

Kernpunkte des Gesamtverbandes der
Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)
zur Reform
des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

- für die Anhörung im Rechtsausschuss
am 28. März 2007 –

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
1. Reglementierung der Überschussbeteiligung / Bewertungsreserven.....	7
1.1 Einführung.....	7
1.2 Vorschlag der Bundesregierung.....	7
1.3 Position der Versicherungswirtschaft	7
1.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft.....	10
2. Rückkaufswert in der Lebensversicherung.....	11
2.1 Einführung.....	11
2.2 Vorschlag der Bundesregierung.....	11
2.3 Position der Versicherungswirtschaft	11
2.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft.....	18
3. Neue Regelungen zur Haftpflichtversicherung	19
3.1 Einführung.....	19
3.2 Vorschlag der Bundesregierung.....	19
3.3 Position der Versicherungswirtschaft	20
3.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft.....	23
4. Abschaffung des Policenmodells	25
4.1 Einführung.....	25
4.2 Vorschlag der Bundesregierung.....	25
4.3 Position der Versicherungswirtschaft	26
4.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft.....	27
5. Einschränkung der Sanktionierung von vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen	29
5.1 Einführung.....	29
5.2 Vorschlag der Bundesregierung.....	29
5.3 Position der Versicherungswirtschaft	30
5.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft.....	31
6. Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten	33
6.1 Einführung.....	33
6.2 Vorschlag der Bundesregierung.....	33
6.3 Position der Versicherungswirtschaft	34
6.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft.....	35

Einleitung

Die Bundesregierung hat am 11. Oktober 2006 einen Gesetzentwurf zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vorgelegt. Grundlage dafür ist der Referentenentwurf vom März 2006, zu dem der GDV bereits Stellung genommen hat.

Das Versicherungsvertragsrecht, das die Vertragsbeziehungen zwischen den Versicherungsunternehmen und ihren Kunden regelt, ist für die Versicherungswirtschaft und ihre Kunden von zentraler Bedeutung. Die Versicherungswirtschaft bekennt sich zu einer Modernisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungsnehmern und Versicherungsunternehmen.

Gleichwohl gibt der vorgelegte Reformvorschlag der Bundesregierung Anlass zur Kritik. Die wesentlichen Anmerkungen der Versicherungswirtschaft zu dem Gesetzentwurf werden in dieser Broschüre zusammengestellt und erläutert.

Die Anmerkungen zu einzelnen Regelungskomplexen werden vor allem von den Zielen getragen,

- in der Lebensversicherung zu einem fairen Interessenausgleich zwischen den Belangen der Gesamtheit der Versicherten und den Interessen einzelner Versicherungsnehmer zu kommen,
- unnützen bürokratischen Aufwand zu vermeiden und
- an verschiedenen Stellen - vor allem in den Regelungen, die die Schaden- und Unfallversicherung betreffen - , Änderungen vorzuschlagen, damit die Regelungen in der Praxis auch umsetzbar sind,
- die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts im Rahmen der Neuregelung der Datenerhebung zu berücksichtigen.

Berlin, den 21. März 2007

1. Reglementierung der Überschussbeteiligung / Bewertungsreserven

1.1 Einführung

Lebensversicherungsunternehmen verfolgen eine langfristige Kapitalanlagepolitik und bauen in Zeiten sich günstig entwickelnder Kapitalmärkte Risikopuffer auf, die in Zeiten ungünstiger Kapitalmärkte zur Glättung und Stützung der Überschussbeteiligung verwendet werden. Sie tun dies, um die einmal gegebenen, vertraglich garantierten Leistungsversprechen tatsächlich erfüllen zu können. Vorhandene Puffer liegen somit im Interesse der Versicherten, denn sie dienen zwingend dazu, Kapitalmarkt-schocks abzufedern. Müssen Puffer aufgelöst werden, können auch keine Risiken mehr übernommen werden.

Dies ist im Gesetzentwurf der Bundesregierung im Grundsatz – wie zuvor auch in den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts – auch anerkannt worden.

1.2 Vorschlag der Bundesregierung

Der Regierungsentwurf sieht vor, dass der Versicherer sämtliche Bewertungsreserven jährlich neu zu ermitteln und nach einem verursachungsorientierten Verfahren jedem Lebensversicherungsvertrag rechnerisch zuzuordnen hat. Bei Beendigung des Vertrags soll der für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag zur Hälfte zugeteilt und an den Versicherungsnehmer ausgezahlt werden. Dies soll auch für Bewertungsreserven aus festverzinslichen Anlagen gelten.

1.3 Position der Versicherungswirtschaft

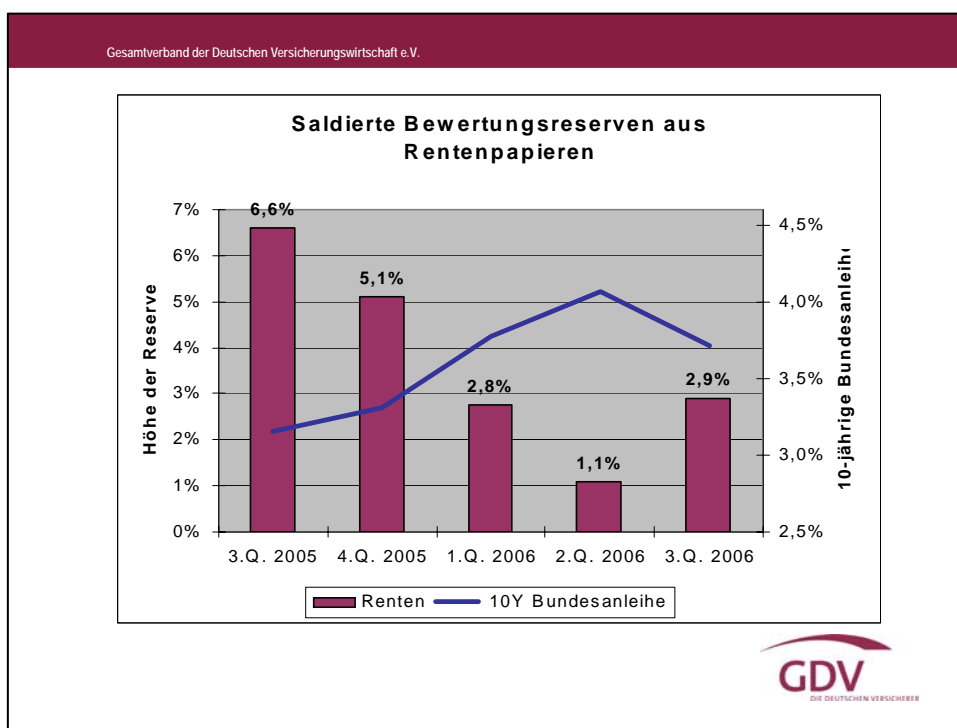
Festverzinsliche Anlagen stellen aktuell mit einem Anteil von über 80 % an den gesamten Kapitalanlagen das Gros der Aktivseite der Bilanz von Lebensversicherern dar. Die Reserven aus festverzinslichen Anlagen (technisch auch als „Renten“ bezeichnet) sind in Abhängigkeit des Zinsniveaus starken Schwankungen unterworfen. **Reserven aus festverzinslichen Papieren lösen sich über die Laufzeit der Anlagen von selbst auf, da sie zu 100 % des Nennwerts rückzahlbar sind.**

Bei einem Zinsrückgang steigen die Marktwerte von festverzinslichen Anlagen an. Nur in einer solchen Situation können Bewertungsreserven bei diesen Anlagen entstehen. Soll der Versicherungsnehmer an diesen Reserven zur Hälfte beteiligt werden, muss das Versicherungsunternehmen die Reserven durch Verkauf realisieren. Das Problem: Der Versicherer kann die freigewordenen Mittel nur zu einem nunmehr geringeren Zins wieder anlegen. Dieser geringere Zinssatz erlaubt es dem Versicherer dann gegebenenfalls nicht, den versprochenen Garantiezinssatz darzustellen. Die durchschnittliche Garantieverzinsung des Versicherungsbestandes bei Lebensversicherern liegt ge-

genwärtig bei 3,5 %. Es reicht somit nicht, wenn das Versicherungsunternehmen nur den aktuellen Rechnungszins (2,75 %) erwirtschaftet.

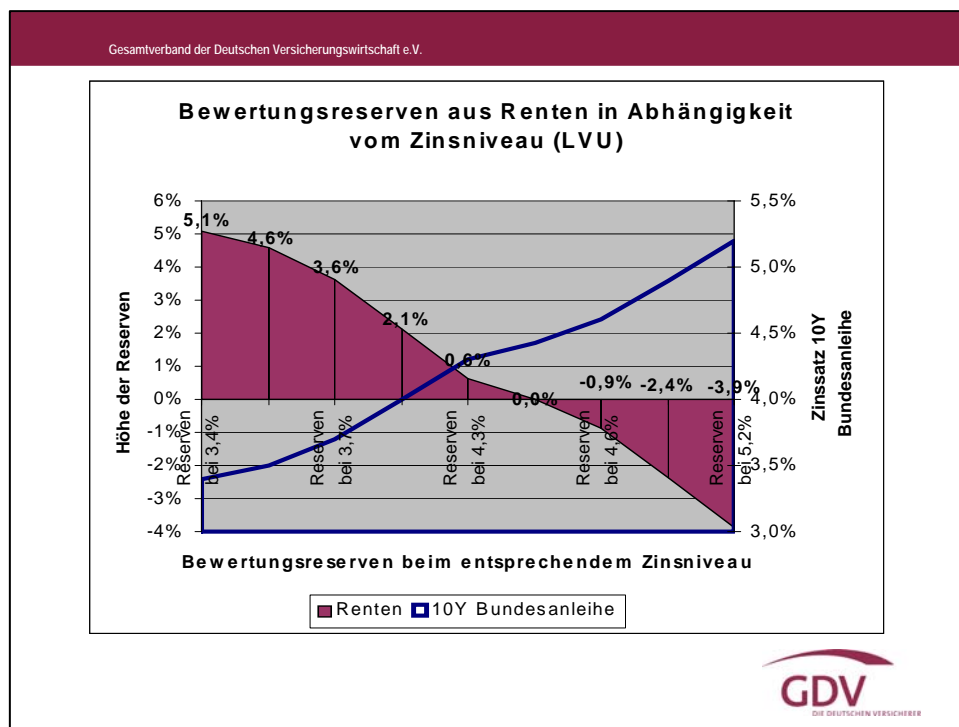
Auch der Regierungsentwurf hat anerkannt, dass aufsichtsrechtliche Anforderungen zu berücksichtigen sind. In der Begründung werden diese jedoch auf § 53 VAG beschränkt. Somit greifen diese Einschränkungen der Zuteilung erst dann, wenn sich die Versicherungsunternehmen in gravierenden finanziellen Schwierigkeiten befinden. Ein Verteilungsstopp muss daher erheblich früher eintreten.

