

Berlin, den 26.03.2007

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) zum Regierungsentwurf zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

I. Zusammenfassung der wichtigsten Positionen

Das Bundesjustizministerium und die Bundesregierung haben erkannt, dass das geltende Versicherungsvertragsgesetz (VVG) den Bedürfnissen eines modernen Verbraucherschutzes nicht mehr gerecht wird und dass eine Gesamtreform erforderlich ist.

Bei der Reform des Versicherungsvertragsrechts ist darauf zu achten, dass die Transparenz und Vergleichbarkeit von Produktangeboten verbessert wird, unwahre Aussagen über angebliche Produktvorteile und das Verschweigen gravierender Deckungslücken und anderer Produktnachteile verhindert werden, die Regeln zu den Informations- und Beratungspflichten ohne Schlupflöcher gestaltet werden, Potenzial für spätere gerichtliche Auseinandersetzungen abgebaut wird und die Nachhaltigkeit von Kundenbeziehungen sowohl im Bereich der Versicherungsvermittlung als auch zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer gestärkt wird.

Der Regierungsentwurf (nachfolgend: VVG-E) stellt ein Mehr an Verbraucherschutz und einen gerechteren Interessenausgleich zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmern in den Mittelpunkt. Überdies berücksichtigt er Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juli 2005 (besonders zur Überschussbeteiligung in der Kapital-Lebensversicherung) und vom 23. Oktober 2006 (Anforderungen an die Schweigepflichtentbindung) sowie das Urteil des Bundesgerichtshofs von 12. Oktober 2005 (unter anderem zur Berechnung von Mindestrückkaufswerten). Es werden zahlreiche unserer langjährigen Forderungen aufgegriffen.

In einigen Punkten sehen wir jedoch noch erheblichen Nachbesserungsbedarf. Nachfolgend legen wir zu einigen besonders umstrittenen bzw. wichtigen Fragen unsere Positionen in Kürze dar

Beratung und Information

Es ist nicht sachgerecht, in § 6 Abs.1 VVG-E (entsprechend in § 61 Abs. 1 VVG-E für Vermittler) den Umfang der Beratungspflicht auch von der Prämienhöhe abhängig zu machen: Dies mag eine wirtschaftlich nachvollziehbare Lösung sein; an den Kundeninteressen geht sie jedoch vorbei. Es gibt zahlreiche Risikosituationen, gerade bei wirtschaftlich bedeutsamen und existenzsichernden Versicherungen, die zusammen mit komplexen Angebotstrukturen der Versicherungswirtschaft einen hohen Beratungsbedarf erfordern, ohne dass Verträge mit entsprechend hohen Prämien geschlossen werden. In jedem Einzelfall kommt es auf das individuelle Beratungsbedürfnis und das konkrete Verständnis des Beratenen an.

Die Möglichkeit des Verzichts auf Beratung und Information in § 6 Abs. 3 und § 7 Abs. 1 S. 3 letzter Halbsatz VVG-E sollte gestrichen werden (entsprechend § 61 Abs. 2 VVG-E für Vermittler), und das Policenmodell darf auf keinen Fall erhalten bleiben. Angemessene Beratung kann dem Risiko, einen falschen Vertrag mit drohenden negativen Konsequenzen abgeschlossen zu haben, deutlich entgegenwirken. Andererseits stellt der Verzicht eine Versuchung für Vermittler dar, diesen Verzicht in ihre alltägliche Abschlusspraxis zu integrieren und den Verzicht damit zum Regelfall statt zur Ausnahme werden zu lassen. Diese Gefahr ist besonders gegeben, da in Deutschland die Initiative zum Abschluss von Versicherungsverträgen meist vom Vermittler/Versicherer ausgeht.

Durch den Verzicht auf zumindest die Dokumentation verliert der Verbraucher in der Regel sein einziges Beweismittel zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen wegen Falschberatung. Da es für Versicherer wie Vermittler eine Verminderung des Haftungsrisikos darstellt, wenn der Versicherungsnehmer auf die Dokumentation verzichtet, schafft die Vorschrift einen wirtschaftlichen Anreiz, den Verbraucher zu einem solchen Verzicht auch tatsächlich zu veranlassen. Und die ersten vorformulierten Verzichtserklärungen liegen längst vor.

