

1 Grundlagen der Versicherungswirtschaft

Versicherungsunternehmen agieren in einem Markt, der sich u. a. in Abgrenzung zur Sozialversicherung bestimmen lässt und in besonderem Maß durch nationales und europäisches Recht reguliert ist. Das Geschäftsmodell basiert auf der Risikotheorie. Das Management von Risiken im Versicherungsunternehmen spielt deshalb eine besondere Rolle. Die Steuerung ist anspruchsvoller als in anderen Branchen.

1.1 Das Versicherungsunternehmen in seiner Umwelt

1.1.1 Versicherungsmärkte in Deutschland und Europa

Bedeutende, personenbezogene Lebensrisiken wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Unfall, Arbeitslosigkeit und Einkommensersatz im Alter (Rente) werden in Deutschland überwiegend durch die **gesetzliche Sozialversicherung** abgedeckt. Sie verbucht knapp 811 Mrd. Euro an Einnahmen, von denen der Großteil aus Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, aber auch über 178 Mrd. Euro als Zuschüsse aus Steuermitteln stammen (Statistisches Bundesamt, Stand 2022). Abgesichert werden hierüber im Wesentlichen sozialversicherungspflichtig und damit abhängig Beschäftigte sowie bestimmte Selbstständige, nicht jedoch Beamte, deren Dienstgeber ähnliche Leistungen zu gewähren haben. Wer in keinem System ausreichend gegen Lebensrisiken abgesichert ist, kann **Sozialhilfeleistungen** wie die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung beanspruchen, für die weitere rund 15 Mrd. Euro vom Steuerzahler aufgebracht werden.

Die Sozialversicherung wird grundsätzlich als öffentliche Versicherung organisiert, bei der die Mitgliedschaft gesetzlich verpflichtend geregelt ist, aber auch Mitgliedschaftsrechte geltend gemacht werden können. Arbeitgeber sind ihrerseits verpflichtet, die Aufnahme Beschäftigter in die Sozialversicherung anzumelden und die Beiträge abzuführen, die überwiegend, aber nicht durchgängig, paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden, bei Letzteren werden sie vom Lohn abgezogen und abgeführt. Grundprinzipien sind eine Leistung nach Bedürftigkeit (allerdings nicht in der Rentenversicherung, dort bestimmt sich die Leistung grundsätzlich nach den erzielten, versicherungspflichtigen Einkommen) und eine Finanzierung nach Leistungsfähigkeit. So zahlen z. B. Krankenversicherte unterschiedlich hohe Beiträge je nach individuellem Einkom-

men, erhalten aber alle denselben gesetzlichen Leistungsanspruch. Das wird auch als **Solidaritätsprinzip** bezeichnet, wenn auch einige Ausnahmen davon bestehen. Beispielsweise können Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung Wahltarife vereinbaren, mit denen sie abweichende Leistungsvereinbarungen mit Ärzten oder anderen Leistungserbringern treffen können.

Die gesetzliche Sozialversicherung finanziert sich im Wesentlichen über das sog. **Umlageverfahren**. Die abgeführten Beiträge werden mit Ausnahme einer kleinen Liquiditätsreserve von ein bis zwei Monatsbeiträgen unmittelbar verwendet, um Leistungen zu erbringen.

Die privatwirtschaftliche **Individualversicherung** grenzt sich in Deutschland von der gesetzlichen Sozialversicherung ab und ergänzt diese, manchmal kann sie diese auch ersetzen (Beispiel substitutive Krankenversicherung, die bestimmten Personengruppen offensteht). Lebensrisiken, die sich auf das Vermögen (z. B. Haftung) und Sachen im Eigentum oder Besitz einer Person (z. B. Hausrat, Kraftfahrzeuge) oder eines Betriebs befinden, werden praktisch nur auf diesem Weg versichert. Allerdings gibt es bestimmten Fällen gesetzliche Versicherungspflichten, z. B. in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Die Anschaffung und Nutzung eines Kraftfahrzeugs sind freiwillig, aber dann muss eine solche Versicherung abgeschlossen werden.

Die rund 520 deutschen Versicherungsunternehmen verbuchen rund 226 Mrd. Euro Beitragseinnahmen (GDV, Stand 2021) und über 256 Mrd. Euro Versicherungsleistungen. Das scheinbare »Kunststück«, mehr auszahlen zu können als eingenommen wird, liegt an Zinserträgen auf die rund 1,8 Billionen Euro Kapitalanlagen. Die Beitragseinnahmen teilen sich zu rund 46 % auf die Lebens-, 20 % die private Kranken- und 34 % die Schaden-/ Unfallversicherung auf.

Außerdem ist Deutschland ein bedeutender Standort für die Rückversicherung, die rund 55 Mrd. Euro jährliche Beitragseinnahmen verbucht. Sie ermöglicht den sog. Erstversicherern, sowohl einzelne Spitzenrisiken (z. B. Wiederaufbauwert eines Industriegebäudes in dreistelligem Millionenbetrag) als auch Breitenrisiken im Versicherungsbestand (z. B. ungewöhnliche Schwankungen im Schadenanfall oder sog. Kumulschäden, bei denen ein Schadenereignis wie eine Naturkatastrophe zahlreiche versicherte Einzelrisiken betrifft) decken zu können.

Private Versicherungsunternehmen stehen im Wettbewerb zueinander, sowohl mit anderen deutschen als auch mit ausländischen Versicherungsunternehmen. Wettbewerb passt zu einem freiwilligen System und hilft dem Kunden, faire Bedingungen für eine Versicherung am Markt vorzufinden.

Individualversicherungen werden grundsätzlich nach dem **Äquivalenzprinzip** kalkuliert. Danach soll der Erwartungswert der Risikoprämien im Versichertenkollektiv gleich dem Erwartungswert der Schäden im Versichertenkollektiv sein. So gleichen Versicherungen individuell auftretende Schäden bzw. Leistungen im Kollektiv und in der Zeit aus. Auch vom Äquivalenzprinzip gibt es Ausnahmen. So sind z. B. private Krankenversicherer, die die substitutive (»Voll-«)Versicherung anbieten, gezwungen, bestimmten bedürftigen Personen einen Basistarif oder einen Notlagentarif anzubieten, die nach dem Solidaritätsprinzip kalkuliert sind.

Die Individualversicherung finanziert sich prinzipiell nach dem **Kapitaldeckungsverfahren**. Dabei werden insb. in der Lebens- und in der Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherung, in geringerem Umfang auch in der Kompositversicherung Prämien (typischer Ausdruck bei Aktiengesellschaften) bzw. Beiträge (typischer Ausdruck bei Versicherungsvereinen) erhoben, die für künftige Leistungserbringung angespart werden. Beispielsweise zahlen Kunden in der Schadenversicherung den vollen Jahresbeitrag zum Beginn eines jeden Vertragsjahres, obwohl Schäden erst verteilt über das Jahr anfallen und bezahlt werden müssen. In der Lebens- und Krankenversicherung werden oft sogar erst nach Jahrzehnten die je Alterskohorte aufgebauten Kapitalanlagen benötigt, die vereinbarten (Alters-)Leistungen zu erbringen.

In Europa ist Deutschland mit 4,1 % Weltmarktanteil der zweitgrößte, europäische Versicherungsmarkt hinter Großbritannien (5,4 %) und vor Frankreich (3,7 %) und Italien (2,6 %) (GDV, Stand 2020). In der »Weltrangliste« liegen allerdings die USA (40,3 %), China (10,4 %) und Japan (6,6 %) vor den Europäern. In der Rückversicherung erreicht Deutschland mit 19,3 % Weltmarktanteil hinter den USA (26,9 %) und vor der Schweiz (11,7 %) den zweiten Rang.

1.1.2 Rahmenbedingungen für Versicherungsunternehmen (Rechtsformen, Solvency II, Pflichtversicherungen, Versicherungsaufsicht usw.)

Versicherungsunternehmen bedürfen einer **Erlaubnis** durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Sie wird ausschließlich bestimmten privatrechtlich organisierten (Aktiengesellschaft – AG, Europäische Aktiengesellschaft – SE, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit – VVaG) oder öffentlich-rechtlichen (Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts) Versicherungsunternehmen erteilt (§ 8 Abs. 1, 2 VAG). Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums dürfen im Dienstleistungsverkehr in Deutschland tätig werden oder eine Niederlassung errichten, wenn sie dies der BaFin angezeigt haben (**Notifizierungsverfahren**).

Es gibt unterschiedliche Arten von **Anteilseignern** eines Versicherungsunternehmens:

- Aktionäre (mit Stimmrecht, ggf. gibt es weitere Aktionäre ohne Stimmrecht) bei einer Versicherungsaktiengesellschaft,
- Mitglieder bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Satzungsmäßig ist meist geregelt, dass Versicherungsnehmer automatisch auch Mitglieder des VVaG werden.

Aufgrund der sog. **Spartentrennung** können Rückversicherungsunternehmen nur für den Betrieb der Rückversicherung zugelassen werden, ein gleichzeitiger Be-

trieb von Erstversicherern und damit der unmittelbare Vertrieb von Versicherungen an Versicherungsnehmer ist nicht möglich. Außerdem können Erstversicherer die Lebens- sowie die Krankenversicherung jeweils nur für sich betreiben und nicht in einer Mischung mit anderen Sparten (§ 8 Abs. 4 VAG). Die Rechtsschutzversicherung darf zwar zusammen mit der Schaden-/Unfallversicherung betrieben werden, dann aber muss die Schadenbearbeitung auf ein externes Schadenabwicklungsunternehmen auslagern (§ 164 Abs. 1 VAG). Das ist der Grund dafür, dass es mehrere reine Rechtsschutzversicherer am Markt gibt. Die Spartenentrennung führt auch häufig zu **Konzern- oder Gruppenbildungen**, um den Kunden ein umfassendes Versicherungsangebot mehrerer oder aller Sparten machen zu können. Hintergrund für die Spartenentrennung ist, dass die Ansprüche der Versicherten geschützt werden sollen. Insbesondere die langjährig anzulegenden Mittel der Lebens- und Krankenversicherten könnten sonst unter Umständen herangezogen werden, um kurzfristige Schadenspitzen in der Schaden-/Unfallversicherung auszugleichen oder systematische Untertarifierung für die Generierung von Wettbewerbsvorteilen zu betreiben.

Dem **Erlaubnisantrag** als Versicherungsunternehmen ist ein Geschäftsplan inklusive Satzung, Angabe zu den betriebenen Sparten und der Art der zu deckenden Risiken, Grundzügen der Rückversicherung, Angaben zu den Eigenmitteln zur Bedeckung der Mindestkapitalanforderung sowie zu einem Organisationsfonds zur Finanzierung des Anlaufs des Geschäftsbetriebs beizufügen. Weiter müssen für die ersten drei Geschäftsjahre Plan-Bilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen, Schätzungen zum benötigten Solvabilitätskapital u. a. vorgelegt werden. Auch muss die Geschäftsorganisation erläutert werden, insb., wer die Geschäfte leiten und wer die sog. Schlüsselfunktionen ausüben wird (§ 9 VAG).

Versicherungsunternehmen dürfen keine **versicherungsfremden Geschäfte** betreiben (§ 15 VAG). Damit werden Versicherer in ihren Marktbearbeitungsstrategien beschränkt, insb. eine Diversifizierung in andere Branchen kommt für sie nicht in Frage. Das schließt allerdings nicht Beteiligungen an anderen Unternehmen aus, wenn diese beispielsweise zu Kapitalanlagezwecken erworben und gehalten werden.

Die Aufbauorganisation eines Versicherungsunternehmens bestimmt zunächst nach den allgemeinen gesellschaftsrechtlichen Vorgaben, ergänzt um spezifische regulatorische Anforderungen. Geleitet wird ein Versicherungsunternehmen vom **Vorstand**. Dieser sollte schon allein aus Gründen der Risikostreuung aus deutlich mehr als nur einer Person bestehen. Die Vorstandsbestellung erfolgt durch den **Aufsichtsrat** im Rahmen eines auf drei bis maximal fünf Jahre befristeten Arbeitsvertrags, ist aber zusätzlich von einer Zustimmung der BaFin abhängig. Der Aufsichtsrat wird von der **Hauptversammlung** (AG) oder der **Mitgliederversammlung** bei kleinen VVaG bzw. der **Mitgliedervertreterversammlung** (MVV) bei größeren VVaG gewählt und muss ebenfalls von der BaFin bestätigt werden. Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung des Vorstands zu überwachen und in einer Satzung festgelegte Entscheidungen zu treffen, z. B. bei Grundstücksgeschäften, Beteiligungs- oder Anlagegeschäften ab bestimmten Größenordnungen.

Während Aktionäre in der Hauptversammlung einer AG Rechte als Anteilseigner wahrnehmen und letztlich über die Geschäftsstrategie und das Personal in den Organen entscheiden, können Mitglieder bei größeren VVaG keinen direkten Einfluss geltend machen. Dies obliegt der MVV, die zwar aus Mitgliedern (Versicherten) besteht und diese repräsentieren soll, aber ihre eigenen Mitglieder oft auf Vorschlag der Organe (Vorstand und Aufsichtsrat) nachwählt (Kooptationsverfahren).

Sowohl Vorstände als auch Aufsichtsräte müssen zuverlässig (insb. frei von einschlägigen Verurteilungen) und fachlich geeignet sein. In der Regel werden dafür neben entsprechender Ausbildung eine einschlägige Berufs- und Führungserfahrung in der Versicherungsbranche verlangt (§ 24 Abs. 1 VAG). Die BaFin hat eigene Leitlinien zur Qualifikation und zur laufenden Qualifizierung im Rahmen sog. **Fit & Proper**-Anforderungen herausgegeben, also einer laufenden Anpassung der Qualifikation der Personen in den Leitungs- und Aufsichtsorganen.

Eine Besonderheit der **Governance** (Unternehmensführung) von Versicherungsunternehmen sind die aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen **Schlüsselfunktionen**. Auch an deren Inhaber werden hohe fachliche Anforderungen gestellt, sie sind unmittelbar der BaFin gegenüber rechenschaftspflichtig. Vorgesehen sind mindestens folgende Schlüsselfunktionen:

- Risikomanagement mit der Verantwortung für Identifikation, Bewertung, Überwachung, Steuerung und Berichterstattung über die Risiken des Geschäftsbetriebs (§ 26 VAG),
- Compliance mit der Verantwortung für ein wirksames, internes Kontrollsystem und die Überwachung der Einhaltung von externen und internen Normen (§ 29 VAG),
- Interne Revision (§ 30 VAG) mit der Verantwortung zur Überprüfung des internen Kontrollsystems auf Angemessenheit und Wirksamkeit,
- Versicherungsmathematische Funktion (§ 31 VAG) mit der Verantwortung für die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen und einer Kontrolle der allgemeinen Zeichnungs- und Annahmepolitik und der Rückversicherungspolitik des Versicherers.

Daneben kann der Versicherer weitere Schlüsselfunktionen einrichten, beispielsweise eine Funktion zur ordnungsgemäßen Umsetzung der Qualifizierungsanforderungen an alle im Versicherungsvertrieb unmittelbar oder maßgeblich tätigen Personen (§ 48 Abs. 2a VAG).

Eine weitere Besonderheit ist, dass Versicherungsunternehmen anders als Unternehmen anderer Branchen nur unter einschränkenden Bedingungen eine **Ausgliederung** interner Funktionen (Outsourcing) vornehmen darf (§ 32 VAG). Beispiele sind Ausgliederung von Vertrieb, Schadenregulierung oder Kapitalanlage (Asset Management). Selbst Schlüsselfunktionen können im Einzelfall ausgelagert werden, z. B., wenn ein kleiner Versicherer kein geeignetes Fachpersonal beschäftigen kann. Auch hier steht der Schutz der Versichertenbelange im Vordergrund.

Deshalb muss bei Ausgliederungen sichergestellt werden, dass alle für den Versicherer geltenden Anforderungen auch vom Ausgliederungsdienstleister erfüllt werden. Dazu müssen Auskunfts- und Weisungsrechte sowohl gegenüber dem Versicherer als auch der Versicherungsaufsicht vertraglich vereinbart werden.

Bei der Rechnungslegung und Berichterstattung gibt es weitere Besonderheiten. Versicherungsunternehmen müssen einen **Abschlussprüfer** bestellen, der nicht nur den **Jahresabschluss** des Versicherungsunternehmens prüft und testiert, sondern dazu direkt mit der Aufsichtsbehörde BaFin kommuniziert und den Aufsichtsrat bei der Beurteilung der Finanzlage des Unternehmens berät (§ 35 f. VAG). Neben der allgemeinen Publizitätspflicht im Bundesanzeiger haben Versicherer ihren Jahresabschluss und Lagebericht bei der BaFin einzureichen. Versicherungsunternehmen müssen einen jährlichen **Solvabilitäts- und Finanzbericht (SFCR)** mit kurzer Frist nach Ende des Geschäftsjahres veröffentlichen (§ 40 VAG). Auch bei außerordentlichen Veränderungen, die die Finanzstärke des Versicherers betreffen, können Ad-hoc-Berichte erforderlich werden (§ 42 VAG).

Ein Versicherer muss regelmäßig intern eine Beurteilung der Risiko- und Solvabilitätssituation vornehmen, den **ORSA** (Own Risk and Solvency Assessment, § 27 VAG). Der Begriff entstammt der Säule II der Europäischen Richtlinie Solvency II und zählt als Baustein zum Governance-System. Im ORSA ermittelt der Versicherer seinen Gesamtsolvabilitätsbedarf (GSB), also welches Kapital er benötigt, um dauerhaft seine Verpflichtungen zu erfüllen. Dabei wird das spezifische Risikoprofil des Versicherers berücksichtigt. Weiter werden sog. Wesentlichkeitsgrenzen festgestellt, d. h. ab wann Abweichungen von den Annahmen zum Risikoprofil des Unternehmens beachtlich sind und Auswirkungen auf den Solvabilitätsbedarf haben. Für die Berechnung des Solvabilitätsbedarfs wird entweder (meist) die sog. **Standardformel** angewendet oder aber ein vollständiges oder partielles internes Modell. Mithilfe sog. **Stresstests** wird aufgezeigt, wie stark die Solvabilität des Versicherers leidet, wenn außergewöhnliche Ereignisse wie Naturkatastrophen und andere Großschadensereignisse, Börsencrashes mit Auswirkungen auf die Kapitalanlage, Cyberattacken mit Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs u. a. eintreten. Im Rahmen der noch umzusetzenden Corporate Social Responsibility-Richtlinie (**CSRD**) müssen Versicherer beginnend ab 2024 für das Berichtsjahr 2023 zusätzliche Analysen und Stresstests hinsichtlich von **Nachhaltigkeitsrisiken** durchführen. Das dürfte allerdings nicht immer überschneidungsfrei zum bisherigen ORSA sein, wie das Beispiel von Naturkatastrophen zeigt, die eine Realisierung eines ökologischen Nachhaltigkeitsrisikos darstellen können.

1.1.3 Digitalisierung als zentraler Treiber der Umwelt

Das Geschäftsmodell Versicherungsunternehmen ist in hohem Maß datengetrieben, weil zahlreiche, aber gleichförmige und damit leicht digitalisierbare – also in Nullen und Einsen darstellbare – Informationen anfallen (z. B. Vertrags- und Schadennummern, personengebundene Daten der Kunden, Vertrags- und Schadende-

tails). Selbst kleinere Versicherungsunternehmen erreichen leicht siebenstellige Zahlen an abgeschlossenen Verträgen, die zu verwalten und abzurechnen sind.

Die Versicherungsbranche gehört zu den ersten Branchen überhaupt, die vor rund 100 Jahren eine automatisierte Datenverarbeitung mithilfe zunächst von Lochkartenmaschinen eingeführt hat (Koch 2012, 256). Etwa ab den 1960er Jahren wurden Großrechneranlagen und ab den 1980er/1990er Jahren zusätzlich Personalcomputer eingesetzt, letztere auch in Versicherungsagenturen. Seit den 2000er Jahren setzen sich Internet- sowie Mobilanbindungen durch, mit denen zunächst dezentrale Versicherungsvermittler und zunehmend auch Kunden an Daten des Versicherers angebunden und Datenaustausch ermöglicht werden.

Der Begriff Digitalisierung wird unterschiedlich verwendet. In der Versicherungsbranche steht er für mehr als nur die oben geschilderte, historisch weit fortgeschrittene Automatisierung und Standardisierung von Geschäftsvorfällen und die dabei anfallenden Daten. Eine Ausdrucksform ist beispielsweise die sog. Dunkelverarbeitung, bei der Software die Anträge und Schadenmeldungen anhand von programmierten Routinen und Plausibilitätskontrollen eigenständig prüft und fallabschließend durch Policierung eines Vertrags und Anstoßen einer Beitragsrechnung oder durch Anstoßen einer Regulierungsmitteilung und Schadenauszahlung erledigt. Darüber hinaus bedeutet die Digitalisierung von Dienstleistungen, dass der Kunde befähigt und angereizt wird, Teile der Dienstleistung selbst zu erbringen und dadurch personalintensive Geschäftsvorfälle zu vermeiden, gleichzeitig aber ein Nutzenerlebnis in Gestalt einer sehr schnellen Echtzeitkommunikation und Vorgangserledigung und einer Eigensteuerung hat, die angenehmer als eine Fremdsteuerung durch Versicherungsangestellte und Vermittler ist. Typische Ausdrucksformen dafür sind:

- **Selbstinformation:** Der Kunde informiert sich selbst über Versicherungs- und Vorsorgebedarfe, ggf. angestoßen durch Versicherer, Vermittler und Vergleichsportale oder in sog. Ökosystemen durch andere Anbieter und Dienstleister. Dazu nutzt er Bewertungen und Frage- und Antwort-Portale anderer Nutzer als Entscheidungshilfe.
- **Selbstberatung:** Der Kunde erstellt sich selbst Angebote durch Beantworten automatisierter Antragsfragen, ggf. nutzt er Dialogformate wie den automatisierten Chatbot oder den Live-Chat mit nicht körperlich anwesenden Personen für weitergehende Fragen. Automatisierte Anwendungen unterbreiten Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge zu bestehenden Verträgen.
- **Selbstmanagement:** Der Kunde schließt Versicherungen eigenständig online oder mobil ab, informiert sich über den Stand der Antragsprüfung, verwaltet die Verträge in virtuellen Versicherungsordnern (z.B. Versicherungsordner-App oder Extranetanwendung) oder erstellt Änderungsmitteilungen (z.B. Adress- und Bankverbindungsänderungen). Er teilt seine Erfahrungen mit anderen Nutzern durch mobile bzw. Online-Bewertungen und Einträge in Frage- und Antwort-Portalen.

- Selbstregulierung: Der Kunde meldet eigenständig mobil oder im Internet einen Schaden, beantwortet im automatisierten Dialog Fragen zum Schaden oder informiert sich über den Stand der Regulierungsbearbeitung. Auch diese Erfahrungen werden im Netz bewertet und geteilt.

Das Versicherungsunternehmen kann auf diesem Weg seinen Geschäftsbetrieb kosteneffizienter organisieren und auch neue Geschäftsmodelle (Business Cases) entwickeln und bei Erfolg skalieren, das heißt Skaleneffekte durch massenhafte Verbreitung erreichen. Dabei hilft, dass Internet- und Mobilanwendungen typischerweise zwar eine hohe Entwicklungs- und gewisse laufende Pflegeaufwendungen und damit Fixkosten verursachen, die Grenzkosten für jeden zusätzlichen Nutzer (also Kunden oder Interessenten des Versicherers) dieser Anwendungen fast gleich null sind. Das ist völlig anders als bei personalintensiven Geschäftsvorfällen, die von Versichererangestellten und Vermittlern erledigt werden.

Die zunehmende Digitalisierung vieler Lebens- und Geschäftsbereiche weckt entsprechende Erwartungen bei den Kunden, denen Versicherer gerecht werden müssen. Wenn beispielsweise Onlinehändler seit Jahren erfolgreich papierlose Kaufprozesse organisieren, erscheinen die papierintensiven Abschluss- und Abwicklungsprozesse bei Versicherern (z.B. Policen, Beitragsrechnungen, Schadenkorrespondenz) anachronistisch. Gleichzeitig steigt der Kostendruck im Wettbewerb durch digitale Pioniere unter den Versicherern.

1.2 Das Versicherungsunternehmen und sein Geschäftsmodell

1.2.1 Risikotheoretisches Grundmodell der Versicherung (Grundbegriffe)

Versicherung ist nicht denkbar ohne den Begriff **Risiko**. Risiko meint die Unsicherheit über einen künftigen Zustand. Es besteht ein Informationsdefizit, das sich erst in Zukunft auflösen wird, denn dann weiß man über den dann erreichten Zustand Bescheid.

Dazu ein Beispiel: Ein in einem Flusstal gelegenes Gebäude kann bei einem Hochwasser überschwemmt und zerstört werden. Ob ein derart hohes Hochwasser in Zukunft auftreten wird, ist unsicher. Hat ein solches Hochwasser stattgefunden und ist das Gebäude zerstört, weiß der Gebäudebesitzer Bescheid, dass es dieses Risiko tatsächlich gegeben hat.

Das Risiko realisiert sich im **Schadenereignis**. Im zuvor genannten Beispiel also durch das Auftreten eines zerstörerischen Hochwassers. Das Schadenereignis kann zum einen zu wirtschaftlich **quantifizierbaren Schäden** führen, beispielsweise den Wiederaufbaukosten für das beim Hochwasser zerstörte Gebäude. Solche Schäden sind grundsätzlich **versicherbar**, wobei grundsätzlich bedeutet, dass es Ausnahmen geben kann. Im Beispiel könnte ein zu dicht am Fluss gebautes Gebäude nicht versicherbar sein, weil die **Wahrscheinlichkeit des Schadeneintritts**

sowie das **Ausmaß des Schadens** zu groß sind. Damit sind die beiden entscheidenden Bestimmungsgrößen für eine Versicherbarkeit quantifizierbarer Schäden benannt.

Darüber hinaus gibt es **nicht quantifizierbare Schäden** wie beispielsweise das psychische Leiden des Gebäudebesitzers, dessen Haus beim Hochwasser zerstört wurde. Diese gelten grundsätzlich als **nicht versicherbar**.

Risiken sind allerdings nicht per se schlecht. Sie haben eine Kehrseite, die **Chance**. Der Gebäudebesitzer im obigen Beispiel könnte das Hochwasserrisiko für sein Gebäude nur dadurch vollständig vermeiden, indem er kein Haus baut, und schon gar nicht eines mit schönem Ausblick auf einen Fluss. Risiken sind untrennbar mit den Chancen des Lebens und des Wohlstands verbunden. Sowohl privates Eigentum als auch berufliche und unternehmerische Betätigung wären nicht möglich, würde man die Risiken scheuen.

Nach der Art des Risikos kann man das subjektive und das objektive Risiko unterscheiden. Das **subjektive Risiko** ist unmittelbar von der Einstellung und dem Verhalten einer Person abhängig. Es ist schwer einschätzbar und hat daher Folgen für eine Versicherbarkeit. Die beiden typischen Ausprägungsformen sind:

- **Antiselektion:** Personen mit besonders hoher **Risikoneigung** fühlen sich von der Idee, ihr Risiko auf eine Versicherung zu übertragen, besonders angesprochen, **risikoaverse** (risikoscheue) Kunden dagegen weniger. Wenn im obigen Beispiel nur die direkt am Fluss stehenden Gebäudebesitzer ihre Häuser versichern, alle anderen aber nicht, wird die Deckung der häufigen Schadeneintritte von diesen Häuserbesitzern kaum finanzierbar sein.
- **Moral Hazard** (moralisches Risiko): Hier tritt nach Abschluss einer Versicherung eine Verhaltensveränderung ein, der Versicherte ändert sein Verhalten von risikoavers auf risikofreudig. Beispielsweise könnte der Gebäudebesitzer nach Abschluss der Versicherung auf empfohlene Hochwasserschutzmaßnahmen verzichten, weil er diese angesichts des Versicherungsversprechens als nicht mehr nötig ansieht.

Das **objektive Risiko** dagegen ist bestimmbar, messbar und handhabbar. Es stellt die Grundlage der Kalkulation einer Versicherung dar. Im obigen Beispiel wäre das der Wiederaufbauwert des Gebäudes als ebenso messbarer Wert wie die statische Wahrscheinlichkeit, dass ein in Flussnähe stehendes, aber angemessen gegen Hochwasser geschütztes Gebäude bei einem solchen Hochwasser zerstört wird.

Damit Risiken grundsätzlich versicherbar sind, verwenden Versicherungsunternehmen ein Set an (positiv und proaktiv wirkenden) Anreizen wie an (nachträglich bestrafenden) Sanktionen, um den beiden subjektiven Risiken Antiselektion und Moral Hazard entgegenzuwirken. Auch hierzu jeweils Beispiele:

- Vermeidung von Antiselektion
 - Anreize: Risikogerecht differenzierte Tarife, Rabatte bei Vorschadenfreiheit oder bei Selbstbeteiligung

- Sanktionen: Wartezeiten, Beitragsneufestsetzung und ggf. Leistungsverweigerung bei falschen vorvertraglichen Angaben zum Risiko
- Vermeidung von Moral Hazard
 - Anreize: Schadenfreiheitsrabatt, Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit
 - Sanktionen: Leistungsminderung bei Verletzung vertraglicher Obliegenheiten und von Obliegenheiten im Schadensfall

Versicherungen bedeuten aber nicht nur, dass Individuen ihr Risiko auf ein Versicherungsunternehmen übertragen, um eine finanzielle Überforderung bei Schadeneintritt zu vermeiden und in einen gleichmäßigen, kalkulierbaren Versicherungsbeitrag umzuwandeln. Zusätzlich leisten Versicherungen einen Risikoausgleich durch die Bündelung vieler gleichartiger Einzelrisiken. Dabei gilt das sog. »**Gesetz der großen Zahl**«, das heißt, der Risikoausgleich funktioniert umso besser, je mehr Risiken in einem Risikokollektiv vereint werden. Denn die einzelnen Schadeneintrittswahrscheinlichkeiten gleichen sich untereinander zunehmend aus. Neben der reinen Anzahl ist die zeitliche Verteilung von Schadeneintritten entscheidend. Deshalb spricht die wohl bekannteste Definition der Versicherung beide Aspekte des Risikoausgleichs an, das Kollektiv und die Zeit: »Versicherung ist die Deckung eines im Einzelnen ungewissen, insgesamt geschätzten Mittelbedarfs auf der Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv und in der Zeit« (Farny 2011, 8).

1.2.2 Das Versicherungsgeschäft/ die Wertschöpfung des Versicherungsunternehmens

Versicherungsunternehmen organisieren den im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Risikoausgleich im Kollektiv und in der Zeit, das **Risikogeschäft**. Ziel ist dabei eine Rendite auf das eingesetzte Eigenkapital des Versicherers zu erwirtschaften, um je nach Rechtsform entweder den Aktionären eine Dividende zahlen oder beim VVaG eine Stärkung des Eigenkapitals und damit künftig verbesserte Leistungen für die Mitglieder zu erreichen.

In der Lebens- und in der nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherung (Verträge mit Alterungsrückstellungen, zwingend in der substitutiven, wahlweise in der ergänzenden Krankenversicherung) wird auch ein **Spar- und Entspargeschäft** betrieben. Der Kunde leistet über die Risikoprämie hinaus einen Sparbeitrag, der vom Versicherer kollektiv, also für alle Versicherten (eines Tarifs, einer Alterskohorte) gemeinsam, angelegt wird. Der Kunde erwirbt einen individuellen Leistungsanspruch, der aus der kollektiven Anlage befriedigt wird (z. B. eine Kapitalauszahlung oder Rente in der Lebensversicherung oder eine Beitragsminderung im Alter in der Krankenversicherung).

Ziel ist, eine angemessene Rendite für die Versicherten zu erzielen, aber auch einen Anteil der Rendite für die Anteilseigner Aktionäre oder Mitglieder zu erreichen. Diese Anteile sind in der Lebensversicherung gesetzlich begrenzt. Mindest-