Untersuchungskosten werden vom Versicherer und Versicherten gemeinsam getragen. Eine Nottötung darf der Versicherungsnehmer nur mit Einwilligung des Versicherers vornehmen, es sei denn, daß sie durch das Gutachten eines Tierarztes oder zweier Sachverständiger für notwendig erklärt wurde und die Einwilligung nicht abgewartet werden kann.

Von außerordentlich großer Bedeutung ist die Verwertung des verendeten Tieres, für das unter Umständen noch erhebliche Preise zu erzielen sind. Durch derartige Provenues ermäßigen sich die Schäden nicht unbeträchtlich.

## § 12. Kleinere Versicherungszweige.

Es dürfte unmöglich sein, ein völlig genaues Bild von all den vielen kleinen Versicherungszweigen zu geben, die in der Praxis betrieben werden. Vor allem ist zu berücksichtigen, daß ihre Zahl ständigen Schwankungen unterliegt. Fast täglich tauchen neue Zweige auf, werden ausprobiert und halten sich oder verschwinden schon wieder nach kurzer Zeit. Diese Erscheinung hängt mit den Schwankungen des Bedürfnisses zusammen. Wir möchten zur Erläuterung nur auf die Aufruhrversicherung hinweisen, die schon gegen Ende des Krieges, dann aber vor allem in den Zeiten der politischen und wirtschaftlichen Umwälzungen von großer Bedeutung war und die mit der Beruhigung der Verhältnisse zur Bedeutungslosigkeit

herabsank. Im folgenden sollen daher nur solche selbständige Versicherungsweige berücksichtigt werden, die in der Praxis von einiger Bedeutung sind. Da es sich bei ihnen um Schadenversicherungen handelt, gelten die bei den großen Sachversicherungsweigen behandelten Grundzüge der Versicherungstechnik auch bei ihnen. Das gleiche gilt von den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes über die Schadenversicherung. Wir werden daher nur die besonderen Eigentümlichkeiten jeweils kurz hervorzuheben haben.

1. Trotz dieser Ausführungen möchten wir mit der Aufruhrversicherung beginnen, denn, wenngleich sie augenblicklich in der Praxis ganz in den Hintergrund getreten ist, haben die Versicherungsunternehmungen doch noch die technischen Unterlagen aufbewahrt, um diesen Versicherungsweige bei Bedarf sofort wieder aufnehmen zu können. Auch der Verband der diesen Weige betreibenden Gesellschaften ist aufrecht erhalten worden.

Nach den Versicherungsbedingungen ersetzt der Versicherer die Schäden, die durch Aufruhr, öffentliche Unruhen und darauf zurückzuführende Plünderungen an den versicherten Sachen entstehen. Gedeckt sind weiter Schäden, die durch Maßregeln zur Abwehr oder Unterdrückung von Aufruhr und öffentlichen Unruhen verursacht werden, oder die durch die Beschädigung einer nichtversicherten Sache in Auswirkung auf das versicherte Objekt entstehen. Eingeschlossen ist der Schaden des Abhandenkommens einer versicherten Sache gelegentlich eines Schadenfalles. Dagegen sind Gewinnentgang und Betriebsstörung nicht mitversichert, so daß nur der unmittelbare Sachschaden unter die Versicherung fällt. So weit es sich um Geld, Wertpapiere, Schmucksachen und dergleichen, sowie um die Versicherung eines wissenschaftlichen, Kunst- oder Liebhaberwertes handelt, bedarf es darüber stets einer besonderen Vereinbarung zwischen den Parteien. Diese Bestimmungen sowie die über die Festsetzung des Wertes sind die gleichen wie bei der Feuerversicherung.

Schon vor dem Aufkommen der Aufruhrversicherung stand die Bevölkerung nicht ganz ohne Schutz da. Auf Grund alter Tumultgesetze, die meist aus den Vierziger bis Fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts stammten, hatten nämlich in einigen Ländern die Gemeinden für Tumultschäden in ihrem Gebiete unter bestimmten Umständen aufzukommen. Diese Gesetze waren aber kaum noch bekannt und in den einzelnen Ländern zudem ziemlich verschieden, soweit sie überhaupt bestanden. Das neue Reichsgesetz über die durch innere Unruhen verursachten Schäden vom 12. 5. 1920 traf für das ganze Reichsgebiet eine einheitliche Regelung, die aber, da der Staat unter Berücksichtigung der Wirtschaftslage des Geschädigten höchstens 75% des Schadens vergütet, immer noch für die Aufruhrversicherung genügend Spielraum läßt. Soweit Ansprüche des Geschädigten gegen Staat oder Gemeinde oder sonstige Ersatzansprüche bestehen, gehen sie mit der Schadenzahlung auf den Versicherer über.

Für die Prämiensätze bestanden bei der Aufnahme dieses Versicherungsweiges keinerlei Anhaltspunkte. Man half sich mit Schätzungen und mit einem zunächst kurzfristigen Abschluß der Versicherungen. Über drei Monate lief zu Anfang keine Versicherung. Erst allmählich ging man zu Jahresversicherungen über. Aber diese Mittel hätten die Durchführung der Versicherung nicht sicherzustellen vermocht, wenn man nicht außerdem noch in ungewöhnlich starkem Maße von der Rückversicherung Gebrauch gemacht hätte. Man kann wohl sagen, daß nur dieser die Entwicklung der Aufruhrversicherung zu verdanken ist.

Bei der Aufstellung der Tarife wurde berücksichtigt, daß die Aufruhrgefahr in den verschiedenen Landesteilen doch sehr voneinander abweicht. Als schwierigste Gefahrenzonen wurden die Industriegebiete angesehen. In der zweiten Klasse waren 31 größere Städte eingereiht, während das übrige Gebiet, namentlich also das flache Land, in der dritten Klasse zu den niedrigsten Sätzen tarifiert wurde. Die Zugehörigkeit zu den einzelnen Klassen hat aber im Laufe der Zeit geschwankt.



Innerhalb dieser drei Klassen mußten die Risiken wieder nach der größeren oder geringeren Gefährlichkeit abgestuft werden. So ergab sich z. B. für ein Luxuscafé oder einen Juwelierladen ein höherer Prämiensatz als für ein gewöhnliches Mietshaus. Als besonders gefährlich wurde die Versicherung von Automobilen und Glasscheiben angesehen. Eine Aufruhr-Glasversicherung allein wurde überhaupt nicht abgeschlossen. Durch Abschätzung der besonderen Gefährlichkeit ergab sich eine reichhaltige Staffelung der Tarife.

Bei der Handhabung der Aufruhrversicherung sahen die Versicherer mit Recht auf eine ausreichende Mischung der Risiken. Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß z. B. Gebäude in den Hauptgeschäftsstraßen oder in der Nähe wichtiger Verkehrsbauten einem Schaden leichter ausgesetzt waren als Gebäude in einem abseits gelegenen Wohnviertel. Daraus ergab sich eine besondere Einteilung der Gebiete und eine der besonderen Gefahr angepaßte Maximalkontrolle.

2. Die Büromaschinenversicherung gewährt Deckung grundsätzlich gegen jeden Schaden, der die versicherte Maschine trifft. Namentlich kommen Diebstahl, Veruntreuung, böswillige Beschädigung, Aufruhr, Plünderung, Raub, Feuer in Betracht. Es handelt sich also um eine Einheitsversicherung. Sie verdankt ihr Entstehen der während der Inflationszeit zu bemerkenden Preissteigerung und der Materialknappheit, die den Schutz der Maschinen besonders erwünscht erscheinen ließen, zumal man hierfür allein nicht die sonst jeweils in Betracht kommende Spezialversicherung abschließen konnte oder wollte.

3. Von großer Bedeutung ist die Einbruchdiebstahlversicherung. Eine Art Diebstahlversicherung haben wir bereits bei der Feuer- und Aufruhrversicherung kennengelernt, bei denen Ersatz für die bei einem Schadenfalle abhanden gekommenen Sachen gewährt wird. Eine reine Diebstahlversicherung finden wir dann noch in der Fahrraddiebstahlversicherung sowie in der Garderobeversicherung. Die Diebstahlgefahr ist endlich eingeschlossen in der Transport- und Einheitsversicherung. Hier handelt es sich aber um einen besonderen Versicherungszweig, der nur Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen eines bestimmten Delikts gewährt.

Ersetzt wird der Wert der versicherten Sachen, die aus einem Gebäude oder aus einem umschlossenen Raume eines Gebäudes mittels Einbruch gestohlen werden, sowie der Schaden, der in diesen Fällen durch Zerstörung oder Beschädigung der versicherten Sachen entsteht. Nicht gedeckt ist dagegen ein etwaiger mittelbarer Schaden oder entgangener Gewinn. Was unter Einbruch zu verstehen ist, ergibt sich aus dem Strafgesetzbuche. Gedeckt ist daher weiter auch noch der Fall, daß der Diebstahl mittels Einsteigens oder Erbrechens von Behältnissen begangen wird oder daß zur Öffnung des Gebäudes oder des Raumes oder von Behältnissen falsche Schlüssel oder andere zur ordnungsmäßigen Öffnung nicht bestimmte Werkzeuge angewendet werden, und endlich, wenn der Diebstahl zur Nachtzeit in dem Gebäude, in das sich der Täter in diebischer Absicht eingeschlichen oder in dem er sich in gleicher Absicht verborgen hat, begangen worden ist. Sind die richtigen Schlüssel gebraucht worden, so ist der Versicherungsfall gleichwohl gegeben, wenn sie der Täter durch Diebstahl oder Beraubung oder räuberische Erpressung an sich gebracht hat. Bei feuerfesten Türen und Behältnissen wird auch die Zerstörung oder Beschädigung ersetzt, die durch die Anwendung von Sprengmitteln entstanden sind. Ausgeschlossen ist die Haftung im Falle eines Kriegszustandes, eines Aufruhrs, Erdbebens oder eines vulkanischen Ausbruchs, soweit sie den Eintritt des Schadens beeinflußt oder begünstigt haben. Unter die Versicherung fällt ferner ein Diebstahl, der unter Anwendung von Gewalt gegen den Versicherungsnehmer, seine Familienangehörigen oder Bediensteten oder unter Anwendung von Drohungen mit gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben dieser Personen begangen ist.

Damit war der Übergang zur sogenannten Beraubungsversicherung gegeben, die in engem Zusammenhang mit der Einbruchdiebstahlversicherung betrieben

wird. Sie ist in ihren Höchstbeträgen meist vertraglich beschränkt, soweit es sich nicht um eine selbständige Beraubungsversicherung handelt, die namentlich für Kassenboten abgeschlossen wird. Bei dieser letztgenannten Form ist manchmal auch noch Ersatz der Kosten für ein Heilverfahren eingeschlossen.

Die Einbruchdiebstahlversicherung wird in der Praxis von den Feuerversicherern als Nebenzweig betrieben. Das hat auf die Ausgestaltung der Versicherungsbedingungen den Einfluß gehabt, daß sie weitgehend den Feuerversicherungsbedingungen angepaßt sind.

Für die Aufstellung der Tarife kommen ähnliche Gesichtspunkte in Betracht, wie wir sie bei der Aufruhrversicherung kennengelernt haben. Das Deutsche Reich ist in Gebiete nach der Diebstahlgefahr eingeteilt. Am geringsten wird das Risiko für Süddeutschland angesehen, das in Klasse I tarifiert wird. In Klasse II ist das übrige Deutschland eingeteilt mit Ausnahme von gewissen Großstädten, die in den Klassen III und IV untergebracht sind. Anhaltspunkte für diese Einteilung bot die Kriminalstatistik. Innerhalb dieser Klassen bestehen neun Tarife für Haushaltungen, gewöhnliche Geschäfte, Geschäfte mit erhöhtem und mit sehr hohem Risiko, Juwelier-, Uhr- und Bijouteriewarengeschäfte, Banken, Sparkassen und öffentliche Kassenverwaltungen, Kirchen, Beschädigungen an Gebäuden und endlich Beraubung. Die Einreihung in diese Tarife schwankt naturgemäß je nach der Entwicklung. So stellten z. B. unmittelbar nach dem Kriege Lebensmittelgeschäfte ein höheres Risiko als heute dar.

Kumulierungen, wie wir sie bei den bisher behandelten Sachversicherungszweigen vielfach fanden, sind hier nach der Natur des Risikos wohl völlig unmöglich. Aus diesem Grunde spielt auch die Rückversicherung für diesen Zweig nur eine untergeordnete Rolle. Sie wird eigentlich nur zur Zersplitterung einiger sehr großer oder sehr schwerer Risiken benötigt. Man kann daher bei vielen Erstversicherern das Bestreben nachweisen, möglichst nur Risiken der schwereren Art rückzudecken. Im Interesse ihres Ausgleichs setzen die Rückversicherer dem naturgemäß Widerstand entgegen.

4. Die Elementarschädenversicherung will Schutz gegen Schäden durch Elementarereignisse gewähren. An sich gehören begrifflich auch die Feuer- und Hagelversicherung hierher. Man scheidet diese Zweige jedoch aus und denkt in erster Linie an Hochwasser- und Unwetterschäden sowie an Sturmschäden.

Eine Hochwasserversicherung hat sich bis jetzt trotz vieler namentlich in den letzten Jahren unternommener Bemühungen bei uns nicht durchsetzen können. Der Kreis der an einer solchen Versicherung Interessierten ist nur sehr beschränkt. Bei ihnen tritt allerdings dann ein Schaden mit ziemlicher Regelmäßigkeit ein. Die Gefahr für den Versicherer besteht vor allem darin, daß von einem Schadenfall meist alle Risiken gleichzeitig betroffen werden. Die privaten Versicherungsunternehmungen haben sich daher von diesem Zweige ganz zurückgezogen. Sie wird heute wohl nur noch in der Schweiz betrieben.

Die Sturmschädenversicherung hat auch bisher nur einen sehr geringen Umfang in Deutschland im Gegensatze zu Amerika angenommen. Sie gewährt, wie schon ihr Name sagt, Schutz gegen den Schaden, der durch Stürme an den versicherten Gegenständen verursacht wird. Ausgeschlossen sind Feuerschäden. Andere Versicherungen gehen vor. Die Tarife unterscheiden vier Klassen und zwar für große gewerbliche und industrielle Anlagen, für Wohnhäuser, für landwirtschaftliche Risiken und für Fabrikschornsteine.

Nicht eigentlich mehr zur Elementarversicherung kann man die Regenversicherung rechnen. Sie gewährt Schutz gegen den Schaden durch Gewinnentgang, den der Versicherungsnehmer durch Regen erleidet. Seit kurzem wird sie auch in Deutschland betrieben, nachdem sie namentlich in England und Amerika ausgebildet war. Bei uns werden hauptsächlich Veranstaltungen verschiedenster

Art versichert. Zum Schutz des Versicherers muß die Versicherung stets eine gewisse Mindestzeit vorher genommen worden sein. Man kann sich für Tage oder Stunden versichern. Sehr oft wird die Versicherung nicht einmal für die Zeit der Veranstaltung selbst, sondern für die vorhergehende Zeit genommen, da gutes Wetter in ihr für den Besuch einer Veranstaltung oft wichtiger ist, als während der Veranstaltung selbst. Manche Veranstaltungen können auch bei geringen Regenfällen stattfinden, andere wieder nicht. In der Versicherung wird daher das Maß des Regenfalles genau vereinbart, von dem an die Leistungspflicht des Versicherers beginnt.

In England gibt es eine Kuraufenthalts-Regenversicherung. Sie soll Feriendeisenden die Mehraufwendungen ersetzen, zu denen sie durch Regenwetter veranlaßt werden oder ihnen sogar die Mittel zu einer neuen Reise geben. Namentlich von Lloyds werden solche Policen gezeichnet, für die sich vier Formen herausgebildet haben. Auch für eine landwirtschaftliche Regenversicherung hat sich wiederholt Nachfrage bemerkbar gemacht. Sie ist ebenfalls in England in Gebrauch.

Die Regenversicherung beruht auf einer Statistik, die an Hand der meteorologischen Beobachtungen für jeden Ort des Geschäftsgebietes aufgestellt werden muß. Es genügt dabei nicht, nur die Niederschlagsmengen festzustellen. Man muß auch über die Niederschlagszeiten möglichst genau unterrichtet sein. Namentlich in Deutschland dürften diese statistischen Unterlagen noch Lücken aufweisen.

5. Die Glasversicherung gewährt Ersatz des Schadens aus der Zerstörung oder Entwertung von Glas. Während sich die Versicherer anfänglich nur auf die Deckung von Spiegelscheiben beschränkten, ist die Versicherung im Laufe der Zeit auf alle Arten von Glas ausgedehnt worden. Das Hauptgebiet ist aber immer noch die Versicherung von Spiegelscheiben gegen Bruch. Versichert werden grundsätzlich nur die Scheiben im Rahmen. Daher ist die Beschaffenheit des Rahmens von großer Bedeutung für den Schadenverlauf. Unterschieden werden eiserne und hölzerne Rahmen. Namentlich bei jenen spielt die Frostgefahr eine Rolle. Zu berücksichtigen ist aber auch die Ausdehnung des Rahmens durch sommerliche Erwärmung. Um den nötigen Spielraum zu wahren, müssen die Rahmen in Ordnung gehalten und namentlich von Rost befreit werden.

Da die Versicherung in ihrer Ausgestaltung der Feuerversicherung angeglichen ist, ähneln die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den in diesem Versicherungszweige gebräuchlichen. Ausgeschlossen sind namentlich Schäden durch Krieg, bürgerliche Unruhen, Erdbeben, vulkanischen Ausbruch. Schäden durch Feuer und Einbruch sind nur auf Grund ausdrücklicher Vereinbarung eingeschlossen und treffen den Glasversicherer nur dann, wenn sie nicht durch eine Feuer- oder Einbruchdiebstahlversicherung gedeckt sind.

Eine Eigentümlichkeit der Glasversicherung besteht darin, daß die Entschädigung entweder in bar oder in natura geleistet wird. Der Versicherungsnehmer hat nur ein Interesse daran, daß eine zerbrochene oder gesprungene Scheibe alsbald durch eine neue ersetzt wird. Die Versicherer haben infolgedessen mit dem Verband der Glashütten Abmachungen getroffen und beziehen von diesen die Ersatzscheiben, die sie einsetzen lassen. Durch diesen Ersatz gehen die Bruchstücke der alten Scheiben in das Eigentum des Versicherers über. Sehr oft sind diese noch zu verwerten und bilden so ein beachtenswertes Provenue.

Für die Tarifierung kommt neben der Verwendungsart, Stärke und Struktur des Glases vor allem die Größe der Scheibe in Betracht, da mit zunehmender Größe die Bruchgefahr wächst. Man verwendet daher jetzt allgemein einen Flächenprämientarif. Er gibt die Grundprämien an, die entsprechend den Schwankungen der Glaspreise erhöht oder vermindert werden. Für Scheiben in eisernen Rahmen wird ein Zuschlag erhoben. Durch die Beschlüsse des Verbandes der Glasver-

sicherungsunternehmungen ist geregelt, ob Naturalersatz garantiert wird oder ob nur eine wertbeständige Barversicherung geboten wird.

Auch bei der Glasversicherung ist nach der Natur der Gefahr die Möglichkeit einer Kumulierung kaum gegeben. Infolgedessen ist die Rückversicherung für diesen Versicherungszweig von ganz untergeordneter Bedeutung. Hinzu kommt noch, daß die Versicherungssummen sich immer in einer sehr gut übersehbaren Höhe halten. Infolgedessen nehmen die meisten Glasversicherer überhaupt keine Rückversicherung. Soweit wir gleichwohl dieser in der Glasversicherung begegnen, ist sie meist auf nicht technisch bedingte Umstände zurückzuführen.

6. Die Juwelenversicherung ist eine Unterart der Transportversicherung, wird aber selbständig betrieben. Sie umfaßt, einschließlich der Pelzversicherung, nur Gegenstände, die ihrer Natur nach am Körper getragen werden. Man unterscheidet bei ihr das sogenannte Körper- und das Lagerrisiko. Sie gewährt Ersatz gegen jeden Verlust und jede Beschädigung am Wohnort und auf Reisen. Natürlich müssen die versicherten Sachen im Ruhezustand sorgfältig aufbewahrt und unter Verschuß gehalten werden. Schmucksachen müssen in bestimmten Zeiträumen von einem Juwelier nachgesehen werden. Die Versicherungssumme richtet sich nach dem Werte, der durch die Rechnung oder die Taxe eines Sachverständigen nachgewiesen wird.

7. Die Kursverlust-, Auslosungs- oder Wertpapierversicherung bezieht sich auf Prämienanleihen, Pfandbriefe und ähnliche derartige Papiere, deren Rückzahlung durch eine Auslosung erfolgt. Sie haben einen Kurswert, der nicht durch den bei der Auslosung auf das einzelne Stück entfallenden Rückzahlungsbetrag erreicht zu werden braucht. Die Versicherung will die Differenz zwischen dem Kurswert unmittelbar vor der Auslosung und dem ausgelosten Betrage, wenn dieser hinter dem Kurswerte zurückbleibt, ersetzen. Diese Versicherung wird heute nur noch von Banken betrieben.

8. Die Sachlebensversicherung geht von der Beobachtung aus, daß jeder Gegenstand innerhalb einer ziemlich genau festlegbaren Zeit seinen Gebrauchswert durch Abnutzung verliert und durch einen neuen ersetzt werden muß. Sie wendet damit den Grundgedanken der Lebensversicherung auf Sachen an und versucht wie diese, durch Bereitstellung der entsprechenden Mittel unter Ausnutzung des Zinsfußes beim Ablauf der Lebensdauer des betreffenden Gegenstandes ein Kapital bereitzustellen, das die Anschaffung eines Ersatzstückes ermöglicht. Sie tritt damit an die Stelle von Abschreibungen, die im kaufmännischen Betriebe für die Sachgüter üblich sind. Da diese Abnutzungsschäden bei allen anderen Sachversicherungszweigen ausgeschlossen sind, will sie zugleich eine Lücke im Versicherungsschutz ausfüllen. In der Tat steht die Sachlebensversicherung bei dem Kampfe um die Neuwertversicherung im Vordergrund des Interesses.

Entsprechend der Lebensversicherung kann die Sachlebensversicherung nur in langjährigen Verträgen abgeschlossen werden. Da sie die Abnutzungsschäden deckt, hat sie einmal für Ansammlung des Kapitals für die Neuanschaffung und weiter für Bereitstellung der erforderlichen Beträge für etwa notwendige Reparaturen zu sorgen. Man kann daher ebenfalls die Prämien in einen Spar- und einen Risikoteil zerlegen. Damit finden wir Deckungskapital und Policendarlehn sowie Rückkauf in ähnlicher Weise wie bei der Lebensversicherung, wie überhaupt die Technik der Sachlebensversicherung sehr stark derjenigen der Lebensversicherung ähnelt.

In der Praxis haben sich bis jetzt mehrere Zweige der Sachlebensversicherung entwickelt. Der wichtigste ist wohl die Hauslebensversicherung, die von einer eigenen Gesellschaft betrieben wird. Sie gewährt Schutz gegen Undichtigkeit des Daches, Schwamm, Risse in den Decken oder tragenden oder feuerfesten Wänden oder in Pfeilern, wenn dadurch die betreffenden Räume unbenutzbar geworden sind, Rohrleitungsbrüche durch Abnutzung, Grundwasser und Senkung von Gebäudeteilen.