Gegenüber dem Verzicht auf Beratung und/oder Dokumentation tritt die Gefahr einer Zwangsberatung deutlich zurück und wird die Annahme unrealistisch, der Verbraucher werden so einen Verzicht nicht unterschreiben. Auch das klare Plädoyer des Bundesverfassungsgerichts für mehr Transparenz würde damit unterlaufen. Im Falle eines Verzichts auf vorvertragliche Information kommt hinzu, dass kein Grund ersichtlich ist, den Verbraucher vor seiner Unterschrift nicht über Inhalt und Grenzen des Versicherungsschutzes zu informieren. Die einschlägigen Dritten Versicherungsrichtlinien sehen einen solchen Verzicht nicht vor und regeln den Zeitpunkt der Informationserteilung, was die Europarechtswidrigkeit nahelegt. Und der Inhalt des § 5a VVG – auch bei ihm spricht vieles für die Europarechtswidrigkeit - bliebe aufgrund der Verzichtsmöglichkeit faktisch sogar erhalten. Verbraucher haben im Falle des Fehlens vorvertraglicher Information keine Möglichkeit, die wesentlichen Eigenschaften des Vertrages zu erkennen und verschiedene Produkte miteinander vergleichen zu können. Nach der Einleitung eines Vertragsverletzungsverfahrens durch die Europäische Kommission liegt es jetzt in der Hand des Europäischen Gerichtshofes, § 5a VVG für nichtig zu erklären. Dann wäre aber auch der neue § 7 Abs. 1 VVG-E zum Teil europarechtswidrig. Der Gesetzgeber sollte dieses große Risiko – abgesehen von den negativen Auswirkungen für Verbraucher - auf keinen Fall eingehen.

Das Policenmodell des § 5a VVG ist aufzugeben, das heißt der Versicherungsnehmer hat die Informationen rechtzeitig vor Abgabe seiner Vertragserklärung zu erhalten. Dies entspricht auch dem europäischen Recht (Dritte Richtlinie Lebensversicherung, Fernabsatzrichtlinie Finanzdienstleistungen), aufgrund deren Verletzung der § 5a VVG demnächst für nichtig erklärt werden könnte. Auch weicht das Policenmodell vom allgemeinen Vertragsschlussmodell ab. Es setzt die falschen Anreize, da nach der Intention der Richtlinien die frühzeitige Information dem Versicherungsnehmer die Auswahl zwischen verschiedenen Produkten erleichtern sollte. Diese Auswahl wird jedoch nicht ermöglicht. Zudem muss der Versicherer keine Sanktionen befürchten. Die einzige Handlungsmöglichkeit des Versicherungsnehmers ist der umgehende Widerspruch nach Erhalt des Versicherungsscheins.

Unterlassene Beratung und Information dürfen nicht folgenlos bleiben. Auch nach dem vorliegenden Entwurf ist die Erteilung der Information erst nach Unterzeichnung des Antrags/Vertrags weiterhin sanktionslos; es bleibt dem Verbraucher lediglich die Ausübung des Widerrufsrechts nach § 8 VVG-E. Stattdessen ist zu bestimmen, dass die Vertragserklärung des Verbrauchers in diesem Fall unwirksam ist bzw. nur ein Vertrag mit vorläufiger Deckung zustande kommt. In § 8 VVG-E wird zudem das Widerrufsrecht in unbilliger Weise eingeschränkt, da es bei Verträgen ausgeschlossen ist, „die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind“. Diese Einschränkung ist realitätsfremd, da ein solcher Wunsch vom Versicherungsnehmer in aller Regel nicht geäußert wird.

Alles-oder-Nichts-Prinzip

Die Abschaffung des bisher allgegenwärtigen Alles-oder-Nichts-Prinzips ist dringend geboten. Die Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit sind sachlich nicht gerechtfertigt gewesen und haben die Interessen der Versicherungsnehmer nicht angemessen berücksichtigt. Ein geringer Unterschied des Verschuldens lässt gegensätzliche Folgen eintreten: völligen Schutz bzw. völlige Leistungsfreiheit. Die alte Regelung widersprach oft auch dem Gerechtigkeitsempfinden der Verbraucher und ist für sie nicht durchschaubar gewesen.