Es ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass sich Zinsanstiege während der Laufzeit eines Vertrages erheblich auf den Wert der Portfolios der Lebensversicherer auswirken. Dies zeigen auch die Zinssteigerungen der vergangenen Quartale: Durch den Zinsanstieg an den Kapitalmärkten sind die Reserven der deutschen Lebensversicherer gemessen an der Summe der Kapitalanlagen bei festverzinslichen Anlagen von 6,6 % (Stand 30.09.2005) auf 1,1 % (Stand 30.06.2006) deutlich gesunken. Aktuell ist wieder ein Anstieg der Rentenreserven zu beobachten:



Wie sich die Bewertungsreserven aus festverzinslichen Anlagen aller deutschen Lebensversicherer in Abhängigkeit des Zinsumfeldes entwickeln könnten, illustriert nachfolgende Abbildung. Hervorzuheben ist insbesondere, dass es bei steigenden Zinsen sogar zu stillen Lasten (geringere Marktwerte als Buchwerte) bei festverzinslichen Anlagen kommen kann. Deshalb sind vorhandene Risikopuffer in Zeiten abnehmender oder volatiler Kapitalmärkte von besonderem Interesse der Versicherten. Müssen die

Puffer aufgelöst werden, verändert/verschlechtert sich die Risikotragfähigkeit des Versicherungsunternehmens.



Das in dem Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren, den Versicherten jährlich sämtliche Bewertungsreserven rechnerisch zuzuordnen, vernachlässigt darüber hinaus die gängige Praxis, dass die Versicherungsnehmer schon gegenwärtig an den Reserven auf festverzinsliche Titel partizipieren: Denn Bewertungsreserven aus Rententiteln lösen sich im Zeitablauf spätestens aber bei Fälligkeit auf und kommen den Versicherungsnehmern spätestens zu diesem Zeitpunkt ohnehin zugute.

Werden gegenwärtig Bewertungsreserven aus Kapitalanlagen realisiert, so sind die Versicherungsnehmer daran zu mindestens 90 % zu beteiligen (sog. 90-10-Regelung). Entstehen Bewertungsreserven speziell aus Rentenanlagen infolge verringerter Kapitalmarktzinsen und erfolgt demgegenüber keine vorzeitige Realisierung, so partizipieren die Versicherungsnehmer an der höheren Verzinsung der Rentenanlagen. Werden die jeweiligen Rentenanlagen bis zur Endfälligkeit gehalten, so existieren dann keine Bewertungsreserven mehr. Der Marktwertanstieg stellt somit lediglich ein Korrektiv gegenüber der Zinskomponente dar.

Somit werden Versicherungsnehmer bereits heute an den Reserven aus festverzinslichen Anlagen beteiligt. Da die durchschnittliche Laufzeit der Versicherungsverträge zudem deutlich über der mittleren Laufzeit der festverzinslichen Anlagen liegt, profitieren alle Versicherungsnehmer von einer sich laufend wiederholenden Auflösung

etwaiger Reserven aus Rententiteln. Den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts wird daher umfassend Rechnung getragen.

Deshalb ist es nicht nur nicht erforderlich, die Versicherungsnehmer zusätzlich an den Bewertungsreserven aus festverzinslichen Anlagen zu beteiligen; die Regelung würde auch den Interessen der Gesamtheit der Versicherungsnehmer widersprechen, da zu einem falschen Zeitpunkt ein Verkaufsdruck auf die Unternehmen ausgeübt würde. Vielmehr sollten unterschiedliche Kapitalanlagen entsprechend ihres individuellen Charakters bewertet und verteilt werden.

Heute noch nicht absehbar ist, wie sich das oben skizzierte Verfahren der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den laufenden Überschüssen (90-10-Regelung) mit dem künftigen System der hälftigen Beteiligung der abgehenden Versicherten an den Bewertungsreserven (50-50-Regelung) vereinbaren lässt. Nicht sachgerecht ist, dass diejenigen Reserven, die aus vorzeitiger Auflösung von Kapitalanlagen zum Zweck der hälftigen Beteiligung der Versicherungsnehmer frei werden, dann auch in das 90-10-System Eingang finden. Dann müssten weitaus mehr Reserven realisiert werden als abgehende Kunden bekämen.

1.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft

Um eine angemessene Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven zu gewährleisten, gleichzeitig aber die Risikotragfähigkeit der Unternehmen im Interesse der Kunden zu erhalten, schlägt der GDV folgende Änderung vor:

a) § 153 wird wie folgt gefasst:

aa) In Absatz 1 werden nach dem Wort „steht“ die Worte „bei der kapitalbildenden Lebensversicherung“ eingefügt. Nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt: „Dies gilt nicht für Zusatzversicherungen“.

bb) In Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Bewertungsreserven aus festverzinslichen Anlagen und aus Absicherungsinstrumenten werden berücksichtigt, soweit sie fällig sind“. In Satz 4 werden die Worte „zur Kapitalausstattung“ gestrichen.

2. Rückkaufswert in der Lebensversicherung

2.1 Einführung

Der Rückkaufswert bezeichnet den Geldbetrag, den ein Versicherungsnehmer bei vorzeitiger Beendigung einer kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherung von seinem Versicherungsunternehmen erhält.

In der Vergangenheit gab es oft Kritik an der Höhe der Rückkaufswerte bei einem Storno **in den ersten Vertragsjahren**. Die Rückkaufswertgestaltung war auch mehrfach Gegenstand in Urteilen – zuletzt im Urteil des Bundesgerichtshofes vom 12. Oktober 2005. Die im Regierungsentwurf vorgesehene, an der Riesterrente orientierte Regelung zur Erhöhung der Rückkaufswerte in den ersten Vertragsjahren löst dieses Problem und wird von der Versicherungswirtschaft unterstützt.

Demgegenüber lehnt die Versicherungswirtschaft die Rückwirkung der neuen Rückkaufswertregelungen auf bestehende Verträge ab. Darüber hinaus besteht Klarstellungsbedarf für eine mögliche Anpassung der Rückkaufswerte bei Gefährdung der Belange der Versicherten.

2.2 Vorschlag der Bundesregierung

Der Regierungsentwurf sieht vor, dass der Rückkaufswert im Falle einer Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer herabgesetzt werden kann. Darüber hinaus bestimmt der Entwurf, dass die Neuregelung der Rückkaufswerte einschließlich so genannter Mindestrückkaufswerte auch für bestehende Verträge ab dem 1. Januar 2008 gelten soll. Begründet wird dies mit dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12. Oktober 2005 und dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15. Februar 2006.

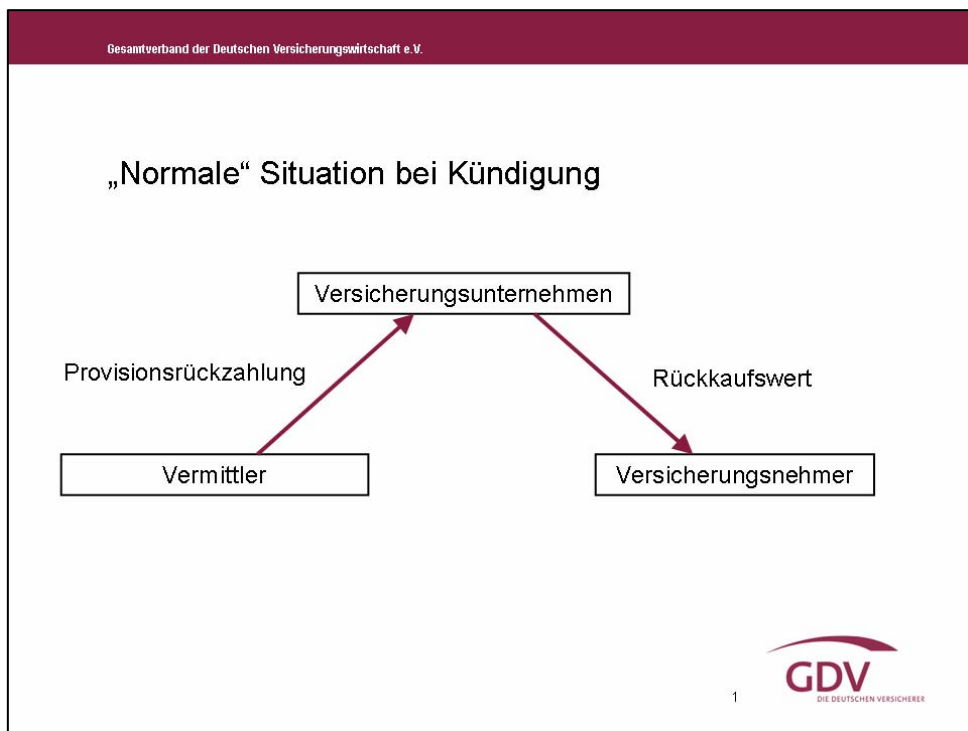
2.3 Position der Versicherungswirtschaft

Keine Rückwirkung der Rückkaufswertregelung

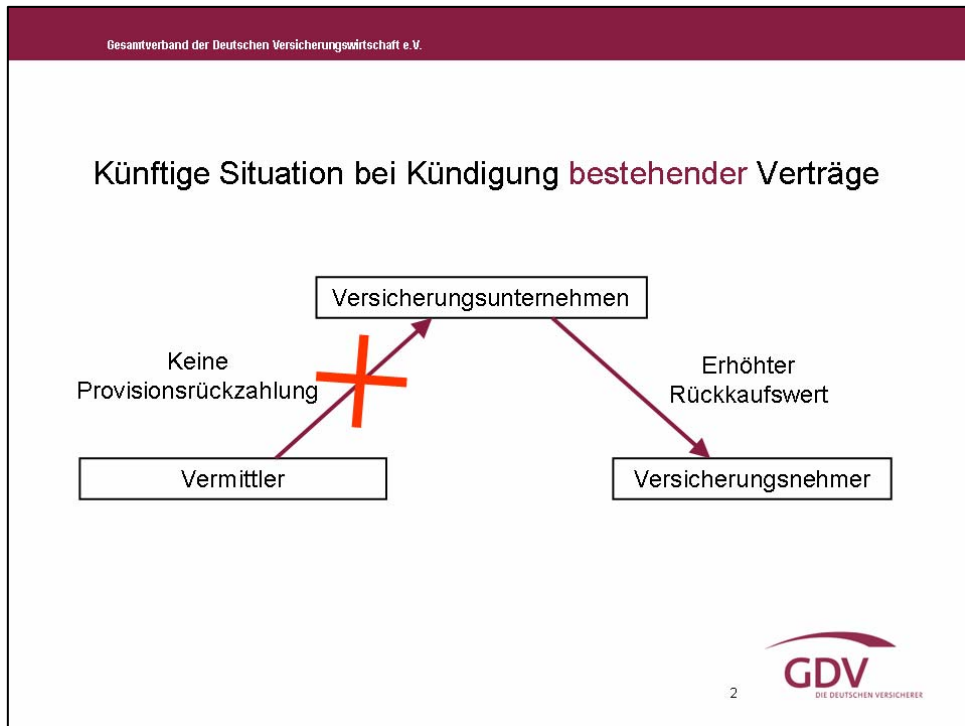
Die im Regierungsentwurf im Unterschied zum Referentenentwurf enthaltene Rückwirkung der Regelung auf alle bestehenden Verträge ist nicht sachgerecht. Noch im Referentenentwurf vom 13. März 2006 wurden die Rückkaufswertregelungen explizit ausgenommen. In der Begründung wurde dazu ausgeführt: *„Die Neuregelung der Rückkaufswerte greift in die Rechnungsgrundlage der Versicherer ein und kann daher nicht rückwirkend auf die bei ihrem Inkrafttreten bestehenden Lebensversicherungen erstreckt werden. Für diese Versicherungsverhältnisse muss insoweit auch nach dem 31.12.2008 das bisherige Recht gelten.“*

Die Beurteilung im Referentenentwurf ist zutreffend. Eine rückwirkende Anwendung der Regelung über den Rückkaufswert begegnet massiven rechtlichen und wirtschaftlichen Bedenken. Damit würde nachträglich rückwirkend in Sachverhalte eingegriffen, die in der Vergangenheit liegen. Entscheidend ist, dass die Kalkulation dieser Verträge bereits abgeschlossen ist und auf der Grundlage des bisher geltenden Rechts vorgenommen wurde. Das Unternehmen musste bei der Kalkulation davon ausgehen, dass **keine** Verteilung der Abschlusskosten auf 5 Jahre erfolgt. Auf dieser Basis sind in den vergangenen Abrechnungsperioden die Überschüsse den Verträgen verbindlich zugewiesen worden. Hinzu kommt, dass die Provisionen, die im Hinblick auf diese Verträge mit Versicherungsvermittlern vereinbart worden sind, längst ausbezahlt worden sind. Eine nachträgliche Anpassung der Vermittlerverträge (Verlängerung der Stornohaftzeit) ist nicht möglich. Durch die geplante Neuregelung wird rückwirkend die gemäß § 11 Versicherungsaufsichtsgesetz geforderte auskömmliche Beitragskalkulation außer Kraft gesetzt.

Durch eine Änderung der Verträge mit den Vermittlern wird es für die Unternehmen zukünftig möglich sein, über Provisionsrückforderungen einen Teil der durch Auszahlung des Rückkaufswertes entstehenden Verluste auszugleichen (vgl. Grafik).



Durch eine Rückwirkung der Neuregelungen wäre den Unternehmen der Weg einer Provisionsrückforderung in angemessener Höhe jedoch, wie oben geschildert, verwehrt (vgl. Grafik).



Eine Rechtfertigung der Rückwirkung lässt sich weder aus den Entscheidungen des BGH noch des BVerfG herleiten: Der BGH entschied in seinem Urteil vom 12. Oktober 2005 über die Wirksamkeit einer Klauselersetzung und nicht über die Berechnungsgrundlagen für den Rückkaufswert. Die mit dem Urteil erfolgte Vorgabe für die Berechnung des Rückkaufswerts diente lediglich der Schließung der Vertragslücke, die durch die Unwirksamkeit der Klausel entstand. Die Entscheidung betraf Verträge, die zwischen 1994 und 2001 geschlossen wurden. Seit 2001 wird eine neue, transparente Klausel verwendet. Verträge die seither geschlossen wurden sind deshalb nicht von dem Urteil betroffen. Auch der Beschluss des BVerfG vom 15. Februar 2005 liefert keine Begründung für eine rückwirkende Neuregelung.

Die Neuregelung führt zu einem Schaden für bestehende Verträge, da nicht mehr gewährleistet ist, dass die Summe aus Rückkaufswert und Provision kleiner ist als die Summe der gezahlten Beiträge. Dass dies zum Nachteil bestehender Verträge ausgenutzt werden kann, zeigt folgendes Beispiel:

Gezillmerter Versicherungsvertrag, männlicher VN, 30 Jahre alt, Laufzeit 35 Jahre, Jahresbeitrag 1.000 €, marktübliche Kostensätze

Provision = 4 % der Beitragssumme =	1.400 €
Rückkaufswert nach 2 Jahren =	1.100 €
Provision + Rückkaufswert =	2.500 €
Beitragssumme nach 2 Jahren =	2.000 €

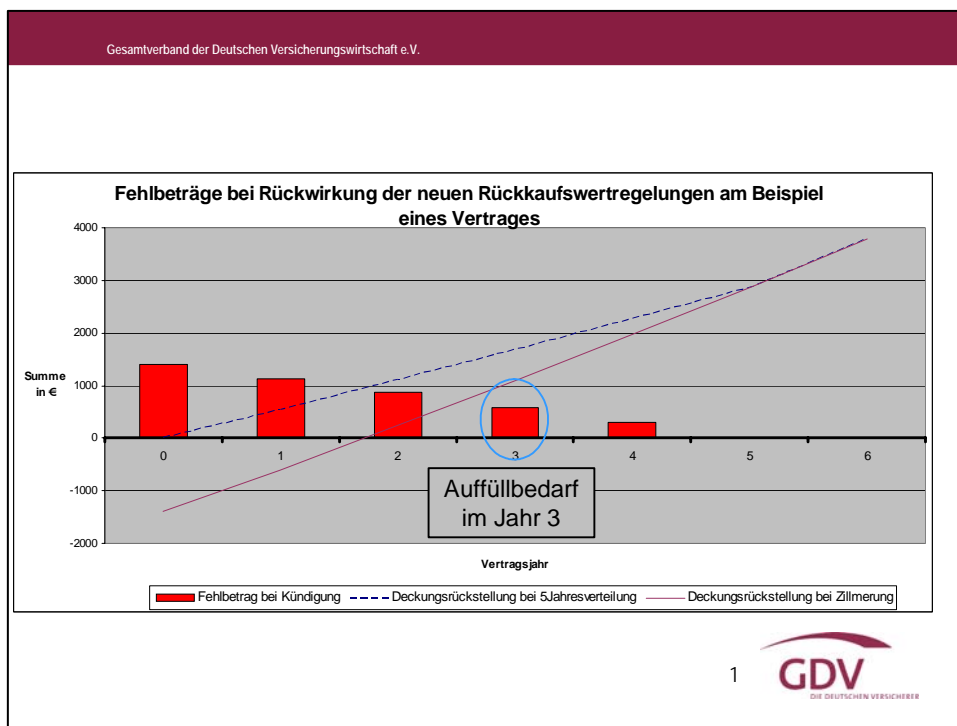
Arbeiten Versicherungsnehmer und Vermittler zusammen, so können sie bei einer Kündigung zum Ende des zweiten Jahres einen Arbitragegewinn von

$$2.500 \text{ €} - 2.000 \text{ €} = \mathbf{500 \text{ €}}$$

erzielen, da die Provision bereits zu Vertragsbeginn gezahlt wurde und nicht mehr zurückgefordert werden kann.

Betrugsfälle aus der Vergangenheit zeigen, dass dies nicht nur eine theoretische Gefahr ist. Die Aufsicht ordnete deshalb 1993 in einem Rundschreiben an, dass die Summe aus Rückkaufswert und Provision kleiner als die Summe der gezahlten Beiträge sein muss. (R 2/93 des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen)

Für die Versicherungsunternehmen entstände schließlich bei einer Rückwirkung ein enormer zusätzlicher Bedarf an Kapital, Personal und EDV. Betrachtet man wieder den Vertrag aus dem obigen Beispiel, so ergeben sich in den ersten Vertragsjahren jeweils die in der folgenden Grafik dargestellten Fehlbeträge.



Betrachtet man die Auswirkungen auf die gesamte Branche, so würden allein durch höhere Auszahlungen an stornierende Kunden rund 1-1,5 Mrd. € fällig. Durch die notwendig werdende Anpassung der Deckungsrückstellung würde ein zusätzlicher Aufwand von ca. 10 Mrd. € entstehen. Der Gesamtaufwand betrüge über 11 Mrd. € und erreichte damit fast die Größenordnung des Gesamtüberschusses (Jahresüberschuss und RfB-Zuführung) der Branche von 14 Mrd. € im Jahr 2005. Die Eigenmittelquote für

die Branche würde sich von fast 197 % auf rund 150 % verschlechtern. Für einzelne Unternehmen wäre eine Schieflage nicht auszuschließen. Diese massive Belastung würde zu einer unangemessenen Umverteilung innerhalb der Versichertengemeinschaft führen und begegnet daher verfassungsrechtlichen Bedenken.

Auch im Rahmen einer Änderung des österreichischen VVG wurde – analog zu der in Deutschland vorgesehenen Regelung – im Neugeschäft bei der Berechnung des Rückkaufswertes eine Fünf-Jahresverteilung der Abschlusskosten vorgeschrieben. Im Gegensatz zum Gesetzentwurf der deutschen Bundesregierung wurden dabei im österreichischen VVG die bestehenden Verträge nicht einbezogen.

Die aktuellen Rückkaufswertregelungen müssen daher, wie im Referentenentwurf vom 13. März 2006 vorgesehen, für bestehende Verträge unangetastet bleiben.

Anpassung der Rückkaufswerte

Der Regierungsentwurf zur Reform des VVG lässt eine befristete Herabsetzung des Rückkaufswerts im Einzelfall zu, wenn die Belange der Versicherten gefährdet sind.

Die Gesetzesformulierung ist im Punkt der Rückkaufswertanpassung widersprüchlich. Auch die Begründung trägt nicht zur Klärung bei. Einerseits wird darauf verwiesen, dass verhindert werden soll, Kapitalanlagen zur „Unzeit, d. h. in einer ungünstigen Marktlage unter Verlusten“ veräußern zu müssen. Dies kann schon bei bestimmten Kapitalmarktszenarien der Fall sein. Andererseits wird die Gefährdung der Erfüllbarkeit der Verträge als Kriterium festgelegt. Dies beschränkt die Möglichkeit zur Korrektur beim Rückkaufswert auf existenzbedrohende Ausnahmefälle. Durch diese Widersprüche sind bereits jetzt Rechtsstreitigkeiten absehbar, so dass trotz Wegfalls des (im Referentenentwurf vorgesehenen) Treuhänderverfahrens eine Absenkung nicht schnell genug durchführbar sein könnte. Ferner besteht die Gefahr, dass rückwirkend über Gerichtsurteile in bereits abgewickelte Fälle eingegriffen wird. Eine Präzisierung im Rahmen einer Rechtsverordnung ist deshalb die geeignete Lösung, um Abhilfe zu schaffen. Darin wäre (mindestens) festzulegen, dass im Fall eines starken Zinsanstiegs eine Marktadjustierung erfolgen kann. Gleichzeitig wäre damit eine verbesserte Transparenz erreicht.

Die Belastung des verbleibenden Bestands kann selbst bei moderaten Zinsanstiegen erhebliche Ausmaße annehmen (vgl. Beispiel unten). Auf der anderen Seite droht nicht in jedem Fall eine Insolvenz, so dass die Anpassungsmöglichkeit gemäß der jetzigen Regelung im Regierungsentwurf nicht zwingend greift. Hier könnte also die Forderung des BVerfG verletzt werden, dass den Versicherten die durch die Prämienzahlungen bei dem Unternehmen geschaffenen Vermögenswerte erhalten bleiben müssen. Zudem betrachtet das BVerfG nur (positive) Bewertungsreserven, da stille Lasten im Rahmen der bisherigen Zeitwertregelung berücksichtigt werden durften. Durch den Übergang auf einen am Deckungskapital orientierten Rückkaufswert wird die Gefahr

des Verlusts von Vermögenswerten deutlich verschärft. Des Weiteren hat das BVerfG darauf hingewiesen, dass nicht ausschließlich das Interesse eines einzelnen Versicherten oder gar das Interesse eines aus dem Versicherungsverhältnis Ausscheidenden zählt, denn dies „widerspricht dem für das Versicherungsrecht typischen Grundgedanken einer Risikogemeinschaft und damit des Ausgleichs der verschiedenen, weder im Zeitablauf noch hinsichtlich des Gegenstands stets identischen Interessen der Beteiligten“ (BvR 80/95).

Im Übrigen werden ähnliche Schutzvorkehrungen bei Versicherungsprodukten im Ausland (beispielsweise Großbritannien und USA) angewendet. Da in § 169 Abs. 3 RegE VVG eine Ausnahmeregelung für EWR-Anbieter vorgesehen ist, hätte eine fehlende Präzisierung eine Benachteiligung der inländischen Unternehmen zur Folge.

Abschließend soll die Notwendigkeit einer Anpassung im Fall eines Zinsanstiegs von lediglich 1 % an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:¹

Zwei identische Versicherungsverträge gegen Einmalbeitrag von 100.000 €

Laufzeit 10 Jahre

Ablaufleistung 140.000 € (= 100.000 € + 10 x 4 % von 100.000 €)

Bedeckung durch Bundesanleihen (10 Jahre Laufzeit, Zinscoupon von 4 % jährlich)

„normaler“ Verlauf:

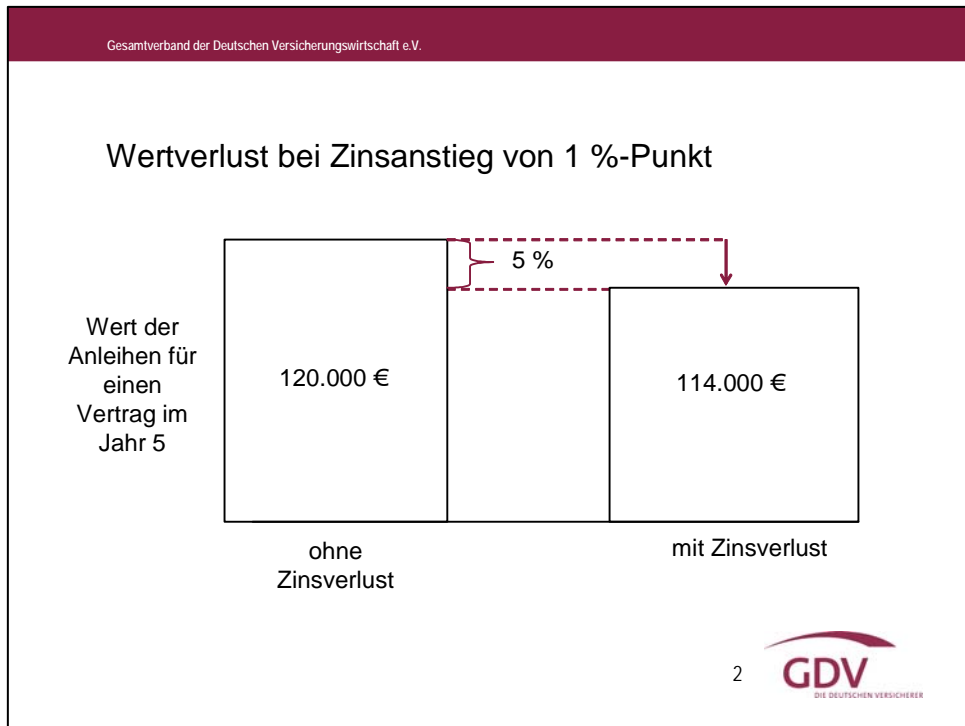
Anleihewert Ende des 5. Jahres = 120.000 € (= 100.000 € + 5 x 4 % von 100.000 €)

Anstieg Marktzins um 1 %-Punkt:

Wertverlust der Anleihe von 5 % (5 % von 120.000 € = 6.000 €), d. h.

Wert der Anleihe = 114.000 € (= 120.000 € - 6.000 €)

1 Kosten, Biometrie und Zinseszins werden vernachlässigt.



Wäre eine Kündigung ohne Kapitalmarktadjustierung möglich, könnte ein Versicherungsnehmer durch Kündigung gegen die Versichertengemeinschaft spekulieren, in dem er den ausgezahlten Betrag von 120.000 € zu dem aktuellen (1 %-Punkt höheren) Zins anlegt. Der Fehlbetrag von 6.000 € - der Verkaufserlös beträgt 114.000 €; ausgezahlt werden aber 120.000 € - ginge zu Lasten des verbleibenden Vertrages.

Das Beispiel zeigt, dass das Abstellen auf eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der Leistungsversprechen – faktisch die drohende Insolvenz eines Versicherungsunternehmens – zu spät greift und zu einer Ungleichbehandlung der Versicherungsnehmer verschiedener Unternehmen bei identischer Kapitalmarktsituation führen kann. Denn erlaubt würde eine Änderung erst dann, wenn dem Versicherungsunternehmen anderenfalls eine Notlage droht. Gar keine oder eine zu späte Korrektur der Rückkaufswerte motiviert so zur Spekulation gegen die Versichertengemeinschaft und ist unvereinbar mit der Volatilität der Kapitalmärkte. Vernachlässigt wird bei einer solchen Interpretation wiederum der Schutz der in der Gemeinschaft verbleibenden Versicherten. Die Korrekturmöglichkeit muss deshalb vorher ansetzen, damit eine solche Notlage gar nicht erst entsteht. Es muss also bereits die Gefährdung der Interessen der in der Gemeinschaft verbleibenden Versicherten als auslösender Faktor genügen.

2.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft

Die Rückwirkung der Neuregelung der Rückkaufswerte für bestehende Verträge ist ersatzlos zu streichen.

Eine mögliche Anpassung der Rückkaufswerte im Falle der Gefährdung der Belange der Versicherten ist durch eine Rechtsverordnung zu präzisieren. Hierzu bedarf es folgender Änderungen:

a) Artikel 2 Nr. 2 Artikel 4 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Auf Altverträge über eine Lebensversicherung sind auch nach dem 31. Dezember 2008 an Stelle der §§ 165, 166 und 169 des Versicherungsvertragsgesetzes die §§ 174 bis 176 und 178 Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung anzuwenden. Bei der Anwendung des § 152 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes bestimmt sich der Rückkaufswert nach § 176 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung.“

b) In § 165 Abs. 2 wird die Angabe „bis 5“ durch „Satz 2 und 3 und Abs. 4“ ersetzt.

c) § 169 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Rückkaufswert ist der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Marktwert der Verpflichtungen. Bei einer Kündigung des Versicherungsverhältnisses ist der Rückkaufswert jedoch mindestens der Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Bei einer Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren ist der Verteilungszeitraum entsprechend zu verkürzen. Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung die Methode zur Bestimmung der für die Berechnung des Marktwertes der Verpflichtungen maßgeblichen Grundlagen festzulegen. Der Rückkaufswert ist im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben und ebenso das Ausmaß, in dem er garantiert ist.“

bb) Absatz 4 entfällt.

cc) In Absatz 5 wird die Angabe „oder 4“ gestrichen.

dd) Absatz 6 entfällt.

ee) In Absatz 7 Satz 1 wird jeweils die Angabe „bis 6“ durch „und 4“ ersetzt.

3. Neue Regelungen zur Haftpflichtversicherung

3.1 Einführung

Wer als Schädiger einer anderen Person (Geschädigter) einen Schaden zufügt, haftet für den entstandenen Schaden in voller Höhe. Hat der Schädiger eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen, stellt diese ihn im Rahmen des Versicherungsvertrages von den Ansprüchen des Geschädigten frei, indem sie unbegründete Ansprüche abwehrt und begründete bezahlt. Der genaue Umfang der Haftpflichtversicherung wird durch so genannte Risiko- oder Deckungsbegrenzungen (z. B. Ausschlüsse, Nachhaftungsregelungen etc.) definiert. Diese Risikobegrenzungen sind erforderlich, weil ein Haftpflichtversicherer eine Gefahr (z. B. aus der Ausübung eines Berufes) nicht unbegrenzt übernehmen kann.

Ein direkter Anspruch des Geschädigten gegen den Versicherer (sog Direktanspruch) besteht bisher nur bei der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung, bei allen anderen Haftpflichtversicherungen nicht. Der Geschädigte und der Haftpflichtversicherer haben also keine Rechtsbeziehung. Eine solche besteht nur zwischen dem Geschädigten und dem Schädiger (Haftungsverhältnis) einerseits und dem Schädiger (Versicherungsnehmer) und dem Haftpflichtversicherer (Deckungsverhältnis) andererseits. Dies gilt auch im Bereich der so genannten Pflicht-Haftpflichtversicherungen. Hierbei handelt es sich um gesetzlich reglementierte Versicherungen, die dem betroffenen Adressatenkreis eine Versicherungspflicht vorschreiben (bspw. für Architekten, Rechtsanwälte, Hundehalter etc.). In diesen Fällen wird z. B. die Ausübung des Berufes von dem Nachweis einer Haftpflichtversicherung abhängig gemacht. Im Rahmen der Pflicht-Haftpflichtversicherungen ist aufgrund mangelnder Regelung in den konkreten Pflichtversicherungsgesetzen nach derzeitiger Rechtslage oft unklar, welche Risikobegrenzungen im Verhältnis zu dem Geschädigten zulässig sind.

Da dieser Umstand bislang aber in der Rechtsbeziehung zwischen dem Geschädigten und dem Schädiger keine Relevanz hat, ist es bisher der Versicherungswirtschaft insbesondere gemeinsam mit der versicherungsnehmenden Wirtschaft stets gelungen, trotz der unklaren Rechtslage für beide Seiten sinnvolle und interessengerechte Versicherungsumfänge zu vereinbaren.

3.2 Vorschlag der Bundesregierung

Die Bundesregierung plant zum einen die Einführung eines Direktanspruches des Geschädigten gegen den Haftpflichtversicherer im Rahmen von Pflicht-Haftpflichtversicherungen. Unterläuft bspw. einem Rechtsanwalt bei der Vertretung eines Mandanten ein Fehler, soll sich der Mandant künftig direkt an den Versicherer des Rechtsanwaltes wenden können. Zum anderen will der Regierungsentwurf die in der Einleitung

(3.1) beschriebenen Schwierigkeiten damit lösen, dass in § 114 Abs. 2 VVG-E der Versuch einer Klarstellung der Zulässigkeit von Risikobegrenzungen unternommen wird.

3.3 Position der Versicherungswirtschaft

Direktanspruch und fehlende Klarheit der Zulässigkeit von Risikobegrenzungen bei Pflichtversicherungen

Mit Ausnahme der Kfz-Haftpflichtversicherung ist die Zulässigkeit von Risikobegrenzungen in den über 100 bundes- und landesrechtlichen Pflichtversicherungsregelungen gesetzlich nicht eindeutig geregelt. Überwiegend regeln diese Vorschriften nur die Höhe der zu vereinbarenden Mindestversicherungssumme (z. B. § 2 EBHaftpflichtV für Eisenbahnunternehmen) oder verlangen lediglich eine „angemessene“ oder „ausreichende“ (z. B. § 7a Abs. 1 Niedersächsisches Architektengesetz) Versicherung. Vereinzelt sind einzelne Risikobegrenzungen (z. B. Serienschaden-Klauseln) ausdrücklich als zulässig erwähnt. Welche Risikobegrenzungen im Einzelfall (darüber hinaus) zulässig sind, ist allerdings nicht geregelt. Damit bestehen nach derzeitiger Gesetzeslage erhebliche Rechtsunsicherheiten darüber, in welchem Umfang Deckungsbegrenzungen bei Pflicht-Haftpflichtversicherungen zulässig sind.

Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Klarstellung wird in dem Regierungsentwurf (§ 114 Abs. 2 VVG-E) grundsätzlich anerkannt, allerdings verfehlt er die erforderliche Klarstellung. Denn die viel zu unbestimmte Formulierung, dass der „Zweck der Pflichtversicherung nicht gefährdet“ werden dürfe, schränkt die Zulässigkeit von Deckungsbegrenzungen zu sehr ein. Da grundsätzlich jede Deckungsbegrenzung naturgemäß den Deckungsumfang einschränkt, eine Pflichtversicherung aber insbesondere dem Opferschutz dienen soll, könnte jegliche Deckungsbegrenzung als zweckgefährdend angesehen werden. Darüber hinaus ist es fraglich, ob ein Bundesgesetz überhaupt Regelungen zur Auslegung der entsprechenden landesrechtlichen Regelungen treffen kann.

Dem entsprechend hat auch der Bundesrat angeregt, dass marktübliche Risikobegrenzungen auch weiterhin zulässig sein müssen. In diesem Zusammenhang hat das BMJ eingeräumt, dass es sich bei § 114 Abs. 2 VVG-E um eine „Notlösung“ handelt (vgl. Niederschrift über die Sitzung des Rechtsausschusses des BR vom 08.11.2006).

Durch die nunmehr beabsichtigte Einführung eines Direktanspruchs des Geschädigten gegen den Versicherer wird die Rechtsunsicherheit aber künftig im Außenverhältnis zwischen Versicherer und Geschädigtem relevant: Sofern die zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbarten Risikobegrenzungen dem Geschädigten im Außenverhältnis nicht entgegengehalten werden dürfen, wäre der Versicherer dem Geschädigten **ohne jede Einschränkung und im Extremfall ohne Begrenzung der Höhe nach** zum Schadenersatz verpflichtet. Dieses Verpflichtung bestünde entgegen

den vertraglich mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Risikobegrenzungen und ohne in den Versicherungsbeiträgen berücksichtigt worden zu sein. Der Versicherer könnte anschließend im Innenverhältnis allenfalls den Versicherungsnehmer in dem Maße in Regress nehmen, in dem der geleistete Schadenersatz den vereinbarten Deckungsumfang überschreitet.

Insbesondere bei jenen Kundensegmenten, die ein erhebliches Großschadenpotenzial aufweisen oder durch Spätschäden geprägt sind (z. B. Haftpflichtdeckungen beratender Berufe), wären eine erhebliche Verteuerung des Versicherungsschutzes oder sogar Deckungsnotstände zu erwarten. Beispielsweise betrifft dies den Bereich der Architektenhaftpflichtversicherung: Angesichts der Ungewissheit, ob die Versicherer die verauslagten Zahlungen tatsächlich zurückfordern könnten, wären bei Wegfall sämtlicher Deckungsbegrenzungen nach einer ersten Schätzung **2,5-fach höhere Beiträge** erforderlich. Nach Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) würde dies zu einem Rückgang der Beschäftigten in dem Sektor um **10 %** führen und könnte bedeuten, dass **ca. 12.000 Architekten ihre Tätigkeit einstellen müssten**, weil die Zahlung für das gesetzlich vorgeschriebene einheitlich hohe Deckungsniveau ihre finanziellen Leistungsfähigkeit übersteigen würde.

Ferner würde die Versichertengemeinschaft mit Schadenersatzzahlungen für erfüllungsnahen Tatbestände belastet werden, die bislang nicht in eine Haftpflichtdeckung einbezogen waren. Dieses gilt z. B. für die Überschreitung von Fristen und Terminen oder Massen- und Kostenberechnungen, die in Architektenhaftpflichtversicherungsverträgen regelmäßig ausgeschlossen werden. Denn bei einer umfassenden Versicherung auch dieser Tatbestände bestünde die Gefahr, dass einzelne Versicherungsunternehmen im Wettbewerb weit reichende Leistungszusagen treffen und die Folgen dieser Zusagen im Schadenfall später auf die Versichertengemeinschaft abwälzen.

Auf die Einführung des Direktanspruches muss daher angesichts der unklaren Rechtslage verzichtet werden. Ein Direktanspruch wäre allenfalls in extremen Ausnahmefällen, in denen eine Inanspruchnahme des Schädigers wegen Tod oder Insolvenz nicht mehr möglich ist, vertretbar. Darüber hinaus müssten die bestehenden gesetzlichen Pflichtversicherungsregelungen überprüft und erforderlichenfalls im Hinblick auf die Regelung in § 114 Abs. 2 VVG-E nachgebessert werden. § 114 Abs. 2 VVG-E muss außerdem auf die Zulässigkeit von marktüblichen Risikobegrenzungen abstellen.

Die Einführung des Direktanspruches widerspricht in vielen Fällen schließlich unmittelbar den schutzwürdigen Interessen der Versicherungsnehmer. Heute gelingt es den streitenden Parteien in der Praxis häufig, sich bereits intern über zu Unrecht geltend gemachte oder überzogene vertragliche oder deliktische Ansprüche zu verständigen und eine für beide Seiten befriedigende Lösung zu finden. Demgegenüber würde die Neuregelung in vielen Fällen zu einer übereilten Einschaltung des Versicherers führen mit der Folge, dass der Versicherer auch bei unbegründeten Ansprüchen zunächst Schadenreserven anlegt und dass weitere Bearbeitungskosten entstehen, die den kon-

kreten Versicherungsvertrag bzw. die Versichertengemeinschaft belasten und den künftigen Versicherungsschutz verteuern.

Anerkenntnis des Versicherungsnehmers / Abtretbarkeit des Freistellungsanspruchs

Ein wesentlicher Inhalt des Haftpflichtversicherungsvertrags ist auch das so genannte Anerkenntnis- und Befriedigungsverbot, das der umfassenden Wahrnehmung der Interessen des Versicherungsnehmers durch den Versicherer dient. Hierbei geht es darum, dass der Versicherungsnehmer von sich aus einen an ihn gerichteten Anspruch weder anerkennen noch zahlen soll, um dem Versicherer die Möglichkeit zu geben, unberechtigte Ansprüche zugunsten des Versicherten abzuwehren.

Der Regierungsentwurf sieht vor, dass der Versicherungsnehmer den Anspruch eines Geschädigten künftig befriedigen oder anerkennen darf. Weiterhin soll eine Abtretung des Anspruches des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer auf Zahlung des Schadens oder auf Abwehr unbegründeter Ansprüche an einen Dritten (Freistellungsanspruch) nicht mehr durch allgemeine Versicherungsbedingungen ausgeschlossen werden können.

Die beabsichtigten Gesetzesänderungen sollen den Versicherungsnehmer schützen. Tatsächlich beseitigen sie aber die zugunsten des Versicherungsnehmers bestehende Warn- und Schutzfunktion des bekannten Anerkenntnis- und Befriedigungsverbots und erreichen damit genau das Gegenteil: Die Neuregelungen werden dazu führen, dass insbesondere rechtsunkundige Verbraucher tatsächlich gar nicht bestehende Ansprüche übereilt anerkennen oder sogar befriedigen. Die dadurch verursachten finanziellen Schäden müssen sie dann selber tragen. Denn auch nach dem Willen der Bundesregierung soll der Versicherer den Versicherungsnehmer im Interesse der Versichertengemeinschaft nur von berechtigten und versicherten Ansprüchen freistellen. Diese allerdings kann der rechtsunkundige Verbraucher in der Regel nicht ermessen. Nachfolgendes Beispiel mag dies verdeutlichen.

Beispiel:

Das sechsjährige Kind begleitet seine Mutter beim Einkauf und zerstört im Kaufhaus aus Unachtsamkeit eine teure Vase. Eine Aufsichtspflichtverletzung der Mutter liegt nicht vor, gleichwohl erkennt die Mutter den tatsächlich nicht bestehenden Anspruch an. Das Kaufhaus verlangt aufgrund des Anerkenntnisses der Mutter den Ersatz der Vase. Sie muss selbst Ersatz leisten.

Dieses Beispiel zeigt, dass es nicht im Sinne des Gesetzgebers sein kann, mit der Vertragsrechtsreform den gutgläubigen Versicherungsnehmer ohne Not in ein unberechtigtes Anerkenntnis laufen zu lassen. Zumal bereits nach geltendem Recht gerechtfertigte Haftungsanerkennnisse möglich und deckungsunschädlich sind.

Ein weiteres Beispiel:

Ein mittelständischer Schraubenhersteller (Versicherungsnehmer) liefert seine Spezialprodukte an einen Automobilhersteller. Er tut dies in einem Umfang, der ihn wirtschaftlich von diesem abhängig macht. Im Bereich der Automobilwirtschaft ist diese Fallkonstellation gängige Praxis. Nach Einbau in die Lenksysteme und Auslieferung der Fahrzeuge kommt es bei manchen Autos einer bestimmten Fertigungsserie zu ungenauem Lenkverhalten. Die Ursache hierfür ist zunächst unklar. Infrage kommen u. U. fehlerhaft hergestellte Schrauben, fehlerhafter Einbau durch den Automobilhersteller oder andere Fehlerquellen im Verantwortungsbereich des Automobilherstellers. Zur Sicherheit werden alle Kfz der Fertigungsserie zurückgerufen.

Der Versicherungsnehmer sieht sich aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen, den vermeintlichen Regressanspruch des Automobilherstellers wegen angeblich fehlerhaft produzierter Schrauben anzuerkennen, woraufhin die Schadenbeseitigungen umgehend durchgeführt werden. Der Haftpflichtversicherer hat dann keine Chance, die Schadenursache durch einen unabhängigen Gutachter feststellen zu lassen, um eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme im Interesse der Versichertengemeinschaft abwehren zu können.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass die Neuregelungen die Position des Versicherungsnehmers nicht etwa stärken, sondern gegenüber dem Schädiger empfindlich schwächen. Darüber hinaus sind bereits nach geltendem Recht gerechtfertigte Haftungsanerkennnisse und Verfügungen über den Freistellungsanspruch im Einzelfall zulässig.

3.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft

Zur Umsetzung des GDV-Vorschlags sind folgende Änderungen veranlasst:

a) § 105 wird wie folgt gefasst: „Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Befriedigung oder die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.“

b) § 108 Abs. 2 und § 115 werden gestrichen.

4. Abschaffung des Policenmodells

4.1 Einführung

Das Policenmodell stellt in der Versicherungswirtschaft das gängige Verfahren beim Abschluss eines Versicherungsvertrages dar: Dabei erhält der Versicherungskunde vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags vom Versicherungsunternehmen noch nicht die Verbraucherinformationen oder die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), weil ihm diese Unterlagen erst zusammen mit dem Versicherungsschein (Police) übersandt werden.

Nach dem Policenmodell gilt der Versicherungsvertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der AVB und der maßgeblichen Verbraucherinformationen erst dann als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 14 Tagen – in der Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen – nach Überlassung der Unterlagen schriftlich von seinem Widerspruchs- bzw. Widerrufsrecht Gebrauch macht.

Das Policenmodell wird von den meisten Versicherungsunternehmen gegenüber dem verwaltungstechnisch aufwändigeren Antragsverfahren bevorzugt.

4.2 Vorschlag der Bundesregierung

Der Regierungsentwurf zur Reform des VVG sieht ebenso wie der Referentenentwurf des BMJ vor, dieses Verfahren abzuschaffen. Stattdessen hat der Versicherer dem Versicherungskunden „rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung“ die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformation auszuhändigen. Der Versicherungsnehmer soll auf die Aushändigung sämtlicher Unterlagen nur durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten können.

Die grundsätzliche Abschaffung des Policenmodells wird mit Gründen des Verbraucherschutzes gerechtfertigt: Demnach solle dem Versicherungskunden Gelegenheit gegeben werden, sich vor Abgabe seiner Vertragserklärung ein Bild von dem Vertrag machen zu können.

Außerdem werden Zweifel an der europarechtlichen Zulässigkeit des Policenmodells angemeldet (u. a. mit Hinweis auf ein Vertragsverletzungsverfahren im Zusammenhang mit der Lebensversicherungsrichtlinie).

4.3 Position der Versicherungswirtschaft

Informationen über Kerndaten des Vertrags

Für den Versicherten ist es entscheidend, dass er rechtzeitig vor Abschluss eines Vertrages alle wesentlichen Kerndaten eines Versicherungsangebotes in übersichtlicher, transparenter und vergleichbarer Form erhält. Die Aushändigung der AVB und ggf. weiterer Merkblätter führen nicht zwingend zu einer optimalen und fundierten Information des Kunden. Anders ausgedrückt – mit den Worten des Versicherungsombudsmanns: „Ein Optimum an Informiertheit (wird) nicht durch ein Maximum an Informationsmaterial erreicht“.

Sinnvoller wäre deshalb, dem Kunden ein detailliertes Informationsblatt auszuhändigen, auf dem die wesentlichen Kerninformationen zu dem Vertrag zusammengefasst sind. Dabei ist dem unterschiedlichen Informationsbedarf der Versicherten und der Komplexität der jeweiligen Versicherungsprodukte Rechnung zu tragen.

Im Übrigen lässt sich das Policenmodell in der Praxis kostengünstig handhaben und stellt sicher, dass der Versicherungsnehmer alle Informationen lückenlos erhält.

Keine europarechtlichen Bedenken

Europarechtliche Gründe für die Abschaffung des Policenmodells bestehen nicht. Deshalb hat auch die unabhängige Expertenkommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts eine Abschaffung des Policenmodells nicht vorgesehen. Das europäische Richtlinienrecht sieht eine Information vor Vertragsschluss bzw. rechtzeitig vor Bindung des Kunden vor. Hingegen ist dem Richtlinienrecht keine Vorgabe bezüglich der Ausgestaltung des Vertragsschlusses zu entnehmen.

Entscheidend ist also, dass der Versicherungsnehmer die Informationen vor Vertragsschluss bzw. vor Eintritt einer Bindung erhält. Diesem Erfordernis wird mit dem Policenmodell Rechnung getragen. Denn eine Bindung tritt hier erst nach Ablauf der Widerspruchs- /Widerrufsfrist ein. Insofern der Versicherungsnehmer sämtliche Informationen mit der Police erhält, ist eine rechtzeitige Information im Sinne der Richtlinienvorgaben sichergestellt, da die Widerspruchs- /Widerrufsfrist erst mit diesem Zeitpunkt zu laufen beginnt.

Selbst wenn der EuGH mit der EU-Kommission davon ausgehen sollte, dass die europarechtlich vorgegebenen Informationen vor der Entscheidung des Versicherungsnehmers über den Vertragsschluss geliefert werden müssen, zwingt dies nicht zu einer Abschaffung des Policenmodells. Es muss lediglich sichergestellt sein, dass die in den Richtlinien vorgeschriebenen Informationen rechtzeitig geliefert werden.

4.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft schlägt eine größere Transparenz für den Verbraucher vor Vertragsabschluss vor. Geregelt werden sollte, dem Kunden mit dem Antrag ein Informationsschreiben auszuhändigen, das alle wesentlichen Vertragsdaten enthält. Umfang und Inhalt der Information sollten in der geplanten Informationsverordnung festgelegt werden.

Im Zentrum steht dabei ein Produktinformationsblatt, das die wesentlichen Informationen über den Vertrag beinhaltet, die Komponenten des Produktes ausweist und insbesondere die Abschluss- und Vertriebskosten in einer vergleichbaren Form darstellt. Das Produktblatt zielt darauf ab, dem Versicherungskunden das Preis-Leistungsverhältnis des Produktes transparent zu machen.

Weiterhin sollte geregelt werden, dass dem Versicherungsnehmer die Vertragsbestimmungen wie bisher mitgeteilt werden müssen, *bevor* er an seine Willenserklärung gebunden ist. Damit hätte der Versicherungsnehmer alle relevanten Informationen und Vertragsbestimmungen lange bevor er sich endgültig an den Vertrag bindet. Zudem würde hiermit eine 1:1-Umsetzung der Versicherungs-Richtlinien sichergestellt.

Folgende Änderungen sind hierzu notwendig:

- a) In § 7 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung seine“ durch folgende Worte ersetzt: „..., bevor dieser an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung gebunden ist, bei Fernabsatzverträgen rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung“.
- b) In § 8 Abs.1 wird folgender Satz angefügt: „Vor diesem Zeitpunkt ist der Versicherungsnehmer an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nicht gebunden.“

5. Einschränkung der Sanktionierung von vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen

5.1 Einführung

Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist eine gesetzliche Obliegenheit des Antragsstellers (Versicherungsnehmers) zur Anzeige aller ihm bekannten, für die Übernahme der Gefahr erheblichen Umstände. Das Versicherungsprinzip kann nur funktionieren, wenn auf beiden Vertragsseiten in Bezug auf das zu versichernde Risiko ein gleicher Informationsstand vorliegt. Dem Ziel, diesen gleichen Informationsstand herzustellen, dient die Pflicht zur vorvertraglichen Anzeige gefahrerheblicher Umstände.

Nur wenn der Versicherer das zu versichernde Risiko kennt, kann er es bewerten (Risikoprüfung). Das Versicherungsunternehmen kann diese notwendige Kenntnis aber nur erlangen, wenn der Versicherungskunde die bei der Beantragung einer Versicherung gestellten Fragen sehr sorgfältig beantwortet.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht stellt eine Geschäftsgrundlage des Versicherungsvertrages dar. Deshalb muss dem Antragssteller die Notwendigkeit einer sorgfältigen Beantwortung durch wirksame zivilrechtliche Sanktionen vor Augen geführt werden.

5.2 Vorschlag der Bundesregierung

Der Regierungsentwurf sieht nun eine Abschaffung des so genannten Alles-oder-Nichts-Prinzip vor. Danach soll eine einfache fahrlässige Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers nicht mehr zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen und grob fahrlässige Pflichtverletzungen nur zu einer bloßen Kürzung des Leistungsanspruches um einen bestimmten, dem Verschuldungsgrad angemessenen Prozentsatz.

Im Zuge der Abschaffung des sog. Alles-oder-Nichts-Prinzips ist auch eine Einschränkung der Sanktionierung von vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzungen vorgesehen. Die Anzeigepflicht soll künftig nur noch bis zur Abgabe der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung und nur in Bezug auf nachgefragte Gefahrumstände bestehen.

Der Versicherer soll darüber hinaus den Beweis führen müssen, dass die entsprechenden Gefahrumstände wirklich erheblich sind. Die einfache Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers soll keine Gegenrechte des Versicherers mehr rechtfertigen.

Schließlich kommt hinzu, dass Sanktionen ausgeschlossen sein sollen, wenn der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen worden wäre (Kausalitätserfordernis), wenn auch zu anderen Bedingungen. Im Regierungsentwurf ist im Gegensatz zum Referentenentwurf diesbezüglich nicht einmal mehr eine Aus-

nahme für den Fall vorgesehen, dass der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt hat. Schließlich sollen fünf Jahre (bei Vorsatz: zehn Jahre) nach Vertragsschluss keine Sanktionen mehr getroffen werden können.

5.3 Position der Versicherungswirtschaft

Störung des Informationsgleichgewichts

Der Reformansatz ist nachvollziehbar, der Gedanke des Schutzes des einzelnen Versicherungsnehmers wird jedoch überbetont. Die vorgesehenen Restriktionen führen dazu, dass das Informationsgleichgewicht zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer gefährdet wird. Die Regelung, dass bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht selbst dann kein Rücktrittsrecht besteht, wenn das Unternehmen den Vertrag auch bei Kenntnis des nicht angezeigten Umstands (ggf. zu anderen Bedingungen) geschlossen hätte, begünstigt Nachlässigkeiten bei der Erfüllung der Anzeigepflicht. Das Versicherungsprinzip aber kann nur funktionieren, wenn auf beiden Vertragsseiten in Bezug auf das Risiko ein gleicher Informationsstand vorliegt. Diesen herzustellen dient die vorvertragliche Anzeigepflicht gefahrerheblicher Umstände.

Gefährdung der Berufsunfähigkeitsversicherung

Die vorgesehene Regelung der Ausschlussfrist lehnt die Versicherungswirtschaft ab. Der Zeitraum von fünf Jahren ist zu kurz bemessen. Bei bestimmten Versicherungen wie etwa der Lebens- und dort insbesondere der Berufsunfähigkeitsversicherung führt sie dazu, dass Pflichtverstöße praktisch nicht mehr sanktioniert werden könnten. Deshalb dürften derartige gesetzliche Regelungen nicht ohne Konsequenzen für das Produktangebot und die Produktgestaltung bleiben: Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen wird sich die Frage beschränkter Laufzeiten stellen; Verlängerungen wären dann nur noch nach erneuter Risikoprüfung möglich. Ein wirksamer Berufsunfähigkeitschutz wäre gefährdet. Damit würde sich der eigentlich intendierte Verbraucherschutz in sein Gegenteil verkehren.

5.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft

Hierzu werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

a) § 19 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 4 wird wie folgt gefasst: „Das Kündigungsrecht des Versicherers nach Absatz 3 Satz 2 ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.“

bb) In Absatz 6 wird die Angabe „10“ durch die Angabe „20“ ersetzt.

b) In § 21 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt. „Für die Lebensversicherung gilt dies auch bei grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung.“

6. Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten

6.1 Einführung

Für die Versicherungswirtschaft ist der Umgang mit personenbezogenen Daten unverzichtbar. Ohne diese Daten kann das Versicherungsgeschäft nicht betrieben werden. Personenbezogene Daten werden beispielsweise erhoben, verarbeitet und genutzt für die Einschätzung des zu versichernden Risikos, zur Klärung von Ansprüchen aus einem Versicherungsverhältnis, zur Beratung und Betreuung, zur Rückversicherung sowie auch zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch. Im Rahmen dieser unterschiedlichsten Datenverwendungsprozesse spielen gerade für Unfall-, Lebens-, Kranken-, Haftpflicht- und Rückversicherer Gesundheitsdaten eine außerordentlich wichtige Rolle. Da gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz für die Verwendung besonderer Arten personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten zählen, in aller Regel die Einwilligung der betroffenen Person erforderlich ist, holt die Versicherungswirtschaft diese üblicherweise bereits bei Antragsstellung ein.

Neben dem Bundesdatenschutzgesetz schützt das Strafrecht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung jedes Einzelnen. Gemäß § 203 Strafgesetzbuch (StGB) ist das unbefugte Offenbaren eines fremden Geheimnisses unter Strafe gestellt. Nach § 203 Abs. 1 StGB ist es z. B. Ärzten, Psychologen, Rechtsanwälten, Eheberatern, Sozialarbeitern sowie Angehörigen von privaten Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern nur gestattet über zum persönlichen Lebensbereich gehörende Geheimnisse, die ihnen anvertraut oder die ihnen sonst bekannt geworden sind, nach Entbindung von der Schweigepflicht Auskunft zu geben. Um ein unbefugtes Offenbaren von Geheimnissen zu verhindern, ist es übliche Praxis, dass vor allem private Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, ergänzend zur datenschutzrechtlichen Einwilligung auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung einholen. Nur mit Hilfe dieser Schweigepflichtentbindung ist es für den Versicherer möglich, im Rahmen des Notwendigen Informationen von den von § 203 StGB erfassten Geheimnisträgern erhalten zu können. Bei der Haftpflichtversicherung ergibt sich die Besonderheit, dass im Leistungsfall der Anspruchsteller nicht der versicherten Person entspricht. Dies bedingt, dass zur Leistungsregulierung z. B. eines Personenschadens von der geschädigten Person eine Schweigepflichtentbindung eingeholt wird.

6.2 Vorschlag der Bundesregierung

Der Regierungsentwurf sieht vor, die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer bei Dritten nur noch unter drei kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen zuzulassen, nämlich: 1. Die Kenntnis der Daten muss für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich sein, 2. die Daten werden bei einer der in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 StGB genannten Person erhoben,

und 3. die betroffene Person hat im Einzelfall ihre Einwilligung nach § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erteilt.

6.3 Position der Versicherungswirtschaft

Mit dem BDSG, ergänzt durch § 203 StGB, besteht ein Rechtsrahmen, der es dem Versicherungsnehmer (der versicherten bzw. der geschädigten Person) ermöglicht, auf transparenter Grundlage über die Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu entscheiden. Ein darüber hinausgehendes Bedürfnis für ein in Europa einmaliges datenschutzrechtliches Sonderregime zur Erhebung von Gesundheitsdaten durch die Versicherungswirtschaft bei Dritten ist nicht ersichtlich. Dies macht auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23.10.2006 (Az. 1 BVR 2027/02) deutlich, die einige Zweifelsfragen im Zusammenhang mit der Nutzung von Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärungen klärt sowie wichtige Hinweise zur Ausgestaltung dieser Klauseln liefert.

Das Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass keine verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen, wenn die Versicherungswirtschaft weiterhin nicht auf den Einzelfall bezogene Schweigepflichtentbindungs-/Einwilligungserklärungen einholt, um Gesundheitsdaten erheben zu können. Sicherzustellen ist nur, dass der betroffenen Person denkbare Entscheidungsalternativen eröffnet werden, die ihr nicht nur die Wahl lassen, die vorgelegte Klausel zu unterschreiben. Als Alternative bzw. in Ergänzung könnte das Versicherungsunternehmen - so das BVerfG - z. B. im Zusammenhang mit einer Mitteilung, welche Informationserhebungen beabsichtigt sind, dem Versicherten die Möglichkeit zur Beschaffung der Informationen oder jedenfalls ein Widerspruchsrecht einräumen. Auch könnte die befragte Stelle gebeten werden, die relevanten Informationen dem Versicherten zur Weiterleitung an den Versicherer zur Verfügung zu stellen.

Weder ausdrücklich noch beiläufig formuliert das Gericht hingegen einen Auftrag an den Gesetzgeber, die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu ändern oder zu ergänzen. Verdeutlicht wird vielmehr, dass die heutigen Vorschriften sowohl dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Betroffenen als auch dem Informations- und Offenbarungsinteresse des Versicherers im Hinblick auf seine Berufsausübungsfreiheit gerecht werden.

Der vorgesehene Entwurf des § 213 VVG-E schränkt demgegenüber schon das Recht der betroffenen Personen auf informationelle Selbstbestimmung grundlos erheblich ein. Ganz im Gegensatz zu den mit § 213 VVG-E einhergehenden Restriktionen darf eine betroffene Person gemäß Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz nicht nur frei entscheiden, einen Versicherer für eine unbestimmte Zahl von Einzelfällen einen Zugang zu ihren Daten zu gewähren. Ebenso frei ist sie auch, dem Versicherer die Wahl der Datenerhebungsquellen zu überlassen. Würde § 213 VVG-E entsprechend dem Regierungsentwurf umgesetzt, ergäbe sich die fragliche Folge, dass selbst bei Vorliegen einer schrift-

lichen Einwilligung der betroffenen Person, sich beispielsweise ein Versicherer bei der Regulierung eines Personenschadens nicht mehr direkt an den gegnerischen Haftpflichtversicherer wenden könnte. Ebenso dürfte ein Versicherer sich nicht mit seinem Rückversicherer über Gesundheitsdaten austauschen, auch wenn eine Einwilligung vorliegen sollte. Keine Auskünfte könnten ferner etwa von Krankenhausträgern und Sozialversicherungsträgern mehr eingeholt werden, da all diese Datenerhebungsquellen von § 213 VVG-E ausgenommen sind. Eine zentralisierte Datenverarbeitung im Konzern im Rahmen von Aufgabenübertragungen würde ebenso unmöglich gemacht, da die Vertragsverwaltung als zulässiger Zweck von § 213 VVG-E nicht berücksichtigt wird. Selbst gesetzlich geregelte Erlaubnistatbestände zur Erhebung von Gesundheitsdaten (z. B. § 28 Abs. 6 Ziffer 1 bis 4 BDSG) liefen künftig leer, da § 213 VVG-E keine Öffnungsklausel enthält.

Kaum vermittelbar dürfte sein, dass sich die betroffene Person in den wenigen verbleibenden Datenerhebungsfällen künftig gleich dreifach erklären müsste. Sie hätte nicht nur die Erhebung von Gesundheitsdaten im Einzelfall zu legitimieren, sie müsste zusätzlich auch eine Schweigepflichtentbindung erklären. Diese wäre nötig, da § 213 VVG-E bisher – entgegen der in der Gesetzesbegründung formulierten Intention – keinerlei Aussage trifft, dass mit der erklärten Einwilligung zur Datenerhebung auch die Datenquelle im Hinblick auf § 203 StGB von ihrer Schweigepflicht entbunden ist, die Daten also offenbaren darf. Hinzu kommt schließlich, dass die betroffene Person dann aber noch die Verarbeitung und Nutzung der Gesundheitsdaten wegen § 28 BDSG legitimieren müsste. § 213 VVG-E regelt nur die Datenerhebung, also die Beschaffung der Daten.

Die vorgesehene Regelung geht damit nicht nur an den Bedürfnissen der betroffenen Personen vorbei, sie konterkariert die auf einen Abbau bürokratischer Hürden zielende Grundausrichtung der Regierungspolitik und erschwert gleichzeitig der Versicherungswirtschaft die planmäßige, effektive und kostengünstige Ausübung des Geschäftsbetriebs. Das Versicherungsverhältnis zwischen Versicherer und betroffener Person würde nachhaltig gestört, da künftig die Leistungsregulierung erheblich verzögert, wenn nicht gar unmöglich gemacht wird.

6.4 Vorschlag der Versicherungswirtschaft

Wenn überhaupt datenschutzrechtliche Fragestellungen im Versicherungsvertragsrecht geregelt werden sollen, so sollte dies nur dann geschehen, wenn den Bedürfnissen der betroffenen Personen und denen der Versicherungsunternehmen umfassend Rechnung getragen wird. Dies setzt insbesondere die Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen voraus, die das Bundesverfassungsgericht mit seiner Entscheidung vom 23.10.2006 spezifiziert hat. Der derzeitige Vorschlag wird dem nicht gerecht. Statt dessen ist folgende Änderung indiziert:

§ 213 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer bei Dritten sowie die Verarbeitung und Nutzung ist neben den gesetzlich geregelten Erlaubnistatbeständen auch zulässig, soweit

a) die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Missbrauchs-, Betrugsbekämpfung, zur Vertragsverwaltung oder der Leistungsregulierung sowie zur Rückversicherung erforderlich ist und

b) die betroffene Person bei Vertragsschluss oder im Leistungsfall gemäß § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes hierin eingewilligt hat. Eine Einwilligung, die eine unbestimmte Zahl von Einzelfällen umfasst, ist zulässig, soweit der betroffenen Person eine angemessene und einzelfallbezogene Alternative zur Ausübung ihres informationellen Selbstbestimmungsrechts angeboten wurde. Eine derartige Alternative stellt insbesondere die der betroffenen Person eingeräumte Möglichkeit dar, vom Versicherer zu verlangen, im Einzelfall über die Erhebung von Gesundheitsdaten informiert zu werden und dieser unverzüglich schriftlich zu widersprechen.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 ist das Offenbaren von fremden, zum persönlichen Lebensbereich gehörenden Geheimnissen im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuches zulässig. Dies gilt insbesondere auch für die in § 203 des Strafgesetzbuches genannten Personen, Institutionen oder Unternehmen, bei denen der Versicherer die personenbezogenen Gesundheitsdaten erheben kann.“