Ein weiterer Zweig ist die Schifflebensversicherung, für deren Betrieb ebenfalls eine eigene Gesellschaft besteht. Versichert werden klassifizierte und nichtklassifizierte Schiffe. Wenn bei einem klassifizierten Schiffe von der Klassifikationsanstalt zur Abwendung eines drohenden Klassenverlustes Reparaturen wegen baulicher Schäden angeordnet werden, so ersetzt die Gesellschaft die erforderlichen Reparaturkosten. Das gleiche gilt bei sonstigen notwendigen Reparaturen. Weiter wird bis zur Höhe der Versicherungssumme der durch Betriebsunwürdigkeit des Schiffes infolge Veraltens entstehende Schaden ersetzt.

Ferner gibt es eine Maschinenlebensversicherung, die Maschinenreparaturen ersetzt. Sie hat später die Deckung auch auf Bruchschäden erweitert und sich damit zu einer umfassenden Maschinenversicherung entwickelt. Als kleinere Zweige führen wir noch die Automobil- und Waggonlebensversicherung an.

9. Die Wasserleitungsschädenversicherung wird von den Feuerversicherungsunternehmungen als Nebenzweig betrieben. Sie kann als Gebäude-, Mobiliar- oder Warenversicherung abgeschlossen werden. Bei allen Arten wird der Schaden ersetzt, der an den versicherten Sachen durch Wasser entsteht, soweit dieses auf den innerhalb des im Versicherungsscheine bezeichneten Gebäudes oder eines anstoßenden Nachbargebäudes befindlichen Wasserleitungsanlagen ausgetreten ist. Teilweise wird die Wiederherstellung der Anlage versichert, zum überwiegenden Teile aber der Schaden an den versicherten Sachen. Nicht unter die Versicherung fällt es, wenn der Schaden auf der Abnutzung der Anlagen oder auf Frost beruht. Wie bei der Feuerversicherung sind auch die Schäden durch Kriegseignisse, bürgerliche Unruhen, Erdbeben, vulkanischen Ausbruch ausgeschlossen. Ebenso wird ein mittelbarer Schaden durch Unbenutzbarkeit der Räume nicht mitgedeckt. Wohl aber haftet der Versicherer für einen Schaden an unversicherten fremden Sachen, soweit der Versicherungsnehmer auf Grund gesetzlicher Bestimmungen für einen solchen Schaden haftet. Insoweit ist also eine Haftpflichtversicherung mit eingeschlossen.

Die Handhabung der Versicherung entspricht im großen und ganzen der der Feuerversicherung.

## C. Die Vermögensversicherung.

### § 13. Die Haftpflichtversicherung.

Literatur: BÖCKHOFF, Die Indexregulierung in der Haftpflichtversicherung. Zeitschrift für Versicherungswesen. 1923; F. VON GIERKE, Die Haftpflichtversicherung und ihre Zukunft. Zeitschrift für das gesamte Handelsrecht und Konkursrecht. Bd. 60; HAACK, Die rechtlichen Grundlagen der Haftpflichtversicherung. Ansbach 1917. Bd. II; HERZFELDER, Haftpflichtversicherung. Berlin 1914; LANG, Die inneren Grenzen der Haftpflichtversicherung. Zeitschrift für Versicherungswesen. Berlin 1920; MANES, Die Haftpflichtversicherung, ihre Geschichte, wirtschaftliche Bedeutung und Technik insbesondere in Deutschland. Leipzig 1902; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. Berlin 1924; MANES, Grundzüge des Versicherungswesens. Berlin 1923; MOLDENHAUER, Die industriellen und landwirtschaftlichen Haftpflichtversicherungsverbände. Berlin 1907; SERINI, Das Risiko der Großschäden bei der Haftpflichtversicherung. Assekuranz-Jahrbuch. Wien 1911; STEINBRENNER, Geldentwertung und Schadenregulierung. Zeitschrift für Versicherungswesen. 1923; UNFRIED, Die Schadenregulierung in der Haftpflichtversicherung unter Berücksichtigung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Berlin 1909; WELSON, Public Liability Insurance. London 1923; ZECH, Die Entwicklung der Haftpflichtversicherung in Deutschland. Göttingen 1913.

1. Begriff. Haftpflicht bedeutet Haftung für einen Vermögensnachteil. Ein solcher Vermögensnachteil, für den jemand, da er ihn veranlaßt, herbeigeführt oder verschuldet hat, eintreten soll, kann vielen Ursachen entspringen. Unser Recht kennt im großen und ganzen drei Gründe für eine Haftpflicht. Es gibt eine Haftpflicht

aus Verträgen, aus unerlaubten Handlungen und unmittelbar aus dem Gesetze. Die vertragliche Haftpflicht bestimmt sich nach den einschlägigen Bestimmungen der Zivilgesetze. Hier sei nur an die Haftung für den Erfüllungsgehilfen erinnert. Auch die Haftung aus unerlaubter Handlung ergibt sich in der Regel aus den Zivilgesetzen. Grundsätzlich fordern sie ein Verschulden. Die dritte Gruppe der Haftungsfälle ist an die Erfüllung eines gesetzlichen Tatbestandes geknüpft. Wir finden bei derartigen gesetzlichen Bestimmungen den Grundgedanken, daß derjenige, welcher ein mit besonderen Gefahren für Dritte verbundenes Unternehmen betreibt, für die aus diesem Betriebe erwachsenden Schäden einzustehen hat. Wir verweisen als Beispiel der hierher gehörenden Fälle auf das Gesetz über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen vom 3. 5. 1909.

2. Die Entwicklung der Haftpflichtversicherung muß in engstem Zusammenhange mit der rechtlichen Entwicklung der Haftpflicht stehen. Wo diese nicht vorhanden ist, kann auch jene nicht bestehen. Die ersten Anfänge einer Haftpflichtversicherung finden wir bei der Seeverversicherung. Dem versicherten Reeder wurden immer schon etwaige Ersatzleistungen aus Zusammenstößen vergütet. Weiter ersetzte man im Falle der großen Havarei den Schiffs- und Ladungsinteressenten ihre Leistungen, wenn sie verpflichtet waren, dritte Personen schadlos zu halten.

Einen wichtigen Fortschritt kann man erst zu Anfang des vorigen Jahrhunderts feststellen. In Frankreich wurde damals eine sehr weitgehende Schadenersatzpflicht der Pferde- und Wagenhalter eingeführt. Eine Haftpflicht finden wir dann bei den Auswanderungsexpediten. Alles das waren aber, wenigstens für Deutschland, nur Vorstufen einer eigentlichen Haftpflichtversicherung. Sie verdankt ihren Ursprung als selbständiger und wichtiger Versicherungszweig erst dem Gesetz betreffend die Verbindlichkeiten zum Schadenersatz für die bei den Betrieben von Eisenbahnen, Bergwerken usw. herbeigeführten Tötungen und Körperverletzungen vom 7. 6. 1871. Nach ihm war der Unternehmer für Unfälle der Arbeiter ersatzpflichtig. Auf seine Ersatzleistung konnte er aber die Leistungen einer Unfallversicherung für den Arbeiter anrechnen, wenn er mindestens ein Drittel der Prämie zahlte. Er konnte sich also durch einen Beitrag zur Unfallversicherung teilweise oder auch gegebenenfalls wirtschaftlich ganz von seiner Haftung befreien. Man sieht hier den Grund, warum noch heute in der Praxis die Unfall- und Haftpflichtversicherung in so enger Verbindung stehen. Maßgebend für die Haftpflichtprämie war die Unfallprämie.

Die Lage änderte sich mit der Einführung der öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung, weil nunmehr durch sie die Haftpflicht der Unternehmer praktisch ersetzt wurde. Immerhin war aber der Gedanke, sich gegen die Folgen einer Haftpflicht zu versichern, schon ins Bewußtsein des Publikums gedrungen. Zunächst knüpfte man weiter an das alte Haftpflichtgesetz an. Die Unfallversicherung galt nicht für die Angestellten und betriebsfremden Personen. Gleichwohl war der Kreis für die Versicherung damit allein zu eng. Man suchte daher ganz allgemein die Versicherung auf die Haftpflicht aus den verschiedenen oben genannten Gründen auszudehnen. Eine sichere Grundlage erhielt sie allerdings erst mit dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches, das einheitliche Grundsätze über die Haftpflicht für das ganze Reich brachte. Eine wesentliche Ausbreitung brachte das Gesetz über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen, das eine weitgehende Haftpflicht einführte. Endlich ist in der gleichen Richtung noch das Luftverkehrsgesetz von 1922 wichtig.

3. Wesen der Haftpflichtversicherung. Das Risiko dieses Versicherungszweiges wird durch die Haftpflicht des Versicherungsnehmers gebildet. Über die rechtliche Natur der Haftpflichtversicherung bestehen die lebhaftesten Meinungsverschiedenheiten. Sehr verbreitet, man kann sogar wohl sagen, herrschend ist die Ansicht, die in ihr eine Rechtsschutzversicherung sieht. Nach dieser Theorie hat

sie in erster Linie die Verteidigung des Versicherten gegen die gegen ihn erhobenen Haftpflichtansprüche im Prozeß zu übernehmen. Demgemäß kommt der ökonomische Schutz erst in zweiter Linie.

Die Haftpflichtversicherung gehört zur Schadenversicherung. Bei den übrigen zu dieser Gruppe gehörigen Versicherungszweigen weiß der Versicherer beim Abschluß des Vertrages genau, welcher Schaden höchstens eintreten kann, denn maßgebend für seine Leistung ist die Versicherungssumme. Diese wird unwiderruflich durch den Wert des versicherten Interesses bestimmt. Niemand kann bei der Haftpflicht im voraus sagen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe er haftpflichtig werden wird, soweit nicht das Gesetz ausdrücklich eine Grenze für die Haftung wie z. B. im § 702 BGB eingeführt hat. Auch das augenblicklich vorhandene Vermögen des Versicherten gibt keinen Anhaltspunkt, da er selbst mit seiner vollständigen Hingabe den Haftpflichtanspruch nicht immer wird beseitigen können. Gegenwärtiges wie zukünftiges Vermögen unterliegt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen dem Zugriff seines Haftpflichtgläubigers.

Eine weitere Besonderheit liegt sodann darin, daß zur Auslösung der Haftung des Versicherers mehrere Umstände erforderlich sind. Zunächst einmal ein Verhalten des Versicherungsnehmers, sei es ein Handeln oder Unterlassen, das eine Beschädigung herbeigeführt hat. Man nennt dies *causa remota*. Weiter muß die Verpflichtung des Versicherungsnehmers bestehen, für diese Beschädigung mit seinem Vermögen einzutreten. Diese Haftverbindlichkeit ist die *causa proxima*. Zu beiden muß noch die Inanspruchnahme des Versicherten durch den geschädigten Dritten hinzukommen. Das Eigenartige ist also, daß der Schaden auf Grund einer gesetzlichen Bestimmung, in der äußeren Erscheinung durch einen Urteilsspruch eintritt.

4. Es gibt Personengruppen, die infolge ihrer Tätigkeit oder ihres Berufes leichter dazu kommen, einen Schaden anzurichten, als andere Gruppen. Die Praxis hat hieran angeknüpft und die Versicherung grundsätzlich auf bestimmte Eigenschaften des Versicherungsnehmers aufgebaut. So finden wir eine Versicherung gegen Haus-, Grundstücks-, Privat-, Familien-, Sport- und Jäger-Haftpflicht, eine Haftpflichtversicherung von Gastwirten, von Land- und Forstwirten, von Ärzten, Krankenhäusern, Zahn Technikern und sonstigen Personen der Gesundheitspflege und Gesundheitspolizei, für industrielle, gewerbliche und kaufmännische Betriebe, Ladengeschäfte, Kontore, Banken, Tierhaltung, Pferde- und Viehhandel, für Theater, Varietés, Lichtspielhäuser und sonstige Vergnügungseinrichtungen, von Kraftfahrzeugen, von Vereinen, freiwilligen Feuerwehren, Lehrern, Schulen und Erziehungsanstalten aller Art, selbständige Schulgemeinden usw. Von besonderer Wichtigkeit ist heutzutage die Haftpflichtversicherung von Kraftfahrzeugen.

Wenn wir diese Aufzählung, die bei weitem nicht vollzählig ist, überblicken, so sehen wir sofort, daß die Haftpflicht die beiden bei der Unfallversicherung bereits behandelten Arten der Einzelversicherung und der Kollektivversicherung kennt. Auch hier zeigt sich wieder ein gewisser Zusammenhang mit diesem Versicherungszweig.

5. Tarif. Bei der Haftpflichtversicherung finden wir in den Tarifen keine eigentlichen Gefahrenklassen, sondern nur ein umfangreiches Sachverzeichnis, in dem die einzelnen Personengruppen oder Betriebe aufgezählt sind. In den Spalten für die Prämie sind bestimmte Beträge angegeben, die für jede Person zu zahlen sind, sowie eine Mindestprämie, die für eine Police erhoben wird. Naturgemäß ist für die Festsetzung der Beträge maßgebend, ob die betreffende Person mehr oder minder der Gefahr ausgesetzt ist, sich haftpflichtig zu machen. Festgesetzt werden die Prämienbeträge auf Grund der Beobachtungen des Schadenverlaufes. Als Beispiel des Tarifaufbaues möge die Position „Ärzte“ dienen. Dort heißt es:

Facharzt für Chirurgie . . . . .	GM. 36,00
anderer Arzt, Zahnarzt . . . . .	GM. 30,00
im Auslande approbierter Zahnarzt . . . . .	GM. 33,00
für jeden Assistenten pers. Haftpfl. eing. . . . .	GM. 24,00
Röntgenapparate zu Heilzwecken . . . . .	GM. 240,00
desgl. zu Untersuchungszwecken . . . . .	GM. 60,00
Radium- oder Mesothoriumbestrahlung . . . . .	GM. 180,00 usw.

Alle Sätze des Tarifes gelten für bestimmte Versicherungssummen. Die Tarife gehen aus von einer normalen Ersatzleistung von GM. 200000 für Personenschäden und GM. 10000 für Sachschäden pro Ereignis. Für Vermögensschäden gilt stets ein Viertel der Sachschadendeckungssumme.

Der Versicherer muß sich, um einen gleichartigen Bestand aufbauen zu können und gefährliche Spitzen zu vermeiden, eine Grenze setzen, bis zu der er in der Regel Deckung gewähren will. Diese Grenzen haben wir in den genannten Summen vor uns. Sie werden den meisten Versicherungen zugrunde gelegt. Eine Erhöhung oder Ermäßigung ist aber selbstverständlich möglich. Diese Veränderungen kommen in der Tarifierung zum Ausdruck. Für Erhöhung der Ersatzleistung werden Zuschläge berechnet, bei Herabsetzung der Ersatzleistung Rabatte gewährt. Die Sachschadendeckungssumme muß bei Erhöhung der Normaldeckungssummen stets ein Zwanzigstel der Personenschadendeckung betragen, andere Möglichkeiten sind unzulässig.

Die Haftpflicht, die den einfachen Angestellten und Arbeitern aus ihren dienstlichen Obliegenheiten persönlich erwachsen kann, wird mit Ausnahme derjenigen aus dem Einschluß der Verpflichtungen nach §§ 576/77 RVO gegen einen Prämienzuschlag mitversichert. Die persönliche Haftpflicht der gesetzlichen Vertreter des Versicherungsnehmers oder solcher Personen, die er zur Leitung und Beaufsichtigung des versicherten Betriebes oder eines Teils desselben angestellt hat, ist ohne weiteres mitversichert. Die etwaigen Rabatte und Zuschläge dürfen nicht addiert werden, sondern müssen von der jedesmal sich ergebenden Restprämie berechnet werden. Für jeden einzelnen Versicherungsschein wird eine Mindestprämie für das Jahr erhoben.

#### 6. Durchführung der Haftpflichtversicherung.

a) Die *Einzelhaftpflichtversicherung* gewährt dem Versicherungsnehmer Schutz für den Fall, daß er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Ereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Die Versicherung umfaßt demzufolge die Haftung für Personen- und Sachschäden. Außerdem kann als dritte Unterart noch die Haftung für Vermögensschäden, die weder durch Personenschaden noch durch Sachschaden entstanden sind, mitversichert werden. Endlich kann auch noch die Haftung wegen Abhandenkommens von Sachen eingeschlossen werden.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht

a) aus den im Versicherungsscheine angegebenen Eigenschaften, Rechtsverhältnissen oder Tätigkeiten des Versicherungsnehmers (versichertes „Risiko“),

b) aus Erhöhungen oder Erweiterungen des versicherten Risikos, soweit sie nicht in dem Halten oder Führen von Luft-, Kraft- oder Wasserfahrzeugen (abgesehen von Ruderbooten) bestehen,

c) aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluß der Versicherung neu entstehen (Vorsorgeversicherung).

Der Versicherungsschutz beginnt bei der Vorsorgeversicherung sofort mit dem Eintritt eines neuen Risikos, ohne daß es einer besonderen Anzeige bedarf. Der



Versicherungsnehmer ist aber verpflichtet, auf Aufforderung der Gesellschaft binnen eines Monats jedes neu eingetretene Risiko anzuzeigen. Unterläßt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige oder kommt innerhalb Monatsfrist nach Eingang der Anzeige bei der Gesellschaft eine Vereinbarung über die Prämie für das neue Risiko nicht zustande, so fällt der Versicherungsschutz für dasselbe rückwirkend vom Gefahrentritt ab fort. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die Anzeige des neuen Risikos erstattet ist, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, daß das neue Risiko erst nach Abschluß der Versicherung und in einem Zeitpunkte eingetreten ist, in dem die Anzeigefrist nicht verstrichen war. Der Versicherungsschutz wird bei der Vorsorgeversicherung auf den Betrag von 50000 M. für Personenschaden und 5000 M. für Sachschaden begrenzt, sofern nicht im Versicherungsscheine geringere Deckungssummen festgesetzt sind.

Der Versicherungsschutz ist in zahlreichen Fällen eingeschränkt. Ausgeschlossen sind namentlich:

1. Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrages oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.

2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.

3. Haftpflichtansprüche aus im Auslande vorkommenden Schadensereignissen.

4. Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an bestimmten Wettkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu.

5. Haftpflichtansprüche aus Sachschaden, welcher entsteht durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub u. dgl.), Abwässer, ferner durch Schwammbildung, Senkungen von Grundstücken durch Erdbeben, Erschütterungen infolge Rammarbeiten, durch Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer, sowie aus Flurschäden und Weidevieh und aus Wildschäden.

6. Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen, welche sich in Benutzung, Gewahrsam oder Obhut des Versicherungsnehmers, seiner Angestellten, Arbeiter, Bediensteten, Bevollmächtigten, oder Beauftragten befunden haben oder für welche der Versicherungsnehmer zur Zeit der Beschädigung die Gefahr trug und an Sachen aus Anlaß ihrer Beförderung, Bearbeitung oder einer sonstigen Tätigkeit an oder mit ihnen, bei unbeweglichen Sachen wegen Schäden an dem Teile, der Gegenstand der Arbeit oder Tätigkeit war, oder an einem nahe mit ihm zusammenhängenden Teile der unbeweglichen Sache. Ausgeschlossen sind weiter: Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben und Haftpflichtansprüche aus Schadenfällen von Angehörigen des Versicherungsnehmers, gegenseitige Ansprüche zwischen mehreren Versicherungsnehmern des gleichen Versicherungsvertrages, bei geschäftsunfähigen oder beschränkt geschäftsfähigen Personen von gesetzlichen Vertretern, bei Gesellschaften und juristischen Personen, Ansprüche von Mitgliedern des Vorstandes, von Geschäftsführern und Liquidatoren, ferner von persönlich haftenden Teilhabern und Gesellschaftern sowie deren Angehörigen.

Endlich sind nicht gedeckt Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, daß der Versicherungsnehmer besonders gefahrdrohende Umstände, deren Beseitigung die Gesellschaft billigerweise verlangen könnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte.

Haftpflichtansprüche wegen Personenschaden, der aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers entsteht, sowie Sachschaden, der durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten

Tiere entstanden ist, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer weder vorsätzlich noch grobfahrlässig gehandelt hat, und

Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den vom Versicherungsnehmer (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge seiner in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.

Jede Haftpflichtversicherung ist auf eine bestimmte Person zugeschnitten. In erster Linie werden die besonderen Berufs- oder Tätigkeitsgefahren gedeckt. Die Versicherungsunternehmungen haben außerdem in jede Haftpflichtversicherung mehr oder minder typische Gefahren, denen jeder Mensch ausgesetzt sein kann, eingeschlossen. Damit ergeben sich mannigfaltige Unterformen, von denen wir einige betrachten wollen, um ein Bild von der Handhabung des Versicherungszweiges zu geben.

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist ohne weiteres prämienfrei eingeschlossen:

1. In die Versicherung als Haus- und Grundstücksbesitzer, Nießbraucher, Haus- und Grundstücksverwalter, Zwangsverwalter, Pächter und Mieter ganzer Grundstücke die gesetzliche Haftpflicht

a) aus dem Besitze und der Verwendung von Fahrstühlen, von Sammelheizungen, Fernsprechern auf den versicherten Grundstücken;

b) als Bauherr oder Unternehmer von Bauarbeiten auf diesen Grundstücken, wenn ihre Kosten im Einzelfalle nicht mehr als 1000 M. betragen;

c) aus Ansprüchen, welche gegen den Versicherungsnehmer auf Grund des § 836 Abs. 2 BGB innerhalb eines Jahres nach Beendigung seines Hausbesitzes erhoben werden;

d) als Inhaber der in dem versicherten Grundstücke befindlichen Privatwohnung;

e) der mit der Verwaltung der Grundstücke beauftragten Personen für Ansprüche, welche gegen sie aus Anlaß der Ausführung ihrer dienstlichen Verrichtung erhoben werden;

f) derjenigen Personen, die an Stelle des Versicherungsnehmers vorübergehend das Nießbraucherrecht, die Zwangs- oder Konkursverwaltung ausüben, in eben dieser Eigenschaft;

g) als Arbeitgeber für und gegenüber dem mit der Verwaltung, Bedienung, Reinigung und Beleuchtung des versicherten Grundstücks beschäftigten Personal. Angestellte und Bedienstete im Privathaushalte, Betriebe oder Geschäfte des Versicherungsnehmers sind besonders zu versichern.

2. In die Privat-, Familien- und Sporthaftpflichtversicherung die gesetzliche Haftpflicht.

a) der Ehefrau des Versicherungsnehmers und seiner minderjährigen Kinder, soweit diese Personen mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben;

b) die den im Privathaushalte angestellten Personen in Ausübung ihrer Dienstverrichtungen dritten Personen gegenüber persönlich erwächst.

3. In die Haftpflichtversicherung von Forst- und Landwirten die gesetzliche Haftpflicht:

a) als Haus- und Grundbesitzer, soweit die Gebäude, Gebäudeteile und Grundstücke für den versicherten Betrieb oder Beruf benutzt werden;

b) bezüglich der in diesen Gebäuden oder auf diesen Grundstücken belegenen Wohnung des Versicherungsnehmers;

c) bezüglich der Dienstwohnungen von Direktoren und sonstigen Betriebsangestellten;

d) aus Fahrstühlen, Sammelheizungen, Fernsprechern auf den versicherten Grundstücken, ferner als Bauherr oder Unternehmer von Bauarbeiten auf diesen Grundstücken, wenn ihre Kosten im Einzelfalle auf weniger als 1000 GM. zu veranschlagen sind;

e) des Versicherungsnehmers aus Ansprüchen, welche gegen ihn auf Grund des § 836 Abs. 2 des BGB innerhalb eines Jahres nach Beendigung seines versicherten Hausbesitzes erhoben werden.

f) aus Wohlfahrtseinrichtungen für Beamte, Angestellte und Arbeiter;

g) aus Besitz und Verwendung von Fahrrädern und Fahrradwagen ohne Motorantrieb, von Seil-, Schweb- und Feldbahnen, sowie Kränen, jedoch mit Ausnahme von Kränen zur Be- und Entladung fremder Schiffe;

h) der gesetzlichen Vertreter des Versicherungsnehmers oder solcher Personen, welche er zur Leitung oder Beaufsichtigung des versicherten Betriebes oder eines Teiles desselben angestellt hat, aus Ansprüchen, welche gegen sie aus Anlaß der Ausführung ihrer dienstlichen Verrichtungen erhoben werden;

i) aus der Haltung der zu landwirtschaftlichen Betriebszwecken vorhandenen Zug-, Zucht- und sonstigen Nutztiere sowie Hunde;

k) aus Nebenbetrieben, die der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft angehören

als Privatmann gegen die Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere auch aus dem Besitze und der Verwendung von Fahrrädern ohne Motor, aus Turnen, Kegeln, Schlittschuh- und Rollschuhlaufen, Tennisspiel, gelegentlichem Rudern oder Segeln ohne eigenes Boot, jedoch nicht aus sonstigem Sport, ferner nicht aus einer Betriebs-, Berufs-, Erwerbstätigkeit oder einer sonstigen ungewöhnlich gefährlichen Beschäftigung oder Betätigung, auch nicht aus dem Besitze einer Radioanlage mit Hochantenne;

als Familien- und Haushaltungsvorstand, insbesondere die Haftpflicht gegenüber Dienstboten und deren Handlungen, aus der Vermietung möblierter Zimmer ohne Fremdenpension, aus der Aufsichtspflicht für Minderjährige, aus Einrichtung und Beleuchtung der Wohnräume;

aus dem Besitz von Hieb-, Stoß- und Schußwaffen und deren Gebrauch, auch als Schütze, nicht aber als Jäger, also insbesondere nicht während des Mitführens oder der Verwendung zu Jagdzwecken;

die gleichartige Haftpflicht der Ehefrau und der in häuslicher Gemeinschaft beim Versicherungsnehmer lebenden minderjährigen Kinder.

Entsprechende Einschlüsse finden sich bei den sonstigen Haftpflichtversicherungen.

Die Leistungspflicht der Gesellschaft umfaßt die Prüfung der Haftpflichtfrage, den Ersatz der Entschädigung, welche der Versicherungsnehmer auf Grund eines von der Gesellschaft abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von ihr geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat, sowie die Abwehr unberechtigter Ansprüche.

Wird in einem Strafverfahren wegen eines Ereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von der Gesellschaft gewünscht oder genehmigt, so trägt die Gesellschaft die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihr besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers. Hat sich der Geschädigte der öffentlichen Klage zwecks Erlangung einer Buße als Nebenkläger angeschlossen, so ersetzt die Gesellschaft auch die durch die Nebenklage erwachsenden notwendigen Kosten.

Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Geschädigten oder dessen Rechts-

nachfolger, so führt die Gesellschaft den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf ihre Kosten.

Hat der Versicherungsnehmer für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihm die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist die Gesellschaft an seiner Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.

Für den Umfang der Leistung der Gesellschaft bilden die in dem Versicherungsscheine angegebenen Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache oder mehrere Schäden aus Lieferungen der gleichen mangelhaften Waren gelten als ein Schadenereignis.

Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so werden die Prozeßkosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche und zwar auch dann ersetzt, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und ihres der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien. Übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus demselben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme oder ihres Restbetrages zum Kapitalwerte der Rente erstattet. Der Kapitalwert der Rente wird zu diesem Zwecke nach bestimmten Grundsätzen ermittelt.

Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstande des Versicherten scheitert, so wird der von der Weigerung an entstehende Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht ersetzt.

Sehr häufig ist eine Selbstbeteiligung des Versicherten an jedem Schadenfall vereinbart.

Im Versicherungsfall hat der Versicherungsnehmer innerhalb einer Woche anzuzeigen, daß ein Anspruch gegen ihn erhoben wird. Er hat weiter alles zu tun, was zur Abwendung oder Minderung des Schadens dienlich ist und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen. Kommt es zum Prozeß über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherungsnehmer die Prozeßführung dem Versicherer zu überlassen, dem von ihm gewählten Anwalte Vollmacht und alle von diesem oder der Gesellschaft für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Zahlungsbefehle oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat er, ohne die Weisung der Gesellschaft abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen. Aus dem Charakter der Haftpflichtversicherung als Rechtsschutzversicherung ergibt sich weiter, daß der Versicherungsnehmer nicht berechtigt ist, ohne vorherige Zustimmung der Gesellschaft einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei Zuwiderhandlung ist die Gesellschaft von der Leistungspflicht frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer nach den Umständen die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte. Durch irrtümliche Annahme des Vorliegens einer gesetzlichen Haftpflicht oder der Richtigkeit der erhobenen Ansprüche oder der behaupteten Tatsachen wird der Versicherungsnehmer nicht entschuldigt.

Wenn er infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist er verpflichtet, dieses Recht auf seinen Namen von der Gesellschaft ausüben zu lassen.

Die Gesellschaft gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

Eine weitere Eigentümlichkeit der Haftpflichtversicherung erblicken wir endlich noch in dem nur bei ihr nachweisbaren außerordentlichen Kündigungsrechte. Wenn infolge von Veränderungen der allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnisse die Grundlagen der Haftpflichtversicherung derart erschüttert werden, daß bei unveränderter Fortsetzung der bestehenden Versicherungen die Durchführung einer geordneten und den Interessen der Versicherten auf die Dauer gerecht werdenden Geschäftsgebarung des Unternehmens ernsthaft gefährdet erscheint, so kann auf Grund einstimmigen Beschlusses des Vorstandes und des Aufsichtsrates mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde eine außerordentliche Kündigung bestehender Versicherungen zugelassen werden. Das gleiche gilt, wenn die bezeichneten Wirkungen durch die Änderung bestehender oder den Erlaß neuer Rechtsnormen herbeigeführt werden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt in derartigen Fällen, für welchen Teil des Versicherungsbestandes die außerordentliche Kündigung zugelassen wird, sowie zu welchem Zeitpunkt und mit welcher Frist gekündigt werden kann. Die über den Schluß der laufenden Versicherungsperiode hinaus entrichtete Prämie ist vom Versicherer ohne Abzug einer Geschäftsgebühr zurückzuerstatten.

b) Die *Kollektiv-Haftpflichtversicherung* fußt ebenfalls auf den behandelten Bedingungen. Sie kann geboten werden:

α) staatlichen, kommunalen, kirchlichen und sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts für die in ihnen vereinigten einzelnen Korporationen als Versicherte;

β) eingetragenen Vereinen oder sonstigen Personenvereinigungen und Unternehmungen zu beruflichen oder wirtschaftlichen Zwecken. Kollektivverträge dürfen mit ihnen aber nur abgeschlossen werden, wenn es sich um Angehörige des gleichen Berufs oder einer wirtschaftlichen Interessengruppe oder um die Versicherung gegen gleichartige Gefahren handelt. Voraussetzung ist, daß bei Vereinigungen und Verbänden bis zu 50 Mitgliedern, bei allen andern 10 %, mindestens aber 50 Mitglieder gleichzeitig versichert werden. Sie darf nicht einer Vereinigung von Personen geboten werden, die sich lediglich zum Zwecke der Kollektivversicherung zusammengefunden hat.

Die Prämie ist für jeden Versicherten tarifmäßig, also so zu berechnen, wie wenn er selbst einzelner Versicherungsnehmer wäre. Auf die Gesamtprämie sämtlicher Versicherten kann ein Kollektivrabatt, der mit der Zahl der Versicherten wächst, gewährt werden, neben dem ein Empfehlungsrabatt nicht gewährt werden darf. Die Kollektivrabatte dürfen nur nach der wirklichen Zahl der Versicherten, nicht nach der Mitgliederzahl berechnet werden. Ein durch Erhöhung der Versichertenzahl sich ergebender höherer Rabatt wird für die neu hinzutretenden Mitglieder sofort, für die schon versicherten Mitglieder vom nächsten Prämienfälligkeitstermin ab gewährt. Ein durch Verminderung der Versichertenanzahl sich ergebender geringerer Rabatt kommt vom nächsten Prämienfälligkeitstermin ab in Betracht. Die Rabatte dürfen nicht addiert und im ganzen abgezogen werden, sondern sind einzeln und stets nur von der jedesmal sich ergebenden Restprämie abzusetzen.

Eine Gewinnbeteiligung darf nicht gewährt werden.

Über den Umfang der im einzelnen versicherten Haftpflichtgefahren läßt sich kaum etwas Allgemeingültiges sagen. Lediglich als Beispiel führen wir den Umfang des Versicherungsschutzes bei der Versicherung für Politische Gemeinden an.

A. Versichert ist im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen die gesetzliche Haftpflicht der Gemeinde:

1. als juristische Person öffentlichen Rechts aus der Ausübung der öffentlichen Gewalt;

2. aus dem Betriebe der Verwaltungs- und sonstigen öffentlichen Zwecken dienenden Büros;

3. aus dem Betrieb von Gemeindeschulen;

4. aus dem gesamten Haus- und Grundbesitze, soweit dieser Besitz nicht den Zwecken besonders zu versichernder Betriebe dient;

5. aus dem Haus- und Grundbesitze, soweit die Gebäude, Gebäudeteile und Grundstücke für einen versicherten Betrieb benutzt werden oder besonders versichert sind;

6. aus dem Besitze und der Verwendung von Fahrstühlen, von Sammelheizungen, Fernsprechern auf den versicherten Grundstücken; als Bauherr oder Unternehmer von Bauarbeiten auf diesen Grundstücken, wenn ihre Kosten im Einzelfall auf weniger als 1000 GM. zu veranschlagen sind;

7. aus Ansprüchen, welche gegen die Gemeinde auf Grund des § 836 Abs. 2 BGB innerhalb eines Jahres nach Beendigung ihres versicherten Haus- und Grundbesitzes erhoben werden;

8. aus Sicherheits- und Gesundheitspolizei;

9. aus der Armen- und Waisenpflege;

10. aus den kommunalen Einrichtungen für Feuerschutz, jedoch mit Ausnahme der Feuerwehrautomobile;

11. aus allen nicht hier besonders aufgeführten, sowie den unter bestimmten Ziffern des Antragsformulars genannten Betrieben;

12. der Ersatz der Zahlungen gemäß §§ 576/77 RVO insoweit, als es sich nicht um Angestellte und Arbeiter in Betrieben handelt, die nach Litr. B 1 bis 10 und Ziffer 8 bis 17 besonders zu versichern sind, mit der Maßgabe, daß im Falle des Satzes 3 in § 577 die Ersatzleistung nach Satz 1 und 2 zu berechnen ist;

13. als juristische Person öffentlichen Rechts für Vermögensschäden aus sämtlichen reichs- oder landesgesetzlichen Bestimmungen mit der Maßgabe, daß

a) die Ersatzleistung im Schadenfall auf ein Viertel der Sachschadendeckungssumme pro Fall begrenzt ist;

b) die Gemeinde von jedem Vermögensschaden 20 % selbst zu tragen hat;

c) die gesetzliche Haftpflicht der Gemeinde für Vermögensschäden ausgeschlossen ist,

aa) die aus den von der Gemeinde im öffentlichen Interesse beschlossenen Verwaltungsmaßnahmen abgeleitet werden, wenn eine Benachteiligung von Privatinteressen durch die Ausführung der Maßregeln vorauszusehen war;

bb) die bei der Vermittlung oder Empfehlung von Geldgeschäften, aus Versehen bei der Anweisung zur Ausbezahlung von Geldern, durch Fehlbeträge bei der Kassensführung, durch Untreue der Beamten und Angestellten, durch Abhandenkommen von Geld, Wertpapieren und Wertsachen, durch Verstöße bei Zahlungen, ferner durch bewußt gesetz- oder vorschriftswidriges Verhalten entstehen, es sei denn, daß nach den Umständen des besonderen Falles hinreichender Grund zu der Annahme vorhanden war, daß die Zuwiderhandlung keine Nachteile für einen Dritten im Gefolge haben oder von dem Dritten oder dem sonst hierzu berechtigten genehmigt werden würde;

14. die gesetzliche Haftpflicht, die

a) den verfassungsmäßig berufenen Vertretern der Gemeinde in Ausübung ihrer Vertretungsmacht,

b) den Beamten in Ausübung der ihnen anvertrauten öffentlichen Gewalt dritten Personen gegenüber wegen Personen- und Sachbeschädigung — nicht aber wegen Vermögensschädigung — persönlich erwächst.

B. Besondere Versicherung kann für folgende Betriebe und Einrichtungen gewährt werden:

1. Bahnbetriebe aller Art,
2. Besitz und Benutzung von Böllern, Mörsern, Schallkanonen usw.,
3. Dampfwalzen,
4. Hafenanlagen,
5. Kraftfahrzeuge,
6. Kurbetriebe,
7. Luftfahrzeuge, auch Einrichtungen zum Landen,
8. Wasserfahrzeuge,
9. Zoologische Gärten,
10. Für alle sonstigen Betriebe, soweit nicht ausdrücklich hiernach gefragt wird.

Die Versicherung der Kirchengemeinden deckt sich im großen und ganzen unter Berücksichtigung der besonderen Gefahrumstände mit der für politische Gemeinden.

Besondere Versicherung ist bei ihnen für folgende Betriebe und Einrichtungen zu beantragen:

1. für alle industriellen, gewerblichen, landwirtschaftlichen usw. Betriebe;
2. für Altersheime, Stifte und sonstige Wohltätigkeitseinrichtungen;
3. für Kraft-, Wasser- und Luftfahrzeuge;
4. für alle sonstigen Betriebe, soweit nicht ausdrücklich hiernach gefragt wird.

Auch bei den sonstigen Kollektivversicherungen finden sich ähnlich genaue Umschreibungen des Versicherungsschutzes wie bei den politischen Gemeinden.

#### § 14. Kreditversicherung.

Literatur: BALSTON, Fidelity Guarantee Insurance. Journal of the Insurance Institute of Great Britain. London 1911; BUCHBINDER, Die Kautionsversicherung. Elberfeld 1873; CRÜGER, Die Kreditversicherung. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 17; HERZFELDER, Das Problem der Kreditversicherung. Leipzig 1904; HERZFELDER, Zur Kritik des Kreditversicherungsproblems. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 5; v. LIEBIG, Beiträge zum Problem der Kreditversicherung. Berlin 1905; MANES, Versicherungslexikon. Berlin 1924; MOLT, Die Kreditversicherung. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 5; MOLT, Der Kreditversicherungsvertrag. Stuttgart 1913.

1. Entwicklung der Kreditversicherung. Die Kreditversicherung ist eine der jüngsten Versicherungszweige. Auch heute dürfte sie im Gegensatz zu den anderen Versicherungszweigen noch keine durchaus festen Grundlagen besitzen. Die bisherige Entwicklung hat jedenfalls schon eine Reihe von Fehlschlägen in dem Versuche, die Kreditversicherung einzuführen, aufzuweisen.

Die Unternehmung, welche die Kreditversicherung zuerst betrieb, dürfte die Ocean Accident and Guarantee Corporation Ltd. in London sein, die bereits die Grundlage für die Pauschalkreditversicherung ausbildete. Sie arbeitet seit 1871 und hatte ihre Geschäfte vorübergehend auch auf Deutschland erstreckt. In ausgedehnter Weise wurde dieser Versicherungszweig von der Excess Insurance Company Ltd. in London betrieben. Ihre Nachfolgerin ist die erst nach dem Kriege gegründete Trade Indemnity Company in London. Die Trade Indemnity widmet sich in erster Linie der Einzelkreditversicherung. Bisher kann sie auf einen günstigen Geschäftslauf zurückblicken. In Amerika befaßt sich die American Indemnity Company of New York als reine Kreditversicherungsgesellschaft mit diesem Versicherungszweige. Sie schließt im Gegensatz zu der englischen Gesellschaft nur Pauschalversicherungen ab und stützt sich dabei auf das ganz eigenartig ausgebaute amerikanische Auskunftswesen. Dort geben nämlich die Auskunftsteile jeder Firma

Kreditziffern, die in sogenannten Referenzbüchern zusammengestellt sind. Diese Kreditziffern dienen als Unterlage für die Bemessung der gedeckten Kredite.

In Deutschland wurden die Grundlagen für die Kreditversicherung durch den Geschäftsbetrieb des Globus in Hamburg gewonnen. Die Krisis des Jahres 1908 brachte ihm einen ungünstigen Schadenverlauf. Hinter ihm stand die Münchener Rückversicherungsgesellschaft, die sich im Jahre 1917 bei der inzwischen eingetretenen Geschäftsausdehnung entschloß, das Portefeuille auf eine Spezialgesellschaft, die Hermes Kreditversicherungsbank Aktiengesellschaft in Berlin, übertragen zu lassen. Der Hermes betreibt alle Sparten der Kreditversicherung. In gleicher Weise gründete die Vaterländische und Rhenania Vereinigte Versicherungsgesellschaften eine Tochtergesellschaft, die Vaterländische Kreditversicherungs AG. Eine andere selbständige Unternehmung, die Allgemeine Garantiebanc AG, ist inzwischen wieder eingegangen.

Außer diesen Spezialgesellschaften betreiben noch eine Reihe anderer Versicherungsunternehmungen die Kreditversicherung mit mehr oder minder großem Erfolge. Sie widmen sich auch meist nur dem einen oder anderen Zweige. Nur auf dem Gebiete der Kautionsversicherung sind noch zwei Spezialunternehmungen zu nennen, die Hamburgische Kautionsvereinigung und die Rheinische Garantiebanc Aktiengesellschaft.

2. Arten der Kreditversicherung. Mit dem Ausdruck Kreditversicherung bezeichnet man einen Versicherungszweig, der es in irgendeiner Form mit dem Kredit zu tun hat. Da es verschiedene Formen des Kredites gibt, muß es auch verschiedene Arten der Kreditversicherung geben. Ausschlaggebend für die Einteilung ist der Umfang und die Form des Versicherungsschutzes. Zweck der Versicherung ist, dem Gläubiger den Schaden zu ersetzen, den er durch die Nichtzahlung der Schuld durch den Schuldner erleidet. Der Versicherer muß also, um diesen Zweck zu verwirklichen, dem Gläubiger versprechen, seinerseits zu zahlen, wenn der Schuldner am Fälligkeitstage die Zahlung unterläßt. Ausschlaggebend ist dabei, daß der Schuldner die Zahlung nicht leistet, weil er zahlungsunfähig ist. Die Versicherung erfolgt grundsätzlich in der Form der Bürgschaft. Gleichwohl handelt es sich aber um eine echte Versicherung, weil der Versicherer für die Übernahme der Bürgschaft ein Entgelt in der Versicherungsprämie erhält. Maßgebend ist weiter, daß er die Übernahmen der Bürgschaften in großem Maße und nach den Grundsätzen der Versicherungstechnik betreibt.

Die Einteilung der Kreditversicherung knüpft an die Formen der Bürgschaften an. Es besteht ein Unterschied zwischen der selbstschuldnerischen Bürgschaft und der Ausfallbürgschaft. In jenem Falle muß der Bürge sofort zahlen, sobald der Schuldner seine Verbindlichkeiten nicht erfüllt. Bei der Ausfallbürgschaft tritt der Bürge jedoch erst ein, wenn sich nach der Zahlungsunfähigkeit des Schuldners nach der Verwertung seines Vermögens für den Gläubiger ein Ausfall ergibt.

Zu der ersten Gruppe der Kreditversicherung gehören insbesondere die Kautionsversicherung und einige Formen der Finanzkreditversicherung, zu der letzteren namentlich die Einzel- und Pauschalkreditversicherung sowie die Hypothekenversicherung. Ein besonderes Gebiet sind die Abzahlungsversicherungen.

3. Durchführung der Kreditversicherung. a) *Die Kautionsversicherung.* Wenn jemand einen Kaufvertrag abschließt, hat er nach den Bestimmungen des BGB den Kaufpreis Zug um Zug gegen Empfang der Ware zu zahlen. In unserer kapitalarmen Zeit ist ihm dies vielfach nicht möglich. Er kann oft den Preis erst zahlen, nachdem er die Ware in seinem Geschäftsbetriebe weiter veräußert hat. Er kauft also seinerseits die Ware auf Kredit. Wenn der Verkäufer keine Sicherheiten verlangt, handelt es sich um einen offenen Kredit. Verlangt er Sicherheiten, so liegt ein gedeckter Kredit vor. Den Erfordernissen der Zeit hat der Staat Rechnung getragen. Bei der Einfuhr von Waren ins Inland entstehen Zollschulden des



Importeurs. Bei dem Vertrieb gewisser Erzeugnisse, z. B. Zigaretten, entstehen Steuerschulden. Weiter tritt der Staat als Verkäufer von Waren, z. B. Holz, auf. Dann entsteht eine Kaufpreisforderung. Auf Grund einer Reihe von gesetzlichen Bestimmungen können die zuständigen Behörden diese Schulden stunden, sie geben also Kredit. Dieser kann gedeckt und ungedeckt sein. Meist werden Sicherheiten, und zwar unter anderem in der Form der Bürgschaft eines zugelassenen Steuerbürgen verlangt. Als Steuerbürgen werden Versicherungsgesellschaften, die die Kreditversicherung betreiben, zugelassen. Die betreffende Behörde wendet sich an die Aufsichtsbehörde der betreffenden Versicherungsgesellschaft, wenn diese den Antrag auf Zulassung als Bürge gestellt hat. Die Aufsichtsbehörde nimmt zu diesem Antrage namentlich unter Berücksichtigung der finanziellen Lage der betreffenden Gesellschaft zustimmend oder ablehnend Stellung. Mit der Zulassung als Steuerbürge wird dem Versicherer zugleich eine Höchstgrenze, ein Limit, festgesetzt, bis zu dessen Erreichung er als Bürge zugelassen wird.

Die wichtigste Art der Kautionsversicherung ist die Zoll- und Steuer-Kautionsversicherung. Eine besondere Rolle spielen noch die Kautionen für Spritkaufgelder bei der Reichsmonopolverwaltung für Branntwein und die Frachtkautionsversicherung bei der Bahn. Damit ist das Anwendungsgebiet der Kautionsversicherung aber keineswegs erschöpft. Auch Privatunternehmen haben vielfach den gleichen Weg beschritten. So erwähnen wir die Stundung von Kohlenkaufgeldern durch die Zechen. Früher waren die Holzkaufgelder bei der Stundung gegen Sicherheit und damit für die Kreditversicherung von Bedeutung. Jeden Tag können neue Gebiete für die Versicherung hinzukommen.

Wenn diese Gläubiger die geschuldeten Beträge stunden, so wollen sie doch am Tage des Ablaufs der Stundung über ihr Geld verfügen können. Insbesondere wollen sie keine Arbeit durch die Beitreibung der Schulden haben. Diesem Zwecke dient nur die Stellung einer selbstschuldnerischen Bürgschaft und zwar in der Form, daß der Bürge auf alle Einreden verzichtet. Insbesondere ist die Zahlungsverpflichtung des Bürgen nicht durch die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners bedingt. Er muß auch dann zahlen, wenn der eigentliche Schuldner sehr gut zahlen könnte und vielleicht nur wegen Qualitätsmängel nicht zahlen will. Die Unterlage für die Stundung ist daher ein abstrakter, selbstschuldnerischer Bürgschein, der von der Versicherungsgesellschaft bei der betreffenden Stelle, welche die Stundung vornimmt, hinterlegt wird. Durch ihn verpflichtet sich der Versicherer zu zahlen, wenn der Schuldner am Fälligkeitstage nicht zahlt.

Neben dieser Bürgschaftserklärung wird eine besondere Versicherungspolice für den Schuldner, der in diesem Falle der Versicherungsnehmer ist, ausgestellt. In ihm wird bescheinigt, daß der Versicherer dem Versicherungsnehmer zugunsten der namentlich aufgeführten stundenden Stelle eine Kautionsversicherung gewährt. Dabei wird die gestundete Forderung genau bezeichnet und zum Ausdruck gebracht, daß es sich um eine selbstschuldnerische Bürgschaft handelt. Die Höhe des Kredites bildet die Versicherungssumme.

Der Versicherer kann eine solche Versicherung nur dann gewähren, wenn er sich genau über die finanzielle Lage seines Kunden vergewissert hat. Ihm dazu die Unterlagen zu verschaffen, dient ein meist ziemlich umfangreicher Fragebogen. Aber sehr oft wird der Versicherer nicht ohne weiteres bereit sein, derartige Bürgschaften zu stellen. Für ihn handelt es sich nicht nur um das Risiko, gegebenenfalls in Vorlage für seinen Versicherten zu treten, sondern auch darum, nach der Vorlage die ausgelegten Beträge wieder zurückzuerhalten. Um einige Sicherheit zu erhalten, läßt er sich vielfach Unterlagen geben. Als solche kommen namentlich Rückbürgschaften, Hypotheken oder Warenverpfändungen in Frage.

Für den Versicherungsvertrag gelten die Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes. Es ergeben sich aber gewisse Erweiterungen in den meist nicht

sehr ausführlichen Versicherungsbedingungen. So bleibt z. B. die Prämie ganz oder teilweise auch dann verfallen, wenn von der Bürgschaft kein Gebrauch gemacht wird. Wir müssen in ihr eine Art Bereitschaftsprovision erblicken. Wichtig ist weiter, daß der Versicherungsnehmer jedes Jahr seine Bilanz vorlegen muß. Selbstverständlich darf er auch ohne Verständigung des Versicherers keine weiteren Kautionen oder Stundungskredite sicherheitslos oder gegen Verpfändung von Waren in Anspruch nehmen, da weitere Schulden seinen Status verschlechtern würden.

Wenn der Versicherer als Bürge in Anspruch genommen wird, hat er das Recht, da er für die Schuld eines anderen eingetreten ist, von diesem Schadloshaltung zu verlangen. Da der Versicherer im Bürgscheine auf jede Einrede verzichten mußte, so bedingt er sich in den Policebedingungen aus, daß der Versicherungsnehmer ihn im Falle der Inanspruchnahme auf jeden Fall schadlos zu halten hat und zwar ohne Rücksicht auf jede ihm etwa gegen den Hauptgläubiger zustehende Einwendung. Ebenso hat er dafür zu sorgen, daß der Versicherer nach Ablauf der Versicherung aus der übernommenen Bürgschaft entlassen wird. Das kann durch Bezahlung der Schuld oder durch Stellung eines anderen genehmen Bürgen erfolgen.

Eine wichtige weitere Art der Kautionsversicherung sind die Lieferungs- und Leistungskautionen. Wenn ein Unternehmer eine Lieferung oder die Ausführung einer Arbeit übernimmt, wird meist die Ausführung in einer bestimmten Art verlangt. Entspricht die Ausführung nicht diesen vertraglichen Anforderungen, so ist eine Vertragsstrafe zu zahlen. Das gleiche findet man für den Fall der nicht rechtzeitigen Ausführung der übernommenen Arbeit. Sehr oft verlangt der Auftraggeber zur Sicherstellung der vertraglichen Verpflichtung eine Kautions des Unternehmers. Diese Kautions kann wieder durch die Bürgschaft einer Versicherungsunternehmung ersetzt werden. Besonderheiten in der Durchführung der Versicherung ergeben sich nicht.

*b) Die Finanzkreditversicherung.* Unter Finanzieren versteht man im technischen Sinne die Beschaffung von Geld für ein Unternehmen. Die Finanzkreditversicherung hat es infolgedessen mit der Versicherung des Geldgebers zu tun. Dabei ergeben sich zwei Möglichkeiten. Die Versicherung kann von dem Geldgeber genommen werden; er ist dann Versicherungsnehmer und Versicherter. Sie kann aber auch von dem Schuldner genommen werden, um dem Geldgeber für die Hingabe des Darlehens die notwendige Sicherheit zu gewähren. In diesem Falle ist der Schuldner der Versicherungsnehmer, der Gläubiger der Versicherte. Ohne Sicherheiten werden Finanzkredite meist nicht gegeben. Die Sicherheit durch die Versicherungspolice ist für den Geldgeber am wertvollsten, wenn sie in der Form einer selbstschuldnerischen Bürgschaft gegeben wird.

Schon diese kurzen Andeutungen genügen, um zu zeigen, daß die einzelnen Finanzkreditversicherungen sehr weit in ihren Bedingungen voneinander abweichen können. Gedruckte Allgemeine Versicherungsbedingungen gibt es bei ihr daher nicht. Es gelten die Vorschriften des VVG. Dauer der Versicherung und Prämienatz sind ebenfalls immer dem einzelnen Fall angepaßt.

Ausschlaggebend ist für den Versicherer bei Übernahme der Versicherung die finanzielle Leistungsfähigkeit des Schuldners. Nur in den seltensten Fällen wird er sich darauf einlassen können, das Risiko ohne Sicherheiten zu übernehmen. Er wird sich vielmehr regelmäßig Sicherheiten, so namentlich in der Form von Hypotheken, Rückbürgschaften oder Warenverpfändungen geben lassen. Er will damit das Risiko auf das sogenannte Vorlagerisiko beschränken. Gerade während der Krise der letzten Jahre hat sich aber gezeigt, daß diese Sicherheiten im Notfalle nicht genügen. Man ist daher immer mehr dazu übergegangen, Finanzkreditversicherungen nur noch in der Form der Ausfallbürgschaft zu zeichnen. Man sah sich dazu auch noch aus dem Grunde veranlaßt, weil eine Versicherungsgesellschaft für die Vorlageverpflichtung auf ihre Prämieinnahmen angewiesen ist und nicht in

gleich leichter Weise wie eine Bank auf den allgemeinen Geldmarkt zurückgreifen kann.

c) Die *Delkredereversicherung* dürfte neben der Kautionsversicherung der bedeutungsvollste Zweig der Kreditversicherung sein, da er sich mit dem normalen Warenkredit beschäftigt. Sie zerfällt in die Einzel- und in die Pauschalwarenkreditversicherung. Der Unterschied beruht darin, ob eine einzelne Warenforderung oder die gesamten Umsätze eines Kaufmanns versichert werden. Es genügt daher, wenn wir nur die Pauschalkreditversicherung behandeln.

Bei dieser Versicherungsart ersetzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer den während der Dauer des Vertrages infolge eingetretener Zahlungsunfähigkeit von Kunden nicht beizubehaltenden Teil von Kaufpreisforderungen. Es handelt sich also deutlich um eine Ausfallversicherung. Die Versicherung erstreckt sich dabei auf alle Forderungen, die dem Versicherungsnehmer zwischen Beginn und Ende der Versicherung in seinem Geschäftsbetriebe an seine handelsgerichtlich eingetragenen Kunden tatsächlich ausgeführten Warenlieferungen erwachsen. Nicht gedeckt sind Zinsen und Kosten. Voraussetzung für die Übernahme einer derartigen Haftung ist, daß die Kunden zu Beginn der Versicherung ordnungsmäßig ihre Warenverbindlichkeiten erfüllt haben. Ebenso kann der Versicherungsnehmer nicht nach Abschluß der Versicherung ohne sorgfältige Prüfung der Kreditwürdigkeit seine Kunden beliefern und dies auch auf jeden Fall nur bis zu der von ihm sorgfältig geprüften Grenze der Kreditwürdigkeit.

Der Versicherungsfall ist durch die innerhalb der Vertragsdauer erfolgte Feststellung der Zahlungsunfähigkeit eines Kunden gegeben. Zahlungsunfähigkeit liegt ausschließlich vor:

a) wenn der Konkurs über das Vermögen des Schuldners eröffnet oder der Antrag auf Konkurseröffnung mangels Masse abgelehnt wird;

b) wenn eine nach vorausgegangener Zahlungseinstellung von allen Gläubigern bewilligte und geregelte Abwicklung in Form eines außergerichtlichen oder eines im Geschäftsaufsichtsverfahren rechtskräftig abgeschlossenen Vergleichs, sei es mit bestimmter Quote, sei es in einer Liquidation oder sei es in einem Moratorium, vorliegt;

c) wenn eine auf Antrag des Versicherungsnehmers wegen einer durch die Versicherung gedeckten Forderung in bewegliche Sachen des Schuldners vollzogene Zwangsvollstreckung nicht zur vollen Befriedigung geführt hat oder wenn der Versicherungsnehmer Tatsachen vorbringt, aus denen hervorgeht, daß eine solche Zwangsvollstreckung erfolglos wäre;

d) wenn der Schuldner flüchtig oder unbekanntem Aufenthaltsort ist und von der Versicherungsnehmerin Tatsachen vorgebracht werden, aus denen hervorgeht, daß eine Zwangsvollstreckung oder die Beantragung der Konkurseröffnung erfolglos wäre.

Die Kunden werden von dem Versicherer in mehrere Gruppen eingeteilt. Im Versicherungsvertrage wird eine Summe festgesetzt, bis zu der der Versicherer die Haftung für den Kredit übernimmt. Das ist der sogenannte Höchstkredit. Gibt der Versicherte darüber hinaus Kredit, so geschieht dies auf seine eigene Gefahr. Er kann aber auch für den überschießenden Betrag mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung treffen. Für die sogenannte Höherdeckung ist eine Zuschlagsprämie zu bezahlen. In der gleichen Weise erfolgt die besondere Deckung von Krediten, bei denen eine längere als im Versicherungsvertrage vereinbarte Laufzeit eingeräumt worden ist und die daher an sich nicht unter die Versicherung fallen.

Im Antragsformular fragt der Versicherer nach der Zusammensetzung des Kundenstammes hinsichtlich der Kredithöhe. Er findet dabei, daß sich die gesamten Kredite meist in zwei Stufen zerlegen lassen. Weitaus der größten Anzahl der Kunden wird ein gewisser niedriger Durchschnittskredit gewährt. Um die Durchführung

der Versicherung nicht zu sehr mit Verwaltungsarbeit zu belasten, erklärt sich der Versicherer bereit, diese Kredite „dunkel“ zu decken. Er verzichtet bei Krediten bis zu dieser Höhe zwar auf Angabe der Namen der Kunden, nicht aber auf die Prüfung der Kreditwürdigkeit des einzelnen Kunden durch den Versicherungsnehmer. Im Schadenfalle ist ihm vielmehr stets nachzuweisen, daß die Kreditwürdigkeit sorgfältig geprüft und für gut befunden worden ist.

Bei denjenigen Kunden, welche einen Kredit über diesen Durchschnittskredit hinaus bis zum Höchstkredit erhalten, ist vom Versicherungsnehmer jedesmal der Kunde unter Angabe des Kredites anzumelden. Solange der gewährte Kredit nicht über den Höchstkredit hinausgeht, haftet der Versicherer. Da das Risiko aber größer geworden ist, will er an Hand der Anmeldungen auch seinerseits die Kreditwürdigkeit nachprüfen können. Er bedingt sich zu dem im Vertrage ausdrücklich das Recht aus, jederzeit Kunden von der Deckung auszuschließen. Lieferungen aber, die bereits ausgeführt sind, bleiben bis zu ihrem Ablauf gedeckt.

Besonders schwierig ist bei diesem Versicherungszweige die Beurteilung der Kreditwürdigkeit des einzelnen Kunden. Man hat schematische Regeln aufgestellt und unterscheidet zwischen alten und neuen Kunden des Versicherungsnehmers. Die alten Kunden sind ohne Auskünfte gedeckt, wenn sie zur Zeit der Entstehung der Forderung seit mindestens einem Jahr in regelmäßigem Geschäftsverkehr von dem Versicherungsnehmer Waren bezogen und geordnet bezahlt haben. Als Kreditgrenze gilt dabei der höchste geordnet gezahlte Saldo aus Warenschulden in den einer neuen Kreditgewährung vorausgehenden zwei Jahren. Für neue Kunden ist eine und von einer vertraglich vereinbarten Grenze an noch eine zweite Auskunft einzuholen. Welche Auskünfte vom Versicherer zugelassen werden, ist ebenfalls im Vertrage genau bestimmt. Schwierig ist aber die Beurteilung der Auskünfte. Enthält sie eine bestimmte Kreditziffer, so gilt bis zum Betrage des Höchstkredits diese Kreditziffer als gedeckter Kreditbetrag. Sind zwei Summen genannt, so gilt ihr Durchschnitt als gewählbarer Kredit. Ist eine Kreditziffer in der Auskunft aber nicht enthalten oder ist ein „angemessener Kredit“ als zulässig bezeichnet, so hat der Versicherungsnehmer unter sorgfältiger Abwägung des Inhaltes der Auskünfte zu entscheiden, welcher Kreditbetrag als zulässig zu betrachten ist. All diese Regeln geben aber nur die notdürftigsten Anhaltspunkte. Erst die längere Handhabung von Auskünften läßt ihren Wert beurteilen und gibt ein Gefühl für die Beurteilung der in ihr enthaltenen Zahlen und sonstigen Angaben.

Eine flüchtige Betrachtung der verschiedenen Wirtschaftszweige zeigt, daß der Konjunkturverlauf eines jeden ganz besondere Merkmale aufweist. Da die Kreditversicherung, wie sich gleich ergeben wird, eine Krisenversicherung ist, so muß der Versicherungsnehmer sorgfältig im Antrag alle Angaben machen, die für die Beurteilung des Risikos auch nach dieser Richtung hier wichtig sind. Namentlich hat er zu erklären, daß ihm bezüglich keines seiner Kunden, die für die Deckung in Betracht kommen, Umstände bekannt sind, die den Kunden als zahlungsunfähig oder die eine Kreditgewährung an ihn als gefährdet erscheinen lassen.

Jeder Kaufmann hat in seinem Geschäftsbetriebe, und zwar auch in den ruhigsten Jahren, mit gewissen Ausfällen durch Zahlungsunfähigkeit seiner Kunden zu rechnen. Wenn er mehrere Jahre seiner Geschäftstätigkeit zusammenstellt, so läßt sich sogar mit ziemlicher Genauigkeit der Durchschnittsverlust feststellen. Diesen Verlust pflegt er im allgemeinen abzuschreiben. Das ist ihm nur dadurch möglich, daß er den Durchschnittsverlust in seine Preise in Form einer Delkredereprovision eingerechnet hat. Infolgedessen kann ihm der Versicherer diese Verluste nicht ohne weiteres ersetzen. Vielfach werden sie ausdrücklich von der Deckung ausgeschlossen. In ein Verhältnis zum Umsatz gebracht wird bestimmt, daß der Kunde den so gefundenen Satz mindestens aber einen vereinbarten festen Betrag in jedem Jahre als Schaden vorweg selbst zu tragen hat. Dies ist das sogenannte Vorrisiko.

Manche Versicherungsnehmer wollen indessen ein Vorrisiko nicht übernehmen. Der Versicherer kann davon absehen, wenn er dafür den Prämienatz erhält, der sich aus der Gegenüberstellung des Durchschnittsverlustes und des Durchschnittsumsatzes ergibt. Insoweit handelt es sich dann nur um eine Art Bankgeschäft, als der Versicherer auf einmal oder in Raten die Summe vom Versicherungsnehmer erhält, die er diesem später in Form von Schadenzahlungen wieder zurückvergütet.

Auch unter Berücksichtigung dieses Vorriskos kann aber der Versicherer dem Versicherungsnehmer nicht im Schadenfalle den vollen Ersatz seines Ausfalls in Aussicht stellen. Er würde damit seinen Kunden anreizen, seinen Umsatz auszuweihen, denn dieser würde an jedem Geschäft noch seinen rechnungsmäßigen Gewinn machen. Um diesem Übelstande zu begegnen, verlangt der Versicherer, daß der Versicherte an jedem Schaden mit einem besonderen Anteil beteiligt ist. Man kann diesen Anteil verschieden berechnen und entweder einen bestimmten Anteil am Ausfall oder an der Kaufpreisforderung vom Versicherungsnehmer verlangen. Welcher Weg gewählt wird, ist eine Frage des Systems oder der Verhandlungen. Zur Zeit wird in Deutschland der Anteil des Versicherungsnehmers entweder wenigstens mit 25 % des Ausfalls oder mit wenigstens 20 % des Kaufpreises vereinbart. Wir finden aber auch höhere Beteiligungen. Maßgebend für ihre Festsetzung ist der Durchschnittsgewinn, mit dem der Versicherungsnehmer arbeitet. Die Beteiligung muß so hoch sein, daß dem Versicherten ein Gewinn aus dem Geschäfte im Schadenfalle nicht mehr bleibt und daß er selbst noch eine fühlbare Einbuße erleidet. Andererseits ist aber auch noch die Größe des Risikos, welches das Geschäft in sich birgt, maßgebend. So wird namentlich bei Lieferungen ins Ausland eine höhere Beteiligung des Versicherten, die bis zu 50 % des Ausfalls steigen kann, verlangt.

Sobald der Versicherungsnehmer von der eingetretenen Zahlungsunfähigkeit eines Kunden Kenntnis erhält, hat er diese dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Schadens erforderlich ist. Er hat namentlich die Prüfung der Kreditwürdigkeit des Kunden, das zugrunde liegende Warengeschäft, die Höhe der Forderung, die Zahlungsunfähigkeit des Kunden und den endgültigen Ausfall nachzuweisen. Im übrigen hat er alles zu tun, um seine Forderung beizutreiben oder den Verlust zu mindern. Von der im Zeitpunkt der Zahlungsunfähigkeit des Schuldners dem Versicherungsnehmer zustehenden versicherten Forderung werden zur Feststellung des Ausfalls folgende Posten abgezogen: die Zahlungen des Schuldners oder dritter Personen, die sich offenbar auf die versicherte Forderung beziehen, auch wenn sie erst nach Eintritt der Zahlungsunfähigkeit eingehen, weiter Deckungen, wozu auch vom Schuldner an Zahlungs Statt gegebene Wechsel auf Dritte gehören, der Fakturenwert etwa rückempfangener Waren, Abzüge aller Art, die der Schuldner bei Fälligkeit abzuziehen berechtigt ist und aufrechenbare Forderungen, der Erlös aus Sicherheiten, die für die versicherte Forderung bestellt sind, der Erlös aus anderweitigen Versicherungen, die für die versicherte Forderung bestehen. Sonstige Sicherheiten oder sonstige nach der Zahlungseinstellung eingegangene Beträge werden auf gedeckte und ungedeckte Forderungen anteilig verteilt.

Die Entschädigung erfolgt, sobald der Ausfall endgültig feststeht. Da dies unter Umständen sehr lange dauern kann, gewährt der Versicherer meist sechs Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles eine Vorentscheidung an Hand der Schätzung des Ausfalls, die der mit der Abwicklung der Masse Beauftragte abgibt. Kann auch nach sechs Monaten eine Schätzung noch nicht erfolgen und steht überhaupt fest, daß ein Ausfall zu erwarten ist, so werden 25 % der im Versicherungsscheine festgesetzten Quote ersetzt. Ergibt sich überhaupt keine Ausschüttung aus der Masse oder eine solche von weniger als 10 % der Forderung, so werden meist äußerst 90 % als Verlust angerechnet, worauf die Quote ersetzt wird. Die Abrechnung erfolgt so, daß dem Versicherungsnehmer von jedem Schaden zunächst die

Ausfallbeteiligung angerechnet wird. Von der verbleibenden Nettoausfallsumme wird das vereinbarte Vorrisiko abgezogen. Der Rest wird ausgezahlt.

Die Versicherer suchen sich nach Möglichkeit gegen Verluste aus Krisenjahren zu schützen. Sie fordern daher vielfach die sogenannte Aufstockungsklausel. Übersteigt nämlich die vom Versicherer für ein Vertragsjahr geleistete Gesamtentschädigung  $\frac{2}{3}$  der gezahlten Prämie, so wird jeweils  $\frac{1}{3}$  dieses Mehrbetrages an Entschädigung dem bestehenden Vorrisiko zugerechnet. Erst wenn zwei aufeinander folgende Jahre ohne Entschädigung verlaufen sind, geht der Selbstbehalt des folgenden dritten Jahres auf die ursprüngliche vertragliche Höhe zurück.

Die Verträge werden vielfach auf mehrere Jahre abgeschlossen. Stellt der Versicherungsnehmer seine Zahlungen während der Dauer des Vertrages ein, so erlischt die Haftung des Versicherers für die eingetretenen Schadenfälle, wogegen er die Prämie abzüglich einer Verwaltungsgebühr von 25% zurückgewährt. Der Grund beruht darin, daß in diesem Falle dem Versicherungsnehmer die Verfügung über sein Vermögen entzogen ist und daß der mit der Abwicklung der Masse beauftragte Dritte mit den Außenständen nicht mehr so pfleglich umgehen kann als der Versicherungsnehmer.

Ein Tarif für die Delkredereversicherung läßt sich nicht aufstellen. Wie in jedem anderen Zweige muß auch hier die Prämie der Größe des Risikos angepaßt sein. Bei jeder Versicherung selbst aus dem gleichen Wirtschaftszweige ist aber das Risiko anders gelagert. Ausschlaggebend ist das subjektive Risiko, das namentlich in der sorgfältigen Geschäftsführung und in der Geschicklichkeit des Versicherten in der Kreditgewährung beruht. Die Prämie wird daher vor allem von den bisherigen Geschäftsergebnissen des Versicherten, dann von der Konjunkturgefahr, von der Kredithöhe und der Kreditdauer bestimmt.

Nur eine besondere Art der Delkredereversicherung ist die sogenannte Exportkreditversicherung. Nach Festigung der Währung erkannte man allgemein die Notwendigkeit, in erhöhtem Maße Waren wieder auszuführen. Wegen der inzwischen eingetretenen Kapitalarmut war man aber vielfach nicht dazu in der Lage. Dem konnte in etwa dadurch abgeholfen werden, daß man die Forderungen an den ausländischen Schuldner leichter diskontierbar machte. Das konnte durch die Garantie einer Versicherungsgesellschaft geschehen. Immerhin aber birgt dieses Geschäft ganz besondere Gefahren in sich. Zunächst sind die Verhältnisse im Auslande dem Versicherer in der Regel nicht so genau wie die inländischen bekannt. Ganz besonders aber war das Katastrophenrisiko und das politische Risiko zu fürchten. Der Schuldner konnte durch eine Katastrophe oder durch politische Umwälzungen zahlungsunfähig werden. Hier setzte die Reichsregierung ein und stellte einen Fonds zur Deckung dieser Risiken zur Verfügung. Gleichzeitig gelang es für diesen Teil des Risikos eine ausreichende Rückversicherung zu finden.

Durch die Beteiligung des Reiches ist die Geschäftsführung den Versicherern, die bei der Exportkreditversicherung das gewöhnliche Delkredereisiko tragen, etwas entzogen. Sie können nicht allein über die Annahme von Anträgen entscheiden. Dies tut vielmehr eine Kommission, in der neben den Versicherern und dem Reiche noch sachverständige Kaufleute vertreten sind. Auf nähere Einzelheiten der beiden Formen der Exportkreditversicherung können wir nicht eingehen.

d) *Die Hypothekenausfallversicherung.* Der Gläubiger, der sein Geld auf Hypotheken ausleiht, hat neben der persönlichen Forderung gegen seinen Schuldner als Sicherheit die Haftung des Grundstücks. Dieses muß allerdings meist für eine ganze Anzahl von Gläubigern als Unterlage dienen. Namentlich für die im Range nachstehenden Gläubiger bietet es daher keine genügende Sicherheit mehr, wenn schon die erste Hypothek über die Hälfte des Grundstückswerts hinausgeht. Man versucht daher die Aufnahme eines Kredites dadurch zu erleichtern, daß man die Garantie eines Versicherers als zusätzliche Sicherheit beibringt. Versicherungen von

Hypotheken, die noch hinter der zweiten Stelle stehen, dürften kaum übernommen worden sein. Andererseits kamen früher auch erststellige Hypotheken für die Versicherung nicht in Betracht, da das Grundstück für sie noch eine genügende Sicherheit bot. Heutzutage kommen sie dagegen ebenfalls für den Versicherer in Frage. Die Geldgeber sind nämlich zur Zeit sehr zurückhaltend mit der Hergabe von Hypothekengeldern. Um eine ausreichende erste Hypothek zu erhalten, wird daher die zusätzliche Sicherheit einer Versicherung vielfach gefordert.

Für den Geldgeber handelt es sich um zwei Fragen, die in einem für ihn befriedigenden Sinn gelöst werden müssen. Zunächst muß er die Gewißheit haben, daß er am Fälligkeitstage auf jeden Fall das ausgeliehene Kapital zurückerhält. Zahlt der Schuldner am Fälligkeitstage nicht, so kann der Gläubiger die zwangsweise Beitreibung seiner Forderung veranlassen. Vielfach will er das nicht. Er verlangt dann vom Versicherer eine selbstschuldnerische Bürgschaft und überläßt es ihm, sich aus dem Grundstücke zu befriedigen. Bei einer anderen Form übernimmt er zwar die Beitreibung der Zwangsvollstreckung, läßt sich aber vom Versicherer zusagen, daß er das Grundstück nicht selbst zu übernehmen hat. Er verlangt also eine Ausbietungsgarantie für seine Hypothek. Die letzte Form endlich ist für den Versicherer die mildeste. Er ersetzt nur den Ausfall, der dem Geldgeber bei der Verwertung des Grundstückes entsteht. Wenn ein Schaden eintritt, wird es sich allerdings auch regelmäßig um einen Vollschaden handeln, wenn nicht die versicherte Hypothek des in diesem Falle die Zwangsvollstreckung nicht betreibenden Gläubigers nicht doch zum Teil ausbezahlt wird.

Mit dieser Form der Hypothekenversicherung allein ist dem Gläubiger noch nicht geholfen. Der Schuldner hat auch Zinsen und möglicherweise auch Tilgungsraten zu zahlen. Auch ihr rechtzeitiger Eingang muß daher vom Versicherer dem Gläubiger verbürgt werden.

Versicherungsnehmer kann sowohl der Gläubiger als auch der Schuldner sein. Heutzutage pflegt der Schuldner die Versicherung zu nehmen, um durch eine vermehrte Sicherheit eine genügend große Hypothek zu bekommen.

e) Die *Veruntreuungsversicherung* dürfte heute keine übergroße Bedeutung haben. In Unternehmungen haben vielfach die Angestellten, die mit Geld in Berührung kommen, eine Kautionsstellung, um den Inhaber des Geschäftes gegen Veruntreuung zu schützen. Die Angestellten haben schon früher vielfach die Stellung der Kautionsstellung durch die Hinterlegung einer Bürgschaftserklärung einer Versicherungsgesellschaft ersetzt. Daneben wird aber auch von den Geschäftsinhabern vielfach eine Veruntreuungsversicherung für alle oder einen Teil ihrer Angestellten verlangt, um sich vor Veruntreuungen aller Art durch das Personal zu schützen.

Aus der Veruntreuungsversicherung hat sich eine vollständig neue Art der Kreditversicherung, die Abzahlungsversicherung, entwickelt. Sie stammt in der heute betriebenen Form erst aus der Nachkriegszeit und ist noch in voller Entwicklung begriffen. Ursprünglich ging man davon aus, daß es genüge, wenn man sich bei einem Verkauf aus Abzahlung als Verkäufer dagegen versichere, daß der unter Eigentumsvorbehalt gelieferte Gegenstand vom Käufer unterschlagen oder mit anderen Worten unter Verletzung des Eigentumsvorbehaltes anderweitig veräußert werde. Der Kaufgegenstand war nach dem Kaufvertrage an den Verkäufer zurückzugeben, sobald vom Käufer die Zahlung der Raten nicht pünktlich erfolgte. Für den nicht getilgten Rest der Kaufpreisschuld konnte sich der Verkäufer dann aus dem Kaufgegenstande durch anderweitige Verwertung befriedigen. War der Kaufgegenstand unterschlagen, so trat an seine Stelle die Schadenzahlung des Versicherers, die natürlich nur in Höhe der noch ausstehenden Raten erfolgte. Diese Form der Abzahlungsversicherung ist auch heute noch in Gebrauch.

Vielfach zeigte sich, daß der Verkäufer bei Verwertung des zurückgenommenen Kaufgegenstandes keine volle Befriedigung seiner Restforderung erreichen konnte.

Hinzu kam, daß in der Nachkriegszeit, namentlich nach der Stabilisierung der Währung, eine Finanzierung derartiger Abzahlungsverkäufe notwendig wurde. Die finanzierenden Banken wollen aber auf jeden Fall gegen einen Ausfall aus dem hergeliehenen Geld geschützt sein. Das Geschäft hat sich also zu der heute wohl wichtigsten Form verschoben. Versicherungsnehmer ist die finanzierende Bank. Die Finanzierung erfolgt so, daß der Verkäufer auf den Käufer einen Wechsel über den Kaufpreis abzüglich einer Anzahlung von mindestens 25% zieht. Diesen Wechsel, aus dem er als Aussteller haftet, diskontiert er bei der Bank. Gleichzeitig tritt er alle seine Ansprüche aus dem Eigentumsvorbehalte im Kaufvertrage an die Bank ab. Der Versicherer verspricht der Bank, ihr denjenigen Ausfall zu ersetzen, den sie dadurch erleidet, daß sie nach Verwertung des verkauften Gegenstandes infolge der Zahlungsunfähigkeit des Käufers und des Verkäufers keine volle Befriedigung für ihre Ansprüche aus dem Wechsel erlangt. Damit hat sich die Veruntreuungversicherung in eine Delkredereversicherung verwandelt.

Da diese Versicherungsart noch in voller Entwicklung ist, finden sich in der Praxis noch manche Zweifelsfragen und Abweichungen. So gewähren z. B. einige Versicherer den Banken eine volle Ausfallversicherung, während andere eine Ausfallbeteiligung von 25% zur Bedingung machen. Allgemein anerkannt ist aber die Forderung, daß man den Verkäufer nicht aus der Haftung entlassen dürfe, um ihn zur sorgfältigen Kreditgewährung anzuhalten. Einige Banken schränken allerdings auch die Haftung des Verkäufers ein.

Bei den bisher behandelten Geschäften kann die Bank und die mit ihr meist in engem Zusammenhange arbeitende Versicherungsgesellschaft die Kreditwürdigkeit des Käufers und des Verkäufers prüfen. Das ist aber bei dem Verkaufe von billigeren Produkten, die in großen Massen abgesetzt werden, nicht möglich. Die Bank beleihet in diesem Falle, in dem keine Käuferwechsel vorhanden sind, offene Buchforderungen. Finanziert wird der Fabrikant. Er muß seine Bücher offen legen und als Unterlage des Kredits auf eine gute Firma, meist ist es die Vertriebsgesellschaft, einen Wechsel ziehen. Dieser Wechsel wird von der Bank diskontiert. Die Wechselsumme lautet regelmäßig nur auf einen Teil der abgetretenen Außenstände. Die Käufer, der Akzeptant und der Aussteller müssen also zahlungsunfähig geworden sein und weiter muß noch nach Verwertung der Kaufgegenstände ein Ausfall vorhanden sein, um die Zahlungsverpflichtung des Versicherers auszulösen.

Alle diese Geschäfte bedingen einen längeren Kredit. Im allgemeinen wird der Kaufpreis bei diesen Geschäften in zwölf monatlichen Raten getilgt. Bei Verkäufen der Massenprodukte kommen teilweise kürzere Ziele in Frage. Soweit es sich dagegen um größere und wertvollere Gegenstände handelt, finden wir auch Ziele bis zu 18 und 24 Monaten. Alle derartige Wechsel sind in Deutschland nur sehr schwer zu rediskontieren. Eine kurze Überlegung zeigt schon, daß die Bank den Diskont nicht nur aus eigenen Mitteln gewähren kann. Sie nimmt daher wieder ihrerseits einen Rediskontkredit in Anspruch. Für diesen dienen als Unterlagen die Wechsel und die Ausfallversicherung. Darauf allein sind aber vielfach keine Rediskonten zu erlangen. Auch an dieser Stelle finden wir wieder eine besondere Kreditversicherung als Hilfsmittel. Es übernehmen nämlich Versicherungsgesellschaften für die diskontierenden Banken dem Rediskonteur gegenüber die selbstschuldnerische Bürgschaft für die Rediskonten. Meist handelt es sich dabei um andere Versicherer als die, welche die Ausfallbürgschaft übernommen haben. Da es sich hier regelmäßig um die Verbürgung von Valutakrediten handelt, wird dieses Aval meist von Gesellschaften des Landes gezeichnet, dessen Banken den Rediskontkredit gewähren.

Eine Abart der Abzahlungsversicherung bildet die Versicherung der Konsumfinanzierung. Unterlage der Abzahlungsversicherung sind langlebige Produkte, die nach Möglichkeit noch produktiven Zwecken dienen sollen. Bei der Konsumfinanzierung handelt es sich dagegen um Gegenstände des täglichen Bedarfs, die



nur eine kurze Lebensdauer haben. Allerdings handelt es sich meist nur um geringe Beträge, die als Kredit eingeräumt werden. Die Versicherung erfolgt in der gleichen Weise wie bei der Abzahlungsversicherung von Massenartikeln.

### § 15. Rückversicherung.

Literatur: CRUCIGER, Rückversicherung von heute. In den Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft. H. 38; CRUCIGER, Transportversicherung. München 1923; EHRENBERG, Die Rückversicherung. Hamburg und Leipzig 1885; EHRENBERG, Das künftige Rückversicherungsrecht. In den Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft. H. 15; GARDENER, Reinsurance. London 1921; HAGENS, Der Rückversicherungspoolvertrag; HERRMANNSDORFER, Wesen und Behandlung der Rückversicherung. München 1924; HERRMANNSDORFER, Technik und Bedeutung der Rückversicherung. München 1927; HERRMANNSDORFER, Die Rechtsnatur des Poolvertrages. Berlin 1924; MANES, Versicherungswesen. Berlin 1922; MEINARDI, Die Rückversicherung. Berlin 1925; MOLDENHAUER, Rückversicherung. Im Versicherungslexikon. Berlin 1924; OBERMAYER, Die Rückversicherung. Leipzig 1912.

1. Zweck und Begriff der Rückversicherung. Bei den bisher betrachteten Versicherungszweigen finden wir, daß der Versicherer die vertragliche Verpflichtung übernimmt, beim Eintritt eines künftigen ungewissen Ereignisses den Ersatz eines etwa eintretenden Schadens zu leisten, oder beim Eintritt eines gewissen Ereignisses, bei dem nur der Zeitpunkt des Eintrittes ungewiß ist, eine vertraglich genau vereinbarte Leistung zu entrichten. Für ihn sind daher Gefahr- und Ersatzleistung von Wichtigkeit. Wir haben bereits die Bedeutung des Gesetzes der großen Zahl und der richtigen Gefahreinteilung kennengelernt. Von gleicher Wichtigkeit ist aber auch die richtige Einteilung der versicherten Interessen der Höhe nach. Nehmen wir an, ein Versicherer habe 806 Personen von 21 Jahren mit je 10000 M. versichert. Nach den Sterbetafeln soll sich eine Prämie von 1,22% ergeben. Er hat dann einen Versicherungsbestand von 8060000 M. und erhält darauf 98332 M. Prämien. Nach den Sterbetafeln besteht die Wahrscheinlichkeit, daß innerhalb des ersten Jahres acht versicherte Personen sterben. Er hat also 80000 M. zu bezahlen und erhält 18332 M. Überschuß. Jetzt soll aber eine Person mit 100000 M. versichert sein. In diesem Falle beträgt die Versicherungssumme

$$\begin{array}{r} 805 \cdot 10000 = 8050000 \text{ M.} \\ 1 \cdot 100000 = 100000 \text{ M.} \\ \hline 806 \qquad \qquad = 8150000 \text{ M.} \end{array}$$

An Prämie erhält der Versicherer

$$\begin{array}{r} 8050000 \cdot \frac{1,22}{100} = 98210 \text{ M.} \\ 100000 \cdot \frac{1,22}{100} = \frac{1220 \text{ M.}}{99430 \text{ M.}} \end{array}$$

Nehmen wir an, daß im ersten Jahr die mit 100000 M. versicherte Person stirbt, so hat der Versicherer folgende Beträge zu zahlen

$$\begin{array}{r} 7 \cdot 10000 = 70000 \text{ M.} \\ 1 \cdot 100000 = 100000 \text{ M.} \\ \hline \text{Sa. } 170000 \text{ M.} \end{array}$$

Da er nur 99430 M. an Prämie eingenommen hat, erleidet er, trotzdem die Gefahr sich genau entsprechend der Statistik ausgewirkt hat, einen Verlust von 70570 M.

Will der Versicherer also entsprechend den Grundregeln eines ordnungsmäßigen Geschäftsbetriebes die versicherten Interessen hinsichtlich der Höhe einander

angleichen, so kann er seine Zeichnungen der Höhe der Versicherungssumme nach einschränken. In sehr vielen Fällen, so namentlich bei den General- und Pauschalversicherungen ist aber eine Teilung der Risiken durch Mitversicherung nicht möglich. Man mußte daher zu einem anderen Mittel greifen und fand es in der Rückversicherung. Diese ist also vom Standpunkte des Versicherers aus ein Hilfsmittel für seinen Geschäftsbetrieb. Die Rückversicherung ist, kurz gesagt, die Versicherung, die ein Versicherer bei einem anderen Versicherer für einen Teil der von ihm versicherten Risiken nimmt.

Da die Rückversicherung ein Vertrag zwischen zwei Versicherern ist, so kommt der Rückversicherer mit dem Erstversicherungsnehmer gar nicht in Berührung, sondern hat es nur mit seinem Erstversicherer zu tun. In welchem Umfange von der Rückversicherung von den einzelnen Versicherern Gebrauch gemacht wird, ist sehr verschieden. Zum Beispiel soll jeder der Versicherer 10000 M. eines bestimmten Risikos tragen können und mit neun anderen Versicherern Rückversicherungsverträge abgeschlossen haben, durch die er die Rückversicherer mit dem gleichen Anteile, den er tragen will, beteiligen kann. Der Versicherungswert des betreffenden Risikos soll eine Million Mark betragen. Betrachten wir die beiden oben besprochenen Möglichkeiten. Jeder Versicherer kann 100000 M. zeichnen, die er wieder auf seine neun Rückversicherer mit 90000 M. abwälzt. Jeder der 100 Versicherer ist dann mit 10000 M. an dem Risiko beteiligt. Es kann aber auch ein Versicherer den ganzen Betrag von einer Million zeichnen. Wenn er nur 10000 M. halten will, muß er sich für 900000 M. noch neue Rückversicherer suchen. Nehmen wir an, einer der neuen Rückversicherer würde 100000 M. zeichnen. Unter den Voraussetzungen unseres Beispiels müßte er dann seinerseits wieder 90000 M. abgeben. Diese Rückversicherung, die der Rückversicherer nimmt, heißt Retrozession. Man sieht also schon aus diesem kurzen Beispiel, wie sehr die Interessen der Versicherer durch Rückversicherung und Retrozession miteinander verflochten sind.

2. Die geschichtliche Entwicklung der Rückversicherung. Da die Rückversicherung vom Standpunkte des Erstversicherers aus ein Hilfsmittel für seinen Geschäftsbetrieb ist, muß ihre Entwicklung aufs engste mit der der direkten Versicherungszweige verbunden sein. Wir begegnen daher der Rückversicherung zum ersten Male bei der Seetransportversicherung. Der älteste bekannte Rückversicherungsvertrag stammt aus dem Jahre 1370. In welchem Umfange man sich damals der Rückversicherung bediente, ist nicht bekannt. Wir finden sie aber etwas später schon in Gesetzen und Sammlungen erwähnt. So nennen bereits die Antwerpener Kostumen von 1609 die Rückversicherung.

Bald hatte man gefunden, daß man übernommene Risiken zu einem niedrigeren Prämiensatze, als man selbst erhalten hatte, rückversichern konnte. Man begann daher die Rückversicherung zu Prämiendifferenzgeschäften zu mißbrauchen. Namentlich in England entwickelte sich dies so sehr zur Unsitte, daß sie im Jahre 1746 überhaupt verboten wurde. In der Folgezeit ist die Entwicklung der Rückversicherung nicht mehr so ausschließlich mit der Seeversicherung verbunden. Ihre eigentliche moderne Entwicklung ist sogar von der Feuerversicherung ausgegangen. In Deutschland finden wir die ersten obligatorischen Rückversicherungsverträge im Jahre 1825. In den nächsten Jahrzehnten wuchsen die zu versichernden Werte immer mehr. Weiter zeigten einige große Brände, so namentlich der Brand von Hamburg, vom 5. bis 8. 5. 1842, die unbedingte Notwendigkeit der Rückversicherung. Gleichzeitig findet sich aber vielfach, so namentlich im preußischen Gesetze vom 8. 5. 1837 die Tendenz zum nationalen Abschluß der Versicherung. Das inländische Geschäft soll den inländischen Gesellschaften vorbehalten werden. Diese waren, da sie es nicht allein bewältigen konnten, auf die Rückversicherung angewiesen. Da auf diese Weise viel Geld ins Ausland floß, kam man zur Gründung eigener

Rückversicherungsgesellschaften. Sie erfolgten als Tochtergesellschaften der Erstversicherungsunternehmungen. Im Anschluß an den Hamburger Brand trat zum ersten Male der Gedanke der Errichtung einer selbständigen Rückversicherungsgesellschaft auf, da die Tochterunternehmungen in ihrem Portefeuille zu abhängig von dem Bestande der Muttergesellschaften waren. Bereits im Jahre 1846 wurde die erste selbständige Rückversicherungsgesellschaft gegründet. In den folgenden Jahren folgten eine Reihe weiterer Gründungen, die dann später dazu übergingen, ihrerseits Tochterunternehmungen für das direkte Geschäft zu errichten.

Der Weltkrieg traf die deutsche Rückversicherung, die sich inzwischen eine Weltgeltung erobert hatte, besonders schwer. Nach dem Kriege hat sich die Struktur des Marktes insofern grundlegend gegen früher verändert, als jetzt einige große Versicherungskonzerne das gesamte Geschäft beherrschen. Durch die Zusammenfassung einer ganzen Anzahl von Unternehmungen zu einer Gruppe und durch die damit gesteigerte Finanzkraft der Gruppe kann sie mehr Geschäft als früher selbst tragen. Zunächst erfolgt jedenfalls heute eine Aufteilung des Geschäftes im Konzern selbst. Nur die obersten Spitzen des schwersten Geschäftes werden bei Unternehmungen außerhalb der Gruppe abgedeckt. Diese Spitzen sind ein zu schlechtes Aliment, als daß von ihm allein eine Gesellschaft bestehen könnte. Die Rückversicherung ist heute zu einer internen Konzernmaßnahme geworden, so daß man heute von einer Blütezeit dieses Versicherungszweiges kaum sprechen kann.

3. Arten der Rückversicherung. Die Rückdeckung, durch welche der Erstversicherer lediglich die Versicherungssumme für seinen Anteil verkleinert, nennt man *Summenrückversicherung*. Es kann aber auch sein, daß er beim Abschluß einer Erstversicherung eine Gefahr mit übernehmen muß, für die er in seinem Bestande keinen Platz hat. Er kann sich dadurch helfen, daß er mit einem Rückversicherer einen Vertrag abschließt, nach dem dieser alle Schäden, welche auf diese besondere Gefahr zurückzuführen sind, ihm bis zur Höhe der vollen Versicherungssumme zu ersetzen hat. Man nennt diese Rückdeckungsart *Gefahrenrückversicherung*.

Von größerer praktischer Bedeutung sind die Formen, in denen die Rückversicherung abgeschlossen wird. Man kennt ebenso wie bei der Transport- und Kreditversicherung Einzel- und Generalversicherungsverträge. Die letzteren kommen in der Form der laufenden Verträge vor. Sie sind in der Praxis von der allergrößten Bedeutung und beherrschen das Feld des normalen Rückversicherungsbetriebes vollständig.

Sie verdanken ihre Bedeutung namentlich dem Umstande, daß sie das Geschäft des Erstversicherers in mehr oder minder weitem Umfange treffen. Wichtig ist nämlich vor allem die Frage, ob auf Grund dieser Verträge der Zedent verpflichtet ist, den Rückversicherer zu beteiligen und ob dieser verpflichtet ist, die Beteiligung zu übernehmen. Das führt zur Unterscheidung der sogenannten obligatorischen und fakultativen Rückversicherungsverträge.

Von ausschlaggebender Bedeutung ist endlich die Unterscheidung der Rückversicherungsverträge nach der Art der Beteiligung. Die Praxis kennt folgende Vertragsarten:

- a) den Quotenvertrag,
- b) den Exzedentenvertrag,
- c) den Quotenexzedentenvertrag,
- d) den Schadenexzedentenvertrag.

Beim Quotenvertrag verpflichtet sich der Erstversicherer den Rückversicherer mit einem bestimmten, vertraglich fest vereinbarten Anteil an allen Risiken zu beteiligen, die er in dem Versicherungszweige, auf den sich der Rückversicherungsvertrag bezieht, abschließen wird. Der Rückversicherer verpflichtet sich seiner-

seits, diese Beteiligung anzunehmen. Der Anteil des Rückversicherers pflegt in den Verträgen durch einen Prozentsatz bestimmt zu sein. Man nennt ihn die Quote. Mit welcher Höhe sie festgesetzt wird, hängt von vielen technischen und wirtschaftlichen Erwägungen ab. In der Praxis finden sich Verträge mit festen Quoten neben solchen mit variablen Quoten. In anderen Verträgen findet sich wieder eine Staffelung der abzugebenden Quote nach der Höhe der Erstversicherungssumme.

Entsprechend dem Anteil an der Versicherungssumme erhält der Rückversicherer auch den gleichen Anteil an der Prämie, hat aber auch mit dem Prozentsatz seiner Beteiligung, wenn nichts anderes vereinbart ist, an den Unkosten des Erstversicherers teilzunehmen. Man spricht dann von dem Ersatz der Originalunkosten. Es finden sich aber häufig in der Praxis Vereinbarungen über einen besonderen Provisionssatz.

Der Exzedentenvertrag. Der Erstversicherer kann eine Anzahl von Risiken, die in die von ihm aufgestellten Klassen passen, selbst laufen. Andere Risiken passen hinsichtlich der Größe nicht in seine Klassen. Er hat sich also eine Grenze gesetzt, bis zu der seine wirtschaftlichen Kräfte reichen. Diese Summe behält er für eigene Rechnung. In der Praxis kommen für diesen Betrag verschiedene Namen vor. Man nennt ihn Priorität, Plein, Maximum, oder am gebräuchlichsten den Selbstbehalt. Den ganzen Betrag, der über den Selbstbehalt hinausgeht, nennt man den Exzedenten. Einer Gruppe von Verträgen ist eine ausführliche Tabelle beigefügt, in der genau bestimmt ist, welche Beträge der Erstversicherer bei jeder Art von Risiken für eigene Rechnung behalten will. Diese Tabelle wird die Maximaltabelle genannt. Bei einer anderen Gruppe von Verträgen fehlt eine solche Maximaltabelle ganz. Im Verträge ist dann dem Erstversicherer das Recht eingeräumt, von Fall zu Fall seinen Selbstbehalt zu bestimmen. Um Unklarheiten und Meinungsverschiedenheiten zu vermeiden, ist auch derartigen Verträgen vielfach eine Tabelle beigefügt, die aber nur zur Anwendung kommt, wenn das Risiko von einem Schaden betroffen worden ist, bevor der Erstversicherer den Exzedenten gebildet hat. Diese Tabelle nennt man infolgedessen die Schadenmaximaltabelle.

Die Beteiligung des Rückversicherers am Exzedenten kann ganz verschieden sein. Meist sind mehrere Exzedentenrückversicherer vorhanden, die quotenmäßig beteiligt sind. Daneben findet sich aber auch eine staffelweise Beteiligung in der Art, daß ein Rückversicherer hinter dem anderen beteiligt wird.

Die Festsetzung des Selbstbehaltes und die Verteilung des Exzedenten ist für den Geschäftsaufbau von grundlegender Bedeutung.

Eine Verbindung der beiden bisher betrachteten Vertragstypen stellt der Quotenexzedentenvertrag dar. Der Zedent beteiligt den Rückversicherer mit einer Quote an allen Risiken, die er übernimmt. Diese Rückdeckung genügt in vielen Fällen noch nicht, so daß der ihm verbleibende Teil noch seine Kräfte übersteigt. Es bildet demzufolge aus seinem Quotenanteil noch einen Exzedenten, den er dem Rückversicherer auch noch ganz oder teilweise weiter gibt.

Beim Schadenexzedentenverträge oder der Rückversicherung auf zweites Risiko (seconde-*risque*-Versicherung) setzt sich der Erstversicherer einen bestimmten Betrag, den er entweder bei der einzelnen Hauptversicherung oder innerhalb eines vereinbarten Zeitraumes bei seinen sämtlichen Versicherungen allein für Schäden bezahlen kann. Dieser Betrag bildet seinen Schadensselbstbehalt. Jede Schaden-*summe*, die über diesen Betrag hinausgeht, nennt man den Schadenexzedenten.

Eine ganz besondere Art der Rückversicherung begegnet uns noch im Poolverträge. Bei ihr handelt es sich mehr um eine genossenschaftliche Art der Rückversicherungsbeschaffung. Mehrere Versicherer, ganz gleich ob Erst- oder Rückversicherer, verpflichten sich, alle Risiken, die sie zeichnen, vollständig an eine

bestimmte Stelle, den Pool, abzugeben. Der Pool wird von einer der beteiligten Gesellschaften, der Polverwaltung, geführt. Die so gebildete Masse der Versicherungen wird wieder quotenweise an die Poolmitglieder aufgeteilt. Das hat zur Folge, daß jetzt jedes Poolmitglied an jeder einzelnen Versicherung, die nur irgendein anderes Mitglied abgeschlossen hat, aber auch an seinen eigenen, mit seiner Poolquote beteiligt ist. Damit hat der Pool eine gewisse Ähnlichkeit mit den in der Erstversicherung vielfach vorkommenden Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit.

Die Einzelrückdeckung wird in der Hauptsache bei der Abdeckung des sogenannten „Superexzedenten“ verwendet. Es handelt sich dabei um die Spitzen der Risiken, die nicht von den laufenden Verträgen ergriffen werden. Bei diesen letzteren soll nach einigen Autoren die obligatorische Form vorherrschen. In der Praxis haben wir jedoch diese Behauptung nicht bestätigt gefunden. Unter den laufenden Verträgen ist zur Zeit der Exzedentenvertrag am weitesten verbreitet, während bei der Retrozession der Quotenvertrag vorherrscht. Der Schadenexzedentenvertrag hat nur ein beschränktes Anwendungsgebiet bei den Versicherungszweigen, denen eine besondere Katastrophengefahr innewohnt. Der Poolvertrag ist neuerdings in Zunahme begriffen.

4. Der Selbstbehalt. Bei der Summenrückversicherung, die im folgenden allein behandelt wird, hat der Erstversicherer mit einem gewissen, vertraglich genau bestimmten Anteile an jedem Risiko beteiligt zu bleiben, weil der Rückversicherer durch eine ausreichende Beteiligung des Erstversicherers am Risiko die Gewißheit haben muß, daß dieser die Durchführung der Versicherung mit der nötigen Sorgfalt überwacht. Die Befugnis des Zedenten zur Abwicklung der Erstversicherung nennt man seine Geschäftsführung.

Ist auf der einen Seite ein Interesse des Rückversicherers an einer ausreichenden Beteiligung des Zedenten gegeben, so hat dieser auch seinerseits ein lebhaftes Interesse daran, nur im notwendigen Ausmaße von der Rückversicherung Gebrauch zu machen. Er muß also feststellen, welche Anteile er für eigene Rechnung behalten kann. Man arbeitet dabei mit der Tatsache, daß in einem großen Bestande eine Gesetzmäßigkeit der Schadenereignisse nachweisbar ist. Auf Grund der statistischen Erfahrungen über die Schadenereignisse bemißt man die Prämie und rechnet nunmehr mit einer Gesamtschadenzahlung in Höhe des auf Grund der Schadenwahrscheinlichkeit errechneten Prämieinganges. Damit hat man aber die zufälligen Abweichungen noch nicht berücksichtigt. Um gegen sie gedeckt zu sein, bedient man sich neuerdings auch in der Schadenversicherung immer mehr der Theorie des mathematischen Risikos. Mit der von ihr gefundenen Formel kann an Hand der Statistik ausgerechnet werden, wie groß das mathematische Risiko für die einzelne Gruppe von Versicherten ist. Umgekehrt ist danach, von den Garantiemitteln ausgehend, zu bestimmen, von welchem Betrage an bei gegebenen Garantiemitteln rückgedeckt werden muß. Die Notwendigkeit der Rückdeckung ergibt sich also daraus, daß keine Versicherungsgesellschaft über Garantiemittel verfügt, die dem mathematischen Risiko bei einem ausgedehnten, aus den verschiedensten Gefahrengruppen zusammengesetzten Bestande entsprechen.

Für den Erstversicherer ist der Selbstbehalt bedeutungsvoll, weil dadurch seine Zeichnungsgrenzen bestimmt sind. Es ist in der Praxis üblich, daß die Rückversicherer ihre Beteiligung auf den Selbstbehalt der Erstversicherer abstimmen und immer nur eine gewisse Anzahl von Maxima oder auch nur einen Bruchteil eines Maximums in Deckung nehmen. Das geht soweit, daß sich für die einzelnen Versicherungszweige fast feststehende Regeln über die Anzahl der obligatorisch rückdeckungsfähigen Maxima ausgebildet haben. Damit ist aber zugleich auch die Wettbewerbsfähigkeit des Erstversicherers bedingt, denn die Gesellschaft bietet für ihre Kunden, namentlich bei industriellem Geschäft, die größte Annehmlichkeit,

welche große Beträge zeichnen kann, da somit am besten die Unbequemlichkeiten der Mitversicherung vermieden werden.

Die Handhabung des Selbstbehaltes möge folgendes Beispiel einer Maximaltabelle aus der Feuerversicherung veranschaulichen.

1. Die nachstehenden Zahlen gelten für Risiken der geringsten Gefahrenklassen. Sie ermäßigen sich sinngemäß bei Risiken höherer Gefahrenklassen. Besteht das Risiko aus mehreren einander gar nicht gefährdenden Komplexen, dann erhöht sich der Selbstbehalt um die Anzahl der Komplexe. Kann bei einem Versicherungsfall nach menschlichem Ermessen nur mit einem Teilschaden (unter 100%) gerechnet werden, dann wird der tabellarische Selbstbehalt um den entsprechenden Bruchteil erhöht und zwar:

bei einem Schadenbruchteil von			
90% um $\frac{1}{2}$	75% um $\frac{1}{2}$	50% um $\frac{1}{1}$	25% um $\frac{2}{1}$
80% um $\frac{1}{4}$	66% um $\frac{1}{2}$	33% um $\frac{2}{1}$	

2. Die unter Abschnitt I, IIIf und V aufgeführten Zahlen verstehen sich auf je 1000 M. und für einen Schadenbereich (Komplex).

I. Einfache und gewerbliche Risiken.

Art	Ortsgruppe A Bauart			Ortsgruppe B Bauart			Ortsgruppe C Bauart		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Gebäude (für erstes Risiko)									
a) hauptsächlich für Wohnzwecke . . . . .	3000	1000	500	1000	600	300	600	300	150
b) auch für andere Zwecke . . . . .	2000	800	400	800	400	200	400	200	100
Inhalt (für erstes Risiko)									
a) Mobiliarversicherungen in den beiden oberen Etagen . . . . .	2000	800	400	800	300	200	500	200	100
in den unteren Etagen . . . . .	4000	1500	600	1200	600	400	600	400	200
jedoch auf erstes Risiko nicht mehr als . . . . .	5000	2000	800	1500	800	500	800	500	300
b) Engroslager in Wohngebäuden oder Kaufhäusern . . . . .	1500	800	400	600	300	200	400	250	100
c) Detaillager in Wohngebäuden oder Kaufhäusern bei $\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .		750			500			350	
bei $2\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .		600			400			300	
bei $3\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .		500			350			250	
bei $5\frac{0}{100}$ . . . . .		400			250			200	
über $5\frac{0}{100}$ . . . . .		300			200			150	
d) Gewerbliche Risiken, soweit fabrikmäßiger Betrieb nicht in Frage kommt und sonstige nicht besonders bezeichnete Risiken . . . . .	800	500	300	400	300	150	200	150	100

II. Landwirtschaftliche Versicherungen.

Die folgenden Zahlen gelten für massive Bauart und ermäßigen sich um  $\frac{1}{5}$  bei Steinfachwerk und um  $\frac{1}{4}$  bei Lehm- und Holzfachwerkgebäuden.

a) Güter in Städten und auf dem Lande auf ein hartbedachtes Risiko . . . . .	300000
Risiko mit gemischter Bedachung . . . . .	150000
Risiko mit weicher Bedachung . . . . .	50000
b) Kleine Landwirtschaften in Städten und auf dem Lande	
Risiko mit gemischter Bedachung . . . . .	200000
Risiko mit weicher Bedachung . . . . .	50000
jedoch auf ein einzelnes Ernterzeugnisse enthaltendes Gebäude nicht mehr als auf ein hartbedachtes Risiko . . . . .	100000
Risiko mit gemischter Bedachung . . . . .	75000
Risiko mit weicher Bedachung . . . . .	40000
c) Schober von Ernterzeugnissen, auch solche in Schobergerüsten und offenen Schuppen sowie Schoberkomplexe, die ein Risiko bilden, werden wie die Hauptversicherung rückversichert, doch halten wir auf einen Schober bzw. einen Schoberkomplex nicht mehr als . . . . .	30000

- d) Reihenscheunen
    - 1. für eine einen Gefahrenbereich bildende Reihe unter harter Bedachung . . . 75000
    - 2. unter weicher oder gemischter Bedachung . . . . . 30000
  - e) Isoliert liegende einzelne Scheunen
    - 1. unter harter Bedachung . . . . . 75000
    - 2. unter weicher oder gemischter Bedachung . . . . . 30000
- III. Gegenstände im Freien oder Schuppen auf Lagerplätzen ohne Betrieb.
- a) Unbearbeitete Hölzer . . . . . 400000
  - b) Sonstiges Nutz- sowie Brennholz. . . . . 300000
  - c) Brennholzlager mit Mitlagerung von Kohlen sowie reine Kohlen- wie Brikettlager 200000
  - d) Lager von Waren der geringsten Gefahrenklasse . . . . . 400000
  - e) Lager von Waren der höheren Gefahrenklasse . . . . . 100000
  - f) Speditionslager

	Ortsklasse A	Ortsklasse B	Ortsklasse C
	M.	M.	M.
1. bis $1\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .	800000	600000	400000
2. bis $2\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .	650000	500000	300000
3. bis $4\frac{0}{100}$ . . . . .	500000	400000	250000
4. bis $5\frac{0}{100}$ . . . . .	400000	300000	200000
5. bis $7\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .	300000	250000	150000
6. bis $10\frac{0}{100}$ . . . . .	250000	200000	75000
7. über $10\frac{0}{100}$ . . . . .	75000	60000	50000

IV. Petroleum-, Spiritus- und Tankanlagen 100000 M.

V. Fabriken, industrielle Etablissements und großgewerbliche Risiken

Vorbemerkung: Unter Berücksichtigung aller Umstände darf ein Schaden höchstens 150000 M. bei hartgedeckten, 50000 M. bei weichgedeckten Risiken kosten.

	Ortsklasse A	Ortsklasse B	Ortsklasse C
	M.	M.	M.
1. bis $1\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .	900000	750000	600000
2. bis $2\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .	750000	500000	300000
3. bis $4\frac{0}{100}$ . . . . .	600000	400000	250000
4. bis $5\frac{0}{100}$ . . . . .	400000	300000	200000
5. bis $7\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ . . . . .	300000	250000	150000
6. bis $10\frac{0}{100}$ . . . . .	250000	200000	100000
7. über $10\frac{0}{100}$ . . . . .	100000	80000	50000

Auf ungesprinkelte Mühlen, Textilfabriken und große Holzbearbeitungsbetriebe wird nur von Fall zu Fall gezeichnet. Ist Sprinklerschutz vorhanden, Erhöhung der vorstehenden Beträge um 50%. Kommen mehrere Prämiensätze in Frage, so ist der Durchschnittsprämiensatz bzw. die Prämie des Hauptbetriebskomplexes maßgebend.“

Die richtige Bemessung des Selbstbehaltes ist für die Rückversicherer noch aus einem anderen Grunde von großer Bedeutung. Es hat sich nämlich ergeben, daß die in vielen Versicherungszweigen herrschende Prämienschleuderei vielfach auf Kosten der Rückversicherer betrieben wird. Dabei spielt allerdings auch die Höhe der Rückversicherungsprovision eine ausschlaggebende Rolle. Man hat daher neuerdings die Forderung gestellt, daß der Selbstbehalt des Erstversicherers so bestimmt werden muß, daß eine zu geringe Prämie und eine zu hohe Provision sich bei diesem auf natürlichem Wege voll auswirken.

Der Selbstbehalt hat für den Rückversicherer endlich noch Bedeutung in seiner Eigenschaft als Versicherer. Er muß wie der Erstversicherer die übernommenen Risiken in Klassen einteilen und seinen Verhältnissen anpassen. Unsere bisherigen Ausführungen gelten daher auch für ihn. Nur für die Festsetzung der Maxima kommen teilweise andere Gesichtspunkte in Frage. Die reinen Rückversicherungs-

unternehmungen bekommen, soweit es sich nicht um Einzelrückversicherung handelt, ihr Geschäft aus laufenden oder aus Poolverträgen. Bei den Einzelrückversicherungen bestimmt der Rückversicherer von Fall zu Fall, welchen Anteil er übernimmt. Eine Maximaltabelle, wie sie der Erstversicherer hat, kann er entbehren, da die Annahme der Risiken immer am Sitz der Gesellschaft erfolgt. Die Zeichnungen müssen allerdings nach ähnlichen Grundsätzen wie die Maximierung beim Erstversicherer erfolgen. Bei den laufenden Verträgen muß sich der Rückversicherer darüber klar werden, welche Beträge er für eigene Rechnung halten will. Die Schwierigkeit liegt darin, daß er bei den obligatorischen Verträgen die Risiken überwiesen erhält und nicht selbst einzeln zeichnet. Die Bestimmung seines Selbstbehaltes wird daher maßgebend von der Größe des überwiesenen Alimentes sowie von der Höhe des Selbstbehaltes des Zedenten beeinflußt. Der Rückversicherer muß sich also schlüssig werden, welchen Anteil er übernehmen will und welchen Anteil er von dem übernommenen Geschäft für eigene Rechnung halten will. Um seine Beteiligung in das richtige Verhältnis zu der des Zedenten zu bringen, beschränkt er sie im allgemeinen der Höhe nach. Neben relativen Einschränkungen findet sich in der Praxis auch die Bestimmung einer festen Summe, über welche der Anteil des Rückversicherers nicht hinaus gehen darf. Bei Schadenexzedentenverträgen wie auch bei gewöhnlichen Exzedentenverträgen erhält man die Begrenzung mehr indirekt dadurch, daß man den ganzen Exzedenten fest zahlenmäßig bestimmt.

5. Die Durchführung der Rückversicherung. Von allergrößter Bedeutung für das Verständnis der Rückversicherung ist es, die Feststellung des Eigenbehaltes und die Beteiligung des Rückversicherers im einzelnen zu betrachten. Das wichtigste Kapitel in der Handhabung der Rückversicherung ist die sogenannte Maximierung.

Die Feststellung des Eigenbehaltes und der Beteiligung des Rückversicherers ist bei den einzelnen Verträgen und bei den einzelnen Versicherungszweigen mit ganz verschiedenen großen Schwierigkeiten verbunden. Beim Poolvertrage kommt nur eine Aufteilung der Versicherungssummen nach dem vertragsmäßigen Schlüssel in Frage. Zu beachten ist nur, ob etwa eine Kumulierung vorliegt. Beim Schadenexzedentenvertrage spielt die Versicherungssumme nur eine untergeordnete Rolle, infolgedessen kommt eine Aufgabe der Risiken an den Rückversicherer nicht in Frage. Es bleibt somit nur die Frage der Exzedentenausscheidung und Kumulbildung zu behandeln.

Kumul bedeutet Anhäufung, Kumulbildung oder Kumulierung das Zusammenreffen mehrerer Haftungen des gleichen Versicherers auf einem Risiko. Sie kann dadurch entstehen, daß mehrere Vertreter jeder für sich auf dasselbe Risiko Versicherungen abschließen. Sie kann aber auch dadurch entstehen, daß mehrere versicherte Objekte nach Abschluß der Versicherungen in eine besondere räumliche Beziehung zueinander treten. Von außerordentlich großer Verschiedenheit ist es dabei in den einzelnen Versicherungszweigen, was als dasselbe Risiko oder als ein Risiko angesehen werden muß. Dabei wird festzustellen sein, wie weit sich ein Schaden ausdehnen kann und ob mehrere durch je eine selbständige Versicherung gedeckte Gegenstände von ein und demselben Schadenereignis betroffen werden können. Für die Transportversicherung möchten wir folgendes Beispiel anführen, daß für eine einfache Reise ohne Umladung gilt, bei der die Namen der Dampfer bekannt sind:

Versicherte Interessen	Schiffsname	Reise	Versicherte Summe
Baumwollwaren . . . . .	D. Servia	Hamburg-New York	40 000 Fr.
Seidenwaren . . . . .	„	„	50 000 „
Horlogerie . . . . .	„	„	15 000 „
	Gesamtversicherungssumme		<u>105 000 Fr.</u>

Da der Erstversicherer nur 50 000 Fr. für eigene Rechnung halten will, beträgt der Exzedent 55 000 Fr. Bei zusammengesetzten Reisen sind namentlich dann, wenn



die Namen der Fahrzeuge nicht sämtlich bekannt sind, die Vor- und Hauptreise als einheitliches Ganzes zu betrachten. Das ist erforderlich, weil gerade auf dem unbekanntem Dampfer Kumulierungen vorkommen können. Grundsätzlich wird die Hauptreise der Exzedentenbildung zugrunde gelegt und nur, wenn die Schiffsnamen hier nicht genügend, wohl dagegen die der Vorreise bekannt sind, wird die Maximierung nach der Vorreise unter Zugrundelegung der für die Hauptreise festgesetzten Selbstbehalte vorgenommen. Endlich ist bei der Maximierung in der Seeversicherung zu berücksichtigen, daß die Werte auf der Vor- und Hauptreise verschieden hoch seien und daß noch selbständige Zwischenreisen mit der Gesamtreise zusammenreffen können. Sämtliche Versicherungen müssen, sofern sie an irgendeinem Punkte der Gesamtreise kumulieren können, zusammengeworfen werden. Für die Exzedentenbildung ist der Höchstbetrag maßgebend, der sich für den Zedenten innerhalb der Gesamtreise ergibt. Bei der Zeitkaskoversicherung ist der Name des Fahrzeuges zwar bekannt, aber der Rückversicherungsnehmer weiß sehr oft weder, wann die Reise angetreten wird, noch wie lange sie dauern wird. Schwierigkeiten ergeben sich für die Exzedentenbildung, wenn auf ein Fahrzeug mehrere Versicherungen von verschieden langer Dauer gezeichnet worden sind, z. B.:

Dauer der Versicherung	Versicherungssumme
1. IV. 1926 bis 1. IV. 1927 . . . . .	100 000 M.
1. VII. 1926 bis 1. VII. 1927 . . . . .	150 000 „
1. VIII. 1926 bis 1. VIII. 1927 . . . . .	200 000 „
Gesamtversicherungssumme	450 000 M.

Bei einem Selbstbehalt von 150 000 M. ist das Maximum folgendermaßen überschritten:

um 100 000 M. vom 1. VII. 1926 bis zum 1. VIII. 1926
um 300 000 M. vom 1. VII. 1926 bis zum 1. IV. 1927
um 200 000 M. vom 1. IV. 1927 bis zum 1. VII. 1927
um 50 000 M. vom 1. VII. 1927 bis zum 1. VIII. 1927

Diese Beträge würden jedesmal den Exzedenten ergeben. Um Arbeit und Unklarheiten in der Rückdeckung zu vermeiden, bildet man allgemein den Exzedenten so, daß man jede Versicherung für sich getrennt behandelt und nur aus allen zusammen Selbstbehalt und Rückversicherungsanteil bildet. Die erste Versicherung würde daher der Zedent ganz für eigene Rechnung laufen. Von der Zweiten fielen noch 50 000 M. in seinen Selbstbehalt, 100 000 M. bereits an den Rückversicherer, den auch die dritte Versicherung voll treffen würde.

Bei der Landtransportversicherung machen die meist sehr kurzfristigen Reisedauern es dem Zedenten unmöglich anzugeben, mit welchem Fahrzeug der Transport vorgenommen wird. Man wird aber einen Eisenbahnzug und eine Fuhr immer als je ein Risiko ansehen müssen. Die Maximierung muß daher mit Annahmen arbeiten. Wenn genaue Angaben über den Transport fehlen, pflegen die Erstversicherer zu unterstellen, daß alle Anmeldungen, die vom gleichen Versicherungsnehmer am gleichen Tage und für die gleiche Reise gemacht werden, miteinander kumulieren. Dabei müssen auch noch Anmeldungen von anderen Versicherungsnehmern am gleichen Ort für die gleiche Reisedecke mitberücksichtigt werden.

In der Feuerversicherung muß festgestellt werden, was als ein Feuerbereich anzusehen ist. Man versteht darunter einige oder mehrere versicherte Gegenstände, die so nahe beieinander liegen oder nicht durch vollwertige Brandmauern getrennt sind, daß bei Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Umstände ein Feuer von einem Raum oder von einem Gegenstande auf andere überspringen kann. Zu berücksichtigen ist dabei vor allem die Lage des Risikos, seine Nachbarschaft und seine Bauart. Über die Trennungswerte haben die Feuerversicherer allgemeine Grundsätze aufgestellt. Wenn in der Feuerversicherung maximiert wird, ist stets

zu beachten, ob nicht bereits bestehende Versicherungen durch den Neuabschluß berührt werden. Zur Kontrolle werden sogenannte Ortskarten geführt, auf denen das bereits gedeckte Grundstück eingezeichnet ist. Falls ein ganzer Ort als ein Feuerbereich infolge der besonderen Verhältnisse anzusehen ist, setzt sich der Versicherer für ihn ein sogenanntes Ortsmaximum.

Der Zedent hat bei der Bemessung der Höchstzeichnungssummen neben der Abgrenzung des Feuerbereichs noch die Art des Risikos, die im Prämiensatz zum Ausdruck kommt, die Höhe der Gesamtversicherungssumme, die ungefähre Höchstschadenquote, und die Schadenhäufigkeit der betreffenden Risikengruppe zu beachten. Als Unterlage der Maximierung dient ein genauer Lageplan des versicherten Risikos, bei dessen Aufnahme es darauf ankommt, die Feuerbereiche genau festzustellen. Er muß weiter anzeigen, welcher Teil der Gesamtversicherungssumme auf jeden Feuerbereich entfällt, und das Risiko jeden Feuerbereiches und den zur Anwendung kommenden Prämiensatz ersehen lassen. Als Beispiel bringen wir folgenden Plan:

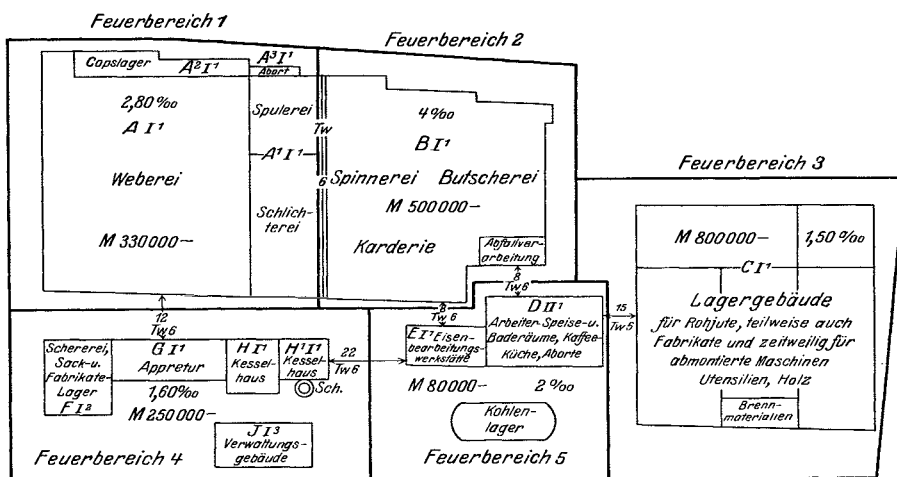


Abb. 1.

Das Risiko, auf das insgesamt 1960000 M. gezeichnet sind, soll in einer Stadt der Ortsklasse A liegen. Aus der Zeichnungstabelle sollen sich folgende Beträge für gewerbliche und industrielle Risiken ergeben: Bei einer Bedarfsprämie

bis $1\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ .....	200 000 M.
3 $\frac{0}{100}$ .....	150 000 „
5 $\frac{0}{100}$ .....	100 000 „
$7\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ .....	75 000 „
über $7\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ .....	50 000 „

Das Gesamtrisiko enthält 5 Feuerbereiche. Es entfallen auf Feuerbereich

1 bei dem Prämiensatz von $2,8\frac{0}{100}$	330 000 M.
2 „ „ „ „ $4\frac{0}{100}$	500 000 „
3 „ „ „ „ $1,5\frac{0}{100}$	800 000 „
4 „ „ „ „ $1,6\frac{0}{100}$	250 000 „
5 „ „ „ „ $2\frac{0}{100}$	80 000 „

Danach ist der Feuerbereich 3 mit  $1,5\frac{0}{100}$  tarifiert am höchsten (800000 M.) belastet, während der Feuerbereich 2 mit  $4\frac{0}{100}$  die höchste Bedarfsprämie verlangt.

Nummehr ist zu prüfen, mit welchen Höchstschadenquoten bei den einzelnen Feuerbereichen zu rechnen ist. Wir wollen annehmen, daß beim Feuerbereich 2 ein Höchstschaden von 90% der Versicherungssumme möglich sei, damit würden dem Versicherer hier höchstens 450 000 M. zur Last fallen. Beim Feuerbereich 3 soll ein Höchstschaden von nur 75% der Versicherungssumme, d. i. höchstens 600 000 M., in Frage kommen können. Ein Vergleich der Feuerbereiche 2 und 3 miteinander ergibt folgendes Bild:

Feuerbereich	Belastung	Höchstschaden	Höchstschaden- quote	Selbstbehalt	% des Höchst- schadens
1	2	3	4	5	6
2	500 000 M.	450 000 M.	90%	100 000 M.	22
3	800 000 „	600 000 „	75%	200 000 „	33

Die Gesellschaft muß also bei der Bildung des Exzedenten ihren Eigenbehalt so bemessen, daß ihr Schadenanteil im ungünstigsten Fall beim Feuerberiche 2 nie mehr als 22% des Höchstbetrages betragen darf. Infolgedessen darf sie von der Gesamtversicherungssumme nicht mehr als 22% übernehmen.

Auf die Besonderheiten der Maximierung in den übrigen Versicherungszweigen können wir nicht mehr eingehen.

Ein wichtiger weiterer Vorgang in der Durchführung der Rückversicherung ist der Aufgabe oder Überweisungsdienst. Der Rückversicherer muß unterrichtet werden, an welchen Risiken er beteiligt ist, um seinerseits eine etwa erforderliche Retrozession vornehmen zu können. Die Überweisung erfolgt in Form sogenannter Borderos. Es sind dies Listen, aus denen sich die näheren Umstände der einzelnen Risiken ergeben. Damit ist schon gesagt, daß sie bei den einzelnen Versicherungszweigen sehr erheblich voneinander abweichen.

Zwei Arten von Borderos sind zu unterscheiden und zwar die vorläufigen und die endgültigen Überweisungen. Die ersteren haben die Aufgabe, den Rückversicherer schon von dem Abschluß einer unter den Vertrag fallenden Erstversicherung zu unterrichten, ohne daß ihm aber bereits alle Einzelheiten mitgeteilt werden. Der Zedent ist dazu vielfach auch noch gar nicht in der Lage, da er von seinen Außenorganen noch nicht die Unterlagen erhalten hat. Die endgültige Überweisung bringt dann erst auf Grund dieser Unterlagen die Einzelheiten für den Rückversicherer. Namentlich können jetzt erst die genauen Angaben über den Rückversicherungsanteil und über die Rückversicherungsprämie gemacht werden.

Wie der Aufgabedienst im einzelnen eingerichtet ist, steht völlig im freien Belieben der Vertragsparteien. Wir finden daher in der Praxis die denkbar größten Verschiedenheiten in diesem Punkte.

Der Überweisungsdienst erfordert, wenn er sorgfältig ausgeführt werden soll, eine erhebliche Verwaltungsarbeit. Man hat daher namentlich in der Zeit der Inflation versucht, ohne ihn auszukommen oder ihn doch sehr stark einzuschränken. Man ließ zunächst die weniger wichtigen Angaben aus den Borderos fort. Dann fing man an, alle die Risiken, von denen man annahm, daß sie der Rückversicherer doch nicht mehr weiter bearbeiten würde, nicht mehr aufzugeben. Man trug sie vielmehr nur noch in ein Kontrollregister ein. Andere Gesellschaften machten nur noch einem Rückversicherer Aufgaben, der sie dann für alle Rückversicherer bearbeitete. Endlich ließ man auch diese Aufgaben noch fallen, und rechnete nur noch vierteljährlich mit dem Rückversicherer ab. Wenn man auch später wieder den Rückversicherungsdienst aufnahm, so gibt es doch auch heute noch zahlreiche Verträge die keine Aufgaben, sondern nur vierteljährliche Abrechnungen kennen. Man nennt sie „dunkle“ Verträge.

Eigene Prämientarife gibt es bei der Rückversicherung nicht und braucht es nicht zu geben. Da der Rückversicherer bei der Summenrückversicherung die Gefahr anteilig trägt, ergibt es sich von selbst, daß er auch den entsprechenden Anteil an der vom Erstversicherer vereinnahmten Prämie erhält. Bei der Gefahrenrückversicherung dagegen erhält er die nach den Tarifen des Erstversicherers für die Deckung der bestimmten Gefahr erhobenen Prämienzuschläge. Lediglich bei der Schadenexzedentenversicherung hat man für die Rückversicherung einen besonderen Prämienatz zu bestimmen, den man entsprechend der Schätzung der Schadenwahrscheinlichkeit festsetzen muß.

Eine große Streitfrage ist es in der Praxis, ob der Rückversicherer seinen Anteil von der Netto- oder Bruttoprämie zu erhalten hat. Unter Bruttoprämie versteht man die vom Zedenten vereinnahmte Prämie. Die Nettoprämie ergibt sich erst, wenn man von der Bruttoprämie die aufgewendeten Geschäftskosten abzieht. In einigen Zweigen, so namentlich in der Transportversicherung hat sich das sogenannte Nettosystem sehr stark eingebürgert.

Wenn der Rückversicherer seinen Anteil an der Bruttoprämie erhalten würde, ohne etwas dafür zu vergüten, so würde er ein Geschäft ohne Erwerbskosten erhalten. In den Zweigen, in denen das Nettosystem nicht üblich ist, finden wir daher eine Rückversicherungsprovision. Sie ist in den einzelnen Versicherungszweigen nach der Höhe der vom Erstversicherer aufzuwendenden Erwerbskosten verschieden hoch.

Wir haben endlich noch kurz auf die Schadenbehandlung bei der Rückversicherung hinzuweisen. Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, daß die gesamte Schadenregulierung in den Händen des Erstversicherers liegt. Es ergibt sich weiter, daß bei der Summenrückversicherung der Rückversicherer im gleichen Verhältnis, in dem er das Risiko trägt, zu den Schadenzahlungen herangezogen werden muß. Bei der Gefahrenrückversicherung trägt er dagegen den auf die rückgedeckte Gefahr entfallenden Schaden allein. Bei der Behandlung der Schäden finden wir wieder einen Aufgabedienst, der dem Überweisungsdienst ziemlich genau entspricht.

Mit jedem Rückversicherungsvertrage ist heutzutage ein Kontokorrentvertrag verbunden. Die Abrechnungen erfolgen in der Regel vierteljährlich. Der sich ergebende Saldo ist innerhalb einer vertraglich festgesetzten, meist ziemlich kurzen Frist auszukehren. Außerhalb dieser Abrechnungen sind vom Rückversicherer in der Regel Schadenzahlungen nur dann zu leisten, wenn Schäden eine bestimmte vertraglich vereinbarte Höhe überschreiten. Man nennt diese Zahlungen Schadeneinschüsse.

An verschiedenen Stellen unserer Ausführungen haben wir bereits auf die Geschäftsführungsbefugnis des Erstversicherers hingewiesen. Diese steht ihm zu, weil er allein auf Grund des Erstversicherungsbetrages in Beziehung mit seinen Kunden steht. Der Rückversicherer ist daher nach dem Aufbau der Rückversicherung in weitestem Umfange von der Art, wie der Erstversicherer die Geschäfte führt, abhängig. Eigentlich ist es aber selbstverständlich, daß er sich grundsätzlich nur mit solchen Handlungen seines Zedenten einverstanden zu erklären hat, die im Rahmen des Geschäftsüblichen liegen. So einfach dieser Grundsatz zu sein scheint, so schwierige Streitfragen können sich doch aus ihm in der Praxis ergeben. Wir verweisen nur auf die im Versicherungswesen übliche Kulanz, auf Prämienunterbietungen und Einschlüsse besonderer Gefahren. Bei einem soweit gehenden Vertrauen, daß der Rückversicherer seinem Zedenten entgegen bringen muß, bedarf er auch eines ausreichenden Schutzes.

Ein Schutzmittel besteht im Selbstbehalt des Zedenten, in seiner Verpflichtung, mit dem vertraglich vereinbarten oder einem angemessenen Anteile an jedem Risiko beteiligt zu bleiben. Ein Kontrollmittel haben wir im Überweisungsdienste kennen-

gelernt. Aus den Borderos kann der Rückversicherer feststellen, ob der Erstversicherer die Risiken im üblichen Umfange, zu den üblichen Bedingungen und zu den Tarifprämiensätzen zeichnet. Daß die Schadenregulierung in Ordnung ist, kann er aus den Schadenaufgaben ersehen. Alle diese Mittel genügen aber noch nicht. Man ist vielmehr schon längst dazu übergegangen, dem Rückversicherer ein weitreichendes Kontroll- und Revisionsrecht einzuräumen. In den Verträgen pflegt vereinbart zu werden, daß er berechtigt sein soll, alle auf den Rückversicherungsvertrag bezüglichen Urkunden, Versicherungsscheine, Schadenakten usw. in der Urschrift einzusehen, die Übermittlung von Belegen zu verlangen, sowie die Richtigkeit der ihm vom Zedenten eingereichten Aufstellungen und Berechnungen in dessen Geschäftsräumen durch einen Beauftragten prüfen zu lassen.

Da es sich bei der Rückversicherung um einen Vertrag handelt, der einem eigenen, nicht geschriebenen Rechte unterliegt, herrscht allgemein die Anschauung, daß die Entscheidung von Streitigkeiten durch ein Schiedsgericht erfolgen soll. Das Schiedsgericht ist regelmäßig mit drei Personen besetzt, zwei Schiedsrichtern und einem Obmann. Die Schiedsrichter sind meist Vorstandsmitglieder von Versicherungsgesellschaften, die den Versicherungszweig, auf den sich der betreffende Rückversicherungsvertrag bezieht, betreiben. Der Obmann ist jetzt meist ein höherer richterlicher Beamter. Das Verfahren gleicht den allgemein üblichen Schiedsgerichtsverfahren.

## Sachverzeichnis.

- Abkommen in der Transportversicherung** 90.  
**Abschlußagent** 34.  
**Abschlußprovision** 34.  
**Abschreibepolice** 83.  
**Absterbeordnung** 72.  
 —, gemischte 79.  
**Abzahlungsversicherung** 131, 138f.  
**Agent** 34  
**Aktiengesellschaft** 24ff.  
 —, Kapitalausrüstung 25.  
**Allgemeine deutsche Seeversicherungsbedingungen** 83ff.  
**Altersrente** 53.  
**Ankunft, für behaltene** 86.  
**Anschlag** 111.  
**Antragsabteilung** 36.  
**Antragsstatistik** 36.  
**Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers** 8f.  
**Aufgabedienst** 150.  
**Aufuhrversicherung** 115f.  
**Aufsicht, Umfang der** 47.  
**Aufsichtsbehörde** 45f.  
 —, Anordnungen der 47f.  
 —, Revisionsrecht der 48.  
**Aufwertung** 63f.  
 —, Treuhänder bei der 64.  
**Aufwertungsstock** 64.  
**Ausfallversicherung** 134.  
**Ausgleich des Versicherungsbestandes** 12f.  
**Auslese, ärztliche** 56f.  
**Auslosungsversicherung** 119.  
**Außendienst** 33ff.  
**Außerversicherung** 102.  
**Autokaskoversicherung** 95ff.  
 —, Prämientarif 97.  
 —, Umfang der Haftung 96.  
  
**Bauartklassen** 107.  
**Bedarfstheorie** 3.  
**Beschädigung, frei von** 86.  
**Besteuerung der Versicherungsunternehmen** 50f.  
**Betriebsunterbrechungsversicherung** 108f.  
**Bezirksdirektion** 34.  
**Binnentransportversicherung** 82, 90ff.  
  
**Bodmerei, Versicherung von** 90.  
**Bordero** 37.  
 —, endgültiges 150.  
 —, vorläufiges 150.  
**Brandschaden** 99.  
**broker** 81.  
**Bruch, frei von** 86.  
**Buchhaltung** 35f.  
**Bürgschaftsvertrag** 4.  
**Büromaschinenversicherung** 116.  
  
**Chomageversicherung** 108f.  
  
**Deckung, Grundsatz der adäquaten** 17.  
**Deckungskapital** 59f.  
**Delkredereversicherung** 134ff.  
**Direktion** 35.  
**Doppelversicherung** 16.  
  
**Einbruch-Diebstahlversicherung** 116f.  
**Einheitsversicherung** 98.  
**Einzelhaftpflichtversicherung** 123ff.  
**Einzelkreditversicherung** 131.  
**Einzelpolice** 82.  
**Einzelunfallversicherung** 65, 67ff.  
**Einzelunternehmer** 24.  
**Eisenbahntransport** 91f.  
**Elementarschädenversicherung** 117f.  
**Erlebensfallversicherung** 53.  
**Exportkreditversicherung** 137.  
**Exzedentenvertrag** 143.  
  
**Fahrt, für behaltene** 86.  
**Feuerversicherung** 99ff.  
 —, Bauartklassen 107.  
 —, Begriff 99.  
 —, Durchführung 100ff.  
 —, Entwicklung 99f.  
 —, Ortsklassen 106f.  
 —, Prämienberechnung 106ff.  
 —, auf erstes Risiko 103.  
 —, Schadenanzeige 104.  
 —, Schadenfeststellung 104.  
 —, Umfang der Haftung 99, 101f.  
  
**Feuerversicherungs-Vereinigung, Deutsche** 29.  
**Filialdirektion** 34.  
**Finanzkreditversicherung** 131, 133f.  
**Flußtransportversicherung** 82.  
**Frachtversicherung** 89.  
  
**Garantievertrag** 4.  
**Gebühren für die Staatsaufsicht** 50f.  
**Gefahr** 7f.  
 —, Begriff der 1.  
**Gefahränderung** 9.  
**Gefahrerhöhung** 9.  
**Gefahrenausgleich** 13.  
**Gefahrenklasse** 8.  
 — bei der Unfallversicherung 67.  
**Gefahrenrückversicherung** 142.  
**Gefahrentheorie** 3.  
**Gefahrzustand** 8.  
**Generalagent** 34.  
**Generalpolice** 82f.  
**Genossenschaften** 24.  
**Geschäftsbetrieb, Untersagung des** 48.  
**Geschäftsführung bei der Rückversicherung** 144.  
**Geschäftsplan** 45.  
**Gesetz der großen Zahl** 10.  
**Gewährsmängelversicherung** 113.  
**Gewinn, Versicherung des imaginären** 89.  
**Gewinnbeteiligung bei der Krankenversicherung** 77.  
 —, bei der Lebensversicherung 53f, 61f.  
**Glasversicherung** 118f.  
**Gleichartigkeit des Versicherungsbestandes** 12f.  
**Gliedertaxe** 69.  
**Güterversicherung** 88f.  
 —, auf Flüssen und Binnengewässern 94f.  
  
**Haftpflicht, Begriff der** 120f.  
**Haftpflichtversicherung** 120ff.  
 —, Durchführung der 123ff.  
 —, Einzel- 123ff.

- Haftpflichtversicherung, Entwicklung der 121.  
 —, Haftung bei der 123 ff.  
 —, Kollektiv- 128 ff.  
 —, Leistungspflicht bei der 126 f.  
 —, Schadenanzeige bei der 127.  
 —, Schadenregulierung bei der 127 f.  
 —, Tarif bei der 122 f.  
 —, Wesen der 121 f.  
 Hagelversicherung 110 ff.  
 —, Anschlag 111.  
 —, Begriff der 110.  
 —, Durchführung der 110.  
 —, Entwicklung der 110.  
 —, Haftung bei der 111.  
 —, Schadenbehandlung bei der 111.  
 —, Tarif bei der 111 f.  
 —, Versicherungswert bei der 111.  
 Haus, von . . . zu Haus 86.  
 Hauslebensversicherung 119.  
 Hochwasserversicherung 117.  
 Höchstkredit 134.  
 Höherdeckung 134.  
 Homogenität des Versicherungsstandes 12.  
 Hypothekensicherungsschein 105.  
 Hypothekenversicherung 131, 137 f.  
 Inkassoprovision 34.  
 Innendienst 35 ff.  
 Inspektor 35.  
 Interesse 15.  
 Invalidität, Begriff der 79.  
 Invaliditätsversicherung 78 f.  
 —, Absterbeordnung bei der 79.  
 —, Arten der 78.  
 —, technische Unterlagen 79.  
 Juwelenversicherung 119.  
 Kapitaldeckungsverfahren 12.  
 Kapitalversicherung 52 f.  
 Kaskoversicherung 82, 87 f.  
 Kautionen 132.  
 Kautionsversicherung 131 f.  
 Kollektivversicherung 72.  
 —, Haftpflichtversicherung 128 ff.  
 —, Unfallversicherung 65, 71 ff.  
 Kompakte 81.  
 Kompensation 103.  
 Komplex 101.  
 Konsumfinanzierung 139.  
 Kontokorrentvertrag 151.  
 Konzentration 30 ff.  
 Konzessionsprinzip 44 f.  
 Korsopolice 98.  
 Krankengeld 76.  
 Krankenversicherung 72 ff.  
 —, Absterbeordnung 72.  
 —, Arten der 75 ff.  
 Krankerversicherung Begriff der 72.  
 —, Durchführung der 74 ff.  
 —, Gewinnbeteiligung bei der 77.  
 —, Tarife bei der 73 f.  
 —, technische Unterlagen der 72 ff.  
 Krankheitsdauer, Tafel der 72 f.  
 Kreditversicherung 130 ff.  
 —, Arten der 131.  
 —, Durchführung der 131 ff.  
 —, Entwicklung der 130 f.  
 —, Schadenregulierung bei der 136 f.  
 —, Zahlungsunfähigkeit bei der 134.  
 Kreditwürdigkeit 135.  
 Kriegsgefahr, bei der Lebensversicherung 58.  
 —, nur für 86.  
 Kriegsmolest, frei von 86.  
 Kursverlustversicherung 119.  
 Landtransportversicherung 82.  
 Landwirtschaftliche Versicherung 110 ff.  
 Lebensversicherung 52 ff.  
 —, Arten der 52 ff.  
 —, Aufwertung bei der 63 f.  
 —, ärztliche Auslese 56 f.  
 —, Begriff der 52 f.  
 —, Deckungskapital 59 f.  
 —, Durchführung der 57 ff.  
 —, Entwicklung der 54 f.  
 —, Gefahrerhöhung bei der 58.  
 —, Gewinnbeteiligung bei der 61 f.  
 —, große 54.  
 —, kleine 54.  
 —, Prämie bei der 59 f.  
 —, Prämienreserve bei der 59 f.  
 —, Rechnungsunterlagen bei der 59 ff.  
 —, Risikoprämie 59.  
 —, Rückvergütung 62.  
 —, Selbstmord 57.  
 —, Sparprämie 59.  
 —, Umwandlung bei der 62.  
 —, ärztliche Untersuchung bei der 56.  
 —, Vorauszahlung bei der 62 f.  
 —, Zinsfuß 61 f.  
 Leibrente 53.  
 Leistungskautionen 133.  
 Leistungstheorie 2.  
 Lieferungskautionen 133.  
 Lloyds 81 f.  
 Lotterie 4.  
 Lufttransportversicherung 82.  
 Maschinenlebensversicherung 120.  
 Maximaltabelle 143.  
 Maximierung 147 ff.  
 Maximum 143.  
 Mehrfachversicherung 16.  
 Mehrwertversicherung 17.  
 Mietverlustversicherung 109.  
 Mitteilungsverband für abgelehnte Risiken 28.  
 Mitversicherung 13.  
 Monopolanstalt 19.  
 Nachprämie 11.  
 Nachschuß 11.  
 Nachschußversicherung 27.  
 Nettomethode 60 f.  
 Normativsystem 44.  
 Omniumpolice 98.  
 Operationsversicherung 113.  
 Organisation 33.  
 Organisationsabteilung 38.  
 Pauschalkreditversicherung 131.  
 Pauschalpolice 83.  
 Pelzversicherung 119.  
 Personenversicherung 5, 52 ff.  
 Plein 143.  
 Policenabteilung 36.  
 Poolvertrag 143 f.  
 Position 103.  
 Posttransport 92.  
 Prämie 7 ff.  
 —, Berechnung der 9 ff.  
 —, Durchschnittsverfahren 12.  
 —, Kapitaldeckungsverfahren bei der 12.  
 —, Umlageverfahren 11.  
 Prämienabteilung 36.  
 Prämienfälligkeitsregister 37.  
 Prämienrechnung 37.  
 Prämienreserve 59 f.  
 Prämienreservefonds 46 f.  
 Prämienrückgewähr 70 f.  
 Prämienverfahren 12.  
 Priorität 143.  
 Privatversicherung 4 ff.  
 —, Gruppen der 5 ff.  
 Produktionsstatistik 39.  
 Provision 34.  
 Prozente, frei von gewissen 86.  
 Publizitätssystem 43 f.  
 Quotenexzedentenvertrag 143.  
 Quotenvertrag 142 f.  
 Realkredit, Sicherung des 104 f.  
 Regenversicherung 117 f.  
 Regreßrecht 94.  
 Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung 44 ff.  
 Reichsverband der Privatversicherung 28.  
 Reiseversicherung 87 f.  
 Rennpferdeversicherung 113.  
 Rentenversicherung 52 f.  
 Rettungspflicht 15.  
 Revisor 35.  
 Risiken, Mischung der 13 f.

- Risiken, Mitteilungsverband für notleidende 28.  
 —, notleidende 106.  
 Risikoprämie 59.  
 Risiko, objektives 100f.  
 —, subjektives 101.  
 Rückvergütung 62.  
 Rückversicherer, Vereinigte 29.  
 Rückversicherung 13, 140ff.  
 —, Arten der 142ff.  
 —, Begriff der 140f.  
 —, Durchführung der 147ff.  
 —, Entwicklung der 141.  
 —, fakultative 142.  
 —, Geschäftsführung bei der 144.  
 —, obligatorische 142.  
 —, Schadenbehandlung bei der 151.  
 —, Vereinigung für die 29.  
 —, Zweck der 140.  
 Rückversicherungsabteilung 37f.  
 Rückversicherungsgesellschaft, Einrichtung 39f.  
 Rückversicherungsprovision 37, 151.  
  
 Sachversicherung 5, 80ff.  
 Sachlebensversicherung 119f.  
 Schaden 15f.  
 —, Berechnung des 15.  
 —, Feststellung des 15.  
 Schadenabteilung 38.  
 Schadeneinschuß 38, 151.  
 Schadenexzedentenvertrag 143.  
 Schadenmaximaltabelle 143.  
 Schadenregister 38.  
 Schadenregulierung 38.  
 Schadentheorie 2f.  
 Schadenversicherung 5.  
 Schiffsmiete, Versicherung von 89.  
 Schiffslebensversicherung 120.  
 Schlachtviehversicherung 106.  
 Schoberversicherung 106.  
 Schutzverbände der Versicherten 32f.  
 Seeversicherung 82ff.  
 Seeversicherungsbedingungen, Allgemeine deutsche 83.  
 Selbstbehalt 143ff.  
 Selbstbeteiligung 136.  
 Selbstmord 57f.  
 Seuchenschäden 114.  
 Sicherheitsvorschrift 9, 103.  
 Slip 82.  
 Sozialversicherung 4.  
 Sozietät 18ff.  
 Sparen 4.  
 Spartheorie 2.  
 Sparprämie 59.  
 Spezialität, Prinzip der 8.  
 Spiel 4.  
 Spieltheorie 2.  
 Staatsaufsicht 43ff.
- Staatsaufsicht, Gebühren für die 50f.  
 —, System der materiellen 44.  
 Statistik 39.  
 Sterbegeld 76.  
 Sterbetafel 59.  
 Steuerkautionen 132.  
 Sturmschädenversicherung 117.  
 Summenrückversicherung 142.  
 Summenversicherung 6.  
 Superexzedent 144.  
  
 Tagespolice 83.  
 Tarif, Aufbau des 10.  
 —, informatorischer 90.  
 —, obligatorischer 90.  
 Taxe 84.  
 Teilungsplan bei der Aufwertung 64.  
 Todesfallversicherung 52f.  
 —, aufgeschobene 53.  
 —, kombinierte 53.  
 Totalverlust 88.  
 —, nur für 86.  
 —, durch Fuhr 92f.  
 Transport durch die Post 92.  
 Transportversicherung 80ff.  
 —, Abkommen in der 90.  
 —, Arten der 82f.  
 —, Entwicklung der 80ff.  
 —, Gefähränderung bei der 84f.  
 —, des imaginären Gewinns 89.  
 —, der Güter 94f.  
 —, Haftung in der 85f.  
 —, Klauseln in der 86f.  
 —, Versicherungswert in der 84.  
 Transportversicherungsverband, Deutscher 28.  
 —, Internationaler 28.  
 Treuhänder bei der Aufwertung 64.  
 Tumultschadengesetz 115.  
  
 Überlebensrente 53.  
 Überversicherung 15.  
 Überweisungsdienst 150.  
 Umlageverfahren 11.  
 Umwandlung 62.  
 Unbedenklichkeitszeugnis 104.  
 Underwriter 81.  
 Universalität, Prinzip der 8.  
 Unfall, Begriff des 66.  
 Unfallversicherung 65ff.  
 —, Arten der 65f.  
 —, Durchführung der 66ff.  
 —, Entwicklung der 65.  
 —, bei dauernder Invalidität 67.  
 —, auf Ersatz der Kurkosten 67.  
 —, Leistung bei der 68f.  
 —, Rentenzahlung bei der 70.  
 —, auf Tagegelder 67.  
 —, auf Todesfall 67.  
 Unternehmungsformen 18ff.
- Unternehmungsformen, gemischte 27.  
 Untersuchung, ärztliche 56.  
 Unterversicherung 15.  
  
 Verbände der öffentlich-rechtlichen Unternehmungen 29.  
 Verband deutscher Lebensversicherungsgesellschaften 28.  
 —, der Unfall- und Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften 28.  
 Veredelungspolice 98.  
 Verein Bremer Seeversicherungsgesellschaften 28.  
 — Danziger Assekuradeure 28.  
 — der Hagelversicherungsunternehmen 29.  
 — Hamburger Assekuradeure 28.  
 — deutscher Lebensversicherungsgesellschaften 28.  
 — deutscher Viehversicherungsgesellschaften 29.  
 Vereinigungen, sozialpolitische 30.  
 Verkaufspreisklausel 106.  
 Vermittlungsagent 34.  
 Vermögensversicherung 6, 120ff  
 Verschollenheit 88.  
 Versicherer 7.  
 —, Vereinigungen der 27ff.  
 Versicherter 7.  
 Versicherung, ablaufende auf den Todesfall 53.  
 —, mit festem Auszahlungstermin 53.  
 —, Bedarfstheorie 3.  
 —, Begriff der 1ff.  
 —, Einteilung der 4ff.  
 —, Gefahrentheorie 3.  
 —, Grundlagen der 7ff.  
 —, laufende 82.  
 —, auf den Lebensfall 53.  
 —, positionsweise 103.  
 —, auf erstes Risiko 16.  
 —, auf zweites Risiko 16.  
 —, im rechtlichen Sinne 1f.  
 —, auf den Todesfall 16f.  
 —, wertbeständige 16f.  
 —, im wirtschaftlichen Sinne 2ff.  
 Versicherungsanstalt 19.  
 Versicherungsart 6.  
 Versicherungsbestand, Ausgleich des 12f.  
 —, Gefahrenausgleich 13.  
 —, Gleichartigkeit des 12f.  
 —, Homogenität des 12.  
 Versicherungsbetrieb, Formen des 17ff.  
 — durch den Staat 41f.  
 Versicherungsfall 7.  
 Versicherungslokalität 102.  
 Versicherungsmakler 35.  
 Versicherungsmathematik 9f.



- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Versicherungsnehmer 7.<br/>         Versicherungsperiode 7.<br/>         Versicherungspolice 7.<br/>         Versicherungspolitik 41 ff.<br/>         Versicherungssteuer 51.<br/>         Versicherungssumme 7, 15.<br/>         Versicherungstreue 84.<br/>         Versicherungsunternehmung,<br/>           öffentlich-rechtliche 18 ff.<br/>         —, private 33 ff.<br/>         Versicherungsverein auf Gegen-<br/>           seitigkeit 20 ff.<br/>         —, Beitragserhebung 23.<br/>         —, Gründungsfonds 23.<br/>         —, kleiner 21<br/>         —, Organisation eines 21 ff.<br/>         Versicherungsvertrag 1 f.<br/>         Versicherungsvertragsrecht 49 f<br/>         Versicherungswert 15, 102 f.<br/>         Versicherungszweig 6.<br/>         Verstaatlichung 41 ff.</p> | <p>Vertragsdauer 7.<br/>         Veruntreuungsversicherung<br/>           138.<br/>         Viehversicherung 112 ff.<br/>         —, Arten der 113.<br/>         —, Begriff der 112.<br/>         —, Durchführung der 113 f.<br/>         —, Entwicklung der 112 f.<br/>         Viehlebensversicherung 113.<br/>         Viehtransportversicherung 113.<br/>         Volksversicherung 54.<br/>         Vollwertversicherung 15.<br/>         Vorauszahlung 62 f.<br/>         Vorprämie 11.<br/>         Vorrisiko 135.<br/>         Vorsorgeversicherung 17.<br/>         Wahrscheinlichkeit, mathema-<br/>           tische 9.<br/>         —, statistische 9.</p> | <p>Wahrscheinlichkeitsrechnung<br/>           9 ff.<br/>         Warenversicherung 82.<br/>         Wartezeit 74.<br/>         Wasserleitungsschädenver-<br/>           sicherung 120.<br/>         Weideversicherung 113<br/>         Wertpapierversicherung 119.<br/>         Wettbewerbsanstalt 19.<br/>         Wiederaufbauverbot 104.<br/>         Witwenrente 53.<br/>         Wochenhilfe 76.<br/>         Zahl, Gesetz der großen 10.<br/>         Zeitversicherung 88.<br/>         Zillmersche Methode 60 f.<br/>         Zinsfuß 61 f.<br/>         Zuckerpreisdifferenz-Versiche-<br/>           rung 109.<br/>         Zwangsanstalt 19.</p> |
|---|--|--|

*Vollständig liegt vor:*

# Reichsversicherungsordnung mit Anmerkungen

Herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts

Band I: <b>Gemeinsame Vorschriften, Beziehungen der Versicherungsträger usw., Verfahren</b> (RVO Buch 1, 5, 6). X, 433 Seiten. 1927.	RM 15.—
Band II: <b>Krankenversicherung</b> (RVO Buch 2). VIII, 306 Seiten. 1926.	RM 9.60
Band III: <b>Unfallversicherung</b> (RVO Buch 3.) XII, 608 Seiten. 1926. Deckblätter hierzu.	RM 18.60 RM 0.90
Band IV: <b>Invalidenversicherung</b> (RVO Buch 4.) VIII, 240 Seiten. 1926. Deckblätter hierzu.	RM 8.70 RM 0.60

Jeder Band ist einzeln käuflich.

---

**Die neue Angestelltenversicherung.** Systematische Einführung nebst Berufskatalog und Sachregister von Dr. **Hermann Dersch**, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt. IV, 124 Seiten. 1924. RM 2.10

---

**Leitfaden der deutschen Sozialversicherung.** Bearbeitet von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. 56 Seiten. 1924. RM 0.90

---

**Die versicherungsrechtliche Stellung der Reichswehr und der Schutzpolizei der Länder.** Von Dr. **H. Jaeger**, Direktor des Städt. Versicherungsamts München. (Erweiterter Sonderdruck aus der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung“, XIV. Jahrgang, Heft 1.) 40 Seiten. 1926. RM 1.80

---

**Rechtsfälle aus der sozialen Versicherung** (Arbeiter- und Angestelltenversicherung). Mit einer kurzen Anleitung zur Bearbeitung versicherungsrechtlicher Fälle. Von Dr. **Paul Brunn**, Landesrat, stellv. Vors. der L. V. A., Berlin, und Dr. **Walter Kaskel**, Professor an der Universität Berlin. Zweite, vermehrte Auflage. (Sammlung von Rechtsfällen zum Gebrauch bei Übungen.) VIII, 77 Seiten. 1927. RM 3.60

---

**Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts.** Herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts.

Die Entscheidungen gelangen in einzelnen, in der Regel 80 Seiten umfassenden Lieferungen zur Ausgabe, die in Zeitabständen von 6 bis 8 Wochen folgen. Sechs Lieferungen mit einem anschließenden Gesamtinhaltsverzeichnis bilden einen Band; der Preis des Bandes beträgt etwa RM 18.—. In der Zeitschrift werden außer der Unfall-, Kranken-, Invaliden- und Knappschaftsversicherung ab Januar 1928 aus dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung die grundsätzlichen Entscheidungen und diejenigen Entscheidungen, die über einen Einzelfall hinausgehende wissenschaftliche oder wirtschaftliche Bedeutung haben, veröffentlicht.

---

**Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung.**

Herausgegeben von Dr. **Kaskel**, Professor an der Universität Berlin, Schriftleiter, von **Geldern**, Ministerialrat im Preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt, Dr. **Lehmann**, Geh. Oberregierungsrat, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Dr. **Möll**, Geh. Reg.-Rat, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt, Dr. **Zschucke**, Ministerialrat, Direktor in der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

Die Monatsschrift erscheint in Heften von etwa 24—36 Seiten zu Anfang jedes Monats und kann im In- und Ausland durch den Buchhandel, die Post oder vom Verlage bezogen werden. Preis vierteljährlich für das In- und Ausland RM 7.50. Hierzu tritt bei direkter Zustellung das Porto bzw. beim Bezuge durch die Post die postalische Bestellgebühr.

Heftpreis RM 3.— zuzüglich Porto.

**Die Prinzipien der Lebensversicherungstechnik.** Von Dr. Alfred

Berger, Wien.

Erster Teil: **Die Versicherung der normalen Risiken.** VII, 244 Seiten. 1923.

RM 10.50; gebunden RM 12.—

Zweiter Teil: **Risikotheorie. Rückversicherung. Versicherung der nicht normalen Risiken. Invaliditätsversicherung.** VII, 274 Seiten. 1925.

RM 15.—; gebunden RM 16.50

---

**Versicherungs-Mathematik.** Von Prof. Dr. Alfred Loewy, Freiburg i. B.

Vierte, neubearbeitete und durch Hinzunahme der Invalidenversicherung erweiterte Auflage. V, 224 Seiten. 1924.

RM 6.90; gebunden RM 7.80

---

**Die Sozialversicherung.** Dargestellt für Ärzte und Sozialhygieniker von Dr.

Heinrich Dersch, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt. Mit 4 Abbildungen. 62 Seiten. 1927. RM 2.70

(Sonderausgabe des gleichnamigen Beitrages im „Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“, Band IV. Herausgegeben von A. Gottstein-Charlottenburg, A. Schloßmann-Düsseldorf, L. Teleky-Düsseldorf.)

---

**Was muß der Arzt von der neuen Verordnung über die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung wissen und welche Pflichten ergeben sich für ihn daraus?**

Versicherungsrechtliche und ärztliche Hinweise. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. Hayo Bruns, Direktor des Bakteriologischen Instituts Gelsenkirchen; Geh. Sanitätsrat Dr. Cramer, Cottbus; Dr. Martins, Verwaltungsdirektor der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, Berlin; Ministerialrat Prof. Dr. Thiele, Sächsischer Landesgewerbearzt, Dresden, herausgegeben von den Fabrikärzten der chemischen Industrie. (Heft 14 der Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene.) Mit 6 Abbildungen im Text und 1 Spektraltafel. IV, 72 Seiten. 1925. RM 4.50

---

**Arbeitsrecht.** Von Dr. Walter Kaskel, Professor an der Universität Berlin. Dritte,

erweiterte Auflage. (Band 31 der „Enzyklopädie der Rechts- und Staatswissenschaft.“) XXII, 432 Seiten. 1928. RM 18.80

---

**Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920** nebst Wahlordnung, Ausführungs-

verordnungen und Ergänzungsgesetzen (Betriebsbilanzgesetz, Aufsichtsratsgesetz und Wahlordnung.) Erläutert von Dr. Georg Flatow, Ministerialrat im Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe. Zwölfte, verbesserte Auflage. XVI, 545 Seiten. 1927. Kartoniert RM 18.—

---

**Arbeitsgerichtsgesetz vom 23. Dezember 1926** nebst der Verordnung

über die Entschädigung der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmer-Beisitzer der Arbeitsgerichtsbehörden vom 24. Juni 1927 und dem Gesetz zur Abänderung des Betriebsrätegesetzes vom 28. Februar 1928. Erläutert von Dr. Georg Flatow, Ministerialrat im Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe, und Richard Joachim, Oberregierungsrat im Reichsarbeitsministerium. IV, 592 Seiten. 1928. Kartoniert RM 19.60

---

**Die Schlichtungsverordnung vom 30. Oktober 1923** nebst den Aus-

führungsverordnungen vom 10. und 29. Dezember 1923 und einer Übersicht über die Schlichter- und Schlichtungsausschußbezirke. Erläutert von Dr. Georg Flatow, Ministerialrat im Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe, und Richard Joachim, Ober-Regierungsrat im Reichsarbeitsministerium. VI, 183 Seiten. 1924. RM 3.90

# VERZEICHNIS DER IN DER ENZYKLOPÄDIE ERSCH EINENDEN BEITRÄGE

*Die mit einem \* versehenen Beiträge sind bereits erschienen*

## I. Rechtsphilosophie

- \*1. Rechtsphilosophie 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Max Ernst Mayer †, Frankfurt a. M.

## II. Rechtsgeschichte

- \*2. Römische Rechtsgeschichte und System des  
Römischen Privatrechts . . . . . Prof. Dr. Paul Jörs †, Wien
- \*3. Römischer Zivilprozeß . . . . . Prof. Dr. Leopold Wenger, Wien
4. Deutsche Rechtsgeschichte . . . . . Prof. Dr. A. Zycha, Bonn a. Rh.
- \*5. Grundzüge des deutschen Privatrechts . . Prof. Dr. Hans Planitz, Köln a. Rh.
- \*6. Rechtsentwicklung in Preußen . . . . . Prof. Dr. Eberhard Schmidt, Kiel

## III. Zivilrecht und Zivilprozeß

- \*7. Bürgerliches Recht: Allgemeiner Teil 2. Aufl. Geh. Justizrat Prof. Dr. Andreas v. Tuhr †,  
Zürich
- \*8. Recht der Schuldverhältnisse 2. Aufl. . . . Prof. Dr. Heinrich Titze, Berlin
- \*9. Sachenrecht 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Julius v. Gierke, Göttingen
- \*10. Familienrecht 2. Aufl. . . . . Prof. Dr. Heinrich Mitteis, Heidelberg
- \*11. Erbrecht . . . . . Prof. Dr. Julius Binder, Göttingen
- \*12. Handelsrecht mit Wechsel- und Scheckrecht  
2. Auflage . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Karl Heinsheimer,  
Heidelberg
- \*13. Privatversicherungsrecht . . . . . Geh. Hofrat und Geh. Justizrat Prof. Dr. Victor  
Ehrenberg, Göttingen
- \*14. Urheber- und Erfinderrecht . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Philipp Allfeld, Er-  
langen
- \*15. Internationales Privatrecht . . . . . Prof. Dr. Karl Neumeyer, München
16. Einwirkungen des Friedensvertrages auf die Privatrechtsverhältnisse . . . . . Prof. Dr. Josef Partsch †, Berlin  
(fällt aus)
17. Zivilprozeßrecht . . . . . Prof. Dr. James Goldschmidt, Berlin
- \*18. Konkursrecht . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Ernst Jaeger, Leipzig
- \*19. Freiwillige Gerichtsbarkeit . . . . . Prof. Dr. Friedrich Lent, Erlangen

## IV. Strafrecht und Strafprozeß

20. Strafrecht . . . . . Prof. Dr. Eduard Kohlrausch, Berlin
- \*21. Strafprozeßrecht . . . . . Geh. Hofrat Prof. Dr. Karl v. Lilienthal †,  
Heidelberg
22. Kriminalpolitik . . . . . Prof. Dr. Ernst Rosenfeld, Münster i. Westf.
- \*22a. Preßrecht . . . . . Privatdozent Dr. H. Mannheim, Berlin