Die Beweislast für die Schwere des Verschuldens und die Kausalität sollte jedoch anders und im Sinne der Versicherten geregelt werden. Wenn ein sachgemäßes Quotelungsangebot des Versicherers von der Einschätzung der Schwere des Verschuldens abhängt, ist es ihm auch zumutbar, im Streitfall den Nachweis für die seiner Entscheidung zugrundeliegenden Umstände zu führen. Gleiches gilt für die Kausalität; der Verbraucher muss einen so genannten Kausalitätsgegenbeweis führen. Diese Regelung schafft für den Versicherer einen Anreiz, die Leistung zu kürzen oder gar auszuschließen. Stattdessen sollten die Beweislastregeln des allgemeinen Zivilrechts gelten, wonach neben der Tathandlung auch die Kausalität von demjenigen nachgewiesen werden muss, der sich darauf beruft.

Direktanspruch

Es ist sachgerecht, den Versicherer unmittelbar gegenüber dem Geschädigten zu verpflichten.

Anders als in § 114 Abs. 2 S. 1 VVG-E geregelt, darf es nicht in die Disposition des Versicherers und des Versicherungspflichtigen als seinem Vertragspartner gestellt werden, welchen Versicherungsschutz ein möglicher Geschädigter erhält; zudem können vereinbarte Risikoausschlüsse wegen Verstoßes gegen §§ 307ff. BGB unwirksam sein.

Beim Direktanspruch des Geschädigten muss dieser auch einen direkten Zugang zur außergerichtlichen Streitschlichtung haben.

Überschussbeteiligung

Bei der Ermittlung und rechnerischen Zuordnung der Bewertungsreserven sollten auch festverzinsliche Wertpapiere mit einbezogen werden. Das Bundesverfassungsgericht hat bestimmt, dass der Versicherungsnehmer an den durch seine Prämien-

zahlungen geschaffenen Vermögenswerten angemessen beteiligt werden muss, ohne die Begrifflichkeiten einzugrenzen.

Wenn die Versicherungswirtschaft hier den Gedanken der drohenden Beeinträchtigung des Kollektivs hervorhebt, so stand dieser Gedanke im Urteil des Bundesverfassungsgerichts gerade nicht im Vordergrund, sondern die angemessene einzelvertragliche Beteiligung an geschaffenen Vermögenswerten. Und die in Aussicht genommene Regelung berücksichtigt auch die Interessen der Versichertengemeinschaft durch die – eventuell sogar zu konservative – Regelung, dass nur 50% des errechneten Betrages zugeteilt und ausgezahlt wird (im Gegensatz zur sonst geltenden 90-10 Regelung). Wenn eingewandt wird, dass durch die Einbeziehung von festverzinslichen Anlagen ein enormer Verkaufsdruck mit deutlichem Einfluss auf die Renditen entstehe, dann ist auf der anderen Seite zu berücksichtigen, dass das Risiko von Arbitrage-Geschäften wesentlich abgemildert ist und eventuell Ansprüche auch aus dem Cashflow der Unternehmen bedient werden können, weil Jahr für Jahr immer nur ein Teil der Verträge ausläuft.

Die Regeln zur Überschussbeteiligung sollten sich auch auf die Restlaufzeit laufender Verträge erstrecken.

Bei Rentenversicherungen muss der Verbraucher auch angemessen an den stillen Reserven in der Auszahlungsphase beteiligt werden.

Da stille Reserven nicht nur auf der Aktivseite (Kapitalanlagen), sondern auch auf der Passivseite entstehen können (freie Rückstellung für Beitragsrückerstattung, Schlussüberschussanteilsfonds), sind auch hier Vorkehrungen für eine angemessene Beteiligung der Versicherten zu treffen.

Über die im VVG-E gemachten Transparenzanstrengungen hinaus sind die Verbraucher umfassend über die von der 90-10-Regelung nicht erfassten Gewinnquellen und die unternehmensweiten Kenngrößen zu informieren, die die Grundlage zur Bemessung der Überschussbeteiligung bilden.

Rückkaufswerte

Die Neuverteilung der Abschlusskosten auf fünf Jahre droht ins Leere zu gehen, da Versicherer angekündigt haben, von einer faktischen Verteilung abzusehen. Nur im Falle einer Vertragskündigung innerhalb der ersten fünf Jahre soll der Rückkaufswert nachträglich so berechnet werden, als hätte der Versicherer eine Verteilung der Anschlusskosten vorgenommen. Konsequenz: die Versicherungsunternehmen sind zu verpflichten, auch buchmäßig in jedem Fall die Verteilung vorzunehmen. Darüber hinaus ist an eine längere Verteilung (auf zehn Jahre) zu denken. Bei der Berechnung der Rückkaufswerte sind die Provisionsrückzahlungen durch den Vermittler an den Versicherer zu berücksichtigen.

In-und ausländische Versicherer sollten entsprechend der europäischen Vorgaben gleich behandelt werden.

Mindestrückkaufswerte sollten auch im Bereich der fondsgebundenen Versicherung gelten; § 169 Abs. 4 VVG-E ist entsprechend zu ändern.

Die Möglichkeiten, den Rückkaufswert gemäß § 169 Abs. 6 VVG-E herabzusetzen, gehen selbst über die Vorstellungen des GDV weit hinaus.

Die Vorschrift zur Berechnung der Rückkaufswerte sollte auch auf Altverträge Anwendung finden (wie in Art. 4 Abs.2 EGVVG-E bestimmt), um den gerichtlichen Vorgaben des BGH umfassend Geltung zu verschaffen, Rechtssicherheit für jeden Einzelfall zu schaffen und die Versicherungsunternehmen zu veranlassen, diese Berechnung selber für jeden betroffenen Vertrag vorzunehmen.

Weitere Aspekte:

Die Rechtsfolgen eines Widerrufs sind zu überarbeiten. Die Regelung erfasst auch solche Versicherungsverträge, die im Wege des Fernabsatzes zu Stande kommen. Hier sind die Vorgaben des Art. 7 Abs. 3 der Richtlinie 2002/65/EG über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen zu beachten. Einen Prämienanspruch hat der Versicherer danach nur, wenn er den Verbraucher ordnungsgemäß über den zu zahlenden Betrag unterrichtet hatte und eine ausdrückliche Zustimmung des Verbrauchers zur sofortigen Vertragsausführung vorliegt. Unterlässt der Versicherer eine entsprechende Belehrung, so muss er nach § 9 S. 2 VVG-E nur die Prämie des ersten Versicherungsjahres zurückerstatten. Der Europäische Gerichtshof hat in seinen Entscheidungen zu den Schrottimmobilen eindeutig klargestellt, dass eine Begrenzung der Sanktionen europarechtswidrig ist. Unabhängig von dieser Frage ist der Gesetzgeber bei dieser Regelung augenscheinlich von der - falschen - Prämisse ausgegangen, dass der Verbraucher in jeden Fall das Vertragsverhältnis spätestens nach einem Jahr ohne finanzielle Nachteile beenden kann. Dies ist aber nicht immer der Fall: Im Bereich der Seniorenunfall-Policen sind Verträge mit einer anfänglichen Laufzeit von fünf Jahren weit verbreitet. Auch Kapital bildende Versicherungen sind auf eine lange Laufzeit angelegt. Widerruft der Verbraucher im dritten Versicherungsjahr, erhält er die Versicherungsprämie des ersten Versicherungsjahres und die anteilige Prämie für den nicht in Anspruch genommenen Versicherungsschutz des dritten Versicherungsjahres, nicht jedoch die Prämie für das zweite Jahr rückerstattet. Wirtschaftlich rechnet sich der Verstoß gegen die Vorgaben des Gesetzes mit zunehmender Vertragslaufzeit. Ohne ordnungsgemäße Belehrung sollten dem Versicherer keinerlei Zahlungsansprüche gegen den Verbraucher zustehen.

Die Begrenzung der Höchstlaufzeit von Verträgen ist positiv. Durch § 11 Abs. 4 VVG-E wird sie von fünf auf drei Jahre herabgesetzt. Damit nähert man sich den AGB-rechtlichen Vorgaben deutlich an. Im Anwendungsbereich des § 309 Nr. 9 BGB beträgt die Festlaufzeit höchstens zwei Jahre.

Wir begrüßen die Streichung der einseitigen Ersetzungsbefugnis bei AVB-Klauseln außerhalb der Lebensversicherung, die die höchstrichterliche Rechtsprechung für unwirksam erklärt hat. Mit einem Anpassungsrecht könnten die Versicherer das sie als Verwender treffende Risiko einer Unwirksamkeit auf den Versicherungsnehmer abwälzen. Der Versicherer könnte seine Versicherungsbedingung schrittweise solange anpassen, bis sie gerade noch zulässig sind. Ein solcher Mechanismus widerspricht dem Verbot der geltungserhaltenden Reduktion.

Der Wegfall der „Nachmeldeverpflichtung“ war überfällig. Nach dieser Regelung musste der Verbraucher alle zwischen Antragstellung und Zusendung des Versicherungsscheins relevanten Tatsachen dem Versicherer nachträglich melden. Wurde

diese Pflicht verletzt, konnte der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Solche Unterlassungen geschehen meist aus Unkenntnis. Auf die Verpflichtung, zwischen Antragstellung und Erhalt des Versicherungsscheins eingetretene gefahrerhebliche Umstände nachzumelden, weisen die meisten Versicherer nämlich bei Übersendung der Police nicht mehr hin, die Nachmeldepflichtung wird lediglich im Versicherungsantrag erwähnt. Zudem erscheint es willkürlich, auf diesen Zeitraum und nicht auf den Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen. Lässt sich der Versicherer mehr Zeit, kann er nachträglich eintretende Risiken zusätzlich berücksichtigen, die ein Versicherer mit schneller Antragsbearbeitung nicht mehr berücksichtigen kann.

Ebenso positiv ist, dass die **Anzeigepflicht nur in Bezug auf nachgefragte Gefahrumstände** bestehen. Die vorvertragliche Anzeigepflicht spielt bei Gesundheitsfragen eine große Rolle. Hier gibt es besondere Interessenkollisionen. Berufsunfähigkeitsversicherungen, private Krankenversicherungen oder eine zusätzliche Hinterbliebenenabsicherung mit ihren gezillmerten Tarifen versprechen hohe Provisionen für den Vertrieb, der somit ein großes Interesse am Vertragsabschluss hat. Er „unterstützt“ den Verbraucher aber auch bei der Beantwortung von Gesundheitsfragen. Aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen gibt es immer wieder Fälle, in denen Krankheiten durch den Vertrieb verharmlost werden. Die vorgesehene Regelung bringt mehr Rechtssicherheit.

Die **Frist zum Rücktritt bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht** trägt dem Interesse des Versicherungsnehmers Rechnung, in einem angemessenen Zeitraum Sicherheit darüber zu erlangen, dass der Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt Bestand hat. Eine Rückabwicklung nach vielen Jahren kann zu unzumutbaren Belastungen des Versicherungsnehmers führen, denen keine schutzwürdigen Interessen des Versicherers gegenüber stehen. Der Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts hatte zunächst auf die für die private Krankenversicherung bestehende dreijährige Frist (§ 178 k VVG) verwiesen. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass bis zur Deregulierung im Jahre 1994 einheitlich eine dreijährige Rücktrittsfrist gegolten hatte. Klagen darüber haben wir seinerzeit von Seiten der Versicherungswirtschaft zu keiner Zeit vernommen. Nunmehr werden ebenso wenig stichhaltige Argumente für die Heraufsetzung der Frist vorgebracht. Ein pauschaler Verweis auf mögliche Gefahren für die Versicherungswirtschaft ist unzureichend; zumal die Versicherer selbst über ihr Provisionssystem einen Anreiz dafür schaffen, gegen die Anzeigepflicht zu verstoßen.

Bei Prämien- und Leistungsänderungen in der Lebens- und Krankenversicherung soll die sehr weit reichende einseitige Änderungsoption des Versicherers lediglich von einem vom Versicherer bezahlten und eingesetzten Treuhänder legitimiert werden. Die daraus resultierenden Konfliktpotentiale können nur minimiert werden, wenn die Verbraucher bzw. deren Verbände die Möglichkeit erhalten, Versicherungsnehmer zur Durchführung von Sammelklagen zusammenzuführen, um die Anpassung gerichtlich überprüfen zu lassen.

Wir begrüßen die Entscheidung, die **Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen.** Hier besteht nach den Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen ein deutliches Verhandlungsungleichgewicht. Die Vertragsbedingungen der Versicherer sind praktisch nicht verhandelbar. Es wird nicht verkannt, dass dem Interesse des Verbrauchers an informationeller Selbstbestimmung ein Aufklärungsinteresse der Versicherung von gleichfalls erhebli-

chem Gewicht gegenübersteht. Es ist für das Versicherungsunternehmen von hoher Bedeutung, den Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen zu können. Angesichts der politischen Forderung nach mehr Eigenvorsorge durch den Verbraucher muss der Gesetzgeber dafür sorgen, dass der Verbraucher auf Augenhöhe mit dem Versicherer die benötigten Produkte nachfragen kann. Dies beinhaltet, dass gegebenenfalls die Position des Verbrauchers durch gesetzliche Vorgaben gestärkt werden muss. Ziel einer Regelung muss es sein, den Versicherer dazu zwingen, die Einwilligung auf das erforderliche Maß zu beschränken und im Übrigen seine Datenverarbeitung ausschließlich an die Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes zu orientieren.

Zu unseren Forderungen in den einzelnen Sparten siehe Teil II.

Bisher nicht geregelte Fragen:

Neben den im Rahmen der VVG-Reform kurzfristig zu lösenden Problemen gibt es weitere Aspekte, die mittelfristig einer Lösung zuzuführen sind: Zur Stärkung der provisionsunabhängigen Versicherungsberatung schlagen wir vor, dass die Versicherer, die mit unabhängigen Vermittlern zusammenarbeiten, so genannte „Nettotarife“ anbieten müssen. Dies sind Versicherungsangebote, bei denen die Vermittlerprovision aus der „normalen“ Prämie herausgerechnet ist.

Unterstützend schlagen wir die Abschaffung des so genannten Provisionsabgabeverbots vor, um zu ermöglichen, dass unabhängige Vermittler Beratung gegen Entgelt anbieten und das Beratungsentgelt mit der Provision des Versicherers verrechnen können.

Zur faireren Gestaltung des Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung schlagen wir vor, dass die Versicherer in den privaten Krankenversicherungstarifen, die den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzen (substitutive Krankenversicherung) die Versicherer keine Risikoprüfung mehr vornehmen und Stornierungsgewinne nicht mehr beitragsmindernd bei der Kalkulation der Neugeschäftsbeiträge berücksichtigen dürfen.

II. Ergänzende Erläuterungen zu einzelnen Vorschriften und Sparten

1) Beratung des Versicherungsnehmers (§ 6 VVG-E)

Abhängigkeit des Umfangs der Beratungspflicht von der Prämienhöhe

Weitergehende Beratungs- und Dokumentationspflichten müssen nicht automatisch zu erhöhten Vertriebskosten führen. Im Bereich der Sachversicherungen können Mindeststandards dabei helfen, den Umfang der dem Verbraucher zu stellenden Risikofragen zu reduzieren. Mindeststandards legen die Mindestanforderungen an das jeweilige Versicherungsprodukt fest. Daneben garantieren sie, dass gravierende Deckungslücken vermieden werden und sorgen insoweit für mehr Sicherheit des Versicherungsvermittlers in Bezug auf Schadensersatzansprüche des Verbrauchers wegen möglicher Beratungsfehler. An der Ausarbeitung solcher Standards haben Vermittler selber ein großes Interesse. So wurde ein Arbeitskreis „EU-Vermittlerrichtlinie Dokumentation“ ins Leben gerufen. Die dort aufgestellten Mindeststandards finden sich unter www.vermittlerprotokoll.de („Arbeitsergebnisse“ / „Risikoanalysen“ in der jeweiligen Sparte). Es ist die eindeutige Tendenz erkennbar, dass sich diese Standards im Markt etablieren. Sowohl die Hersteller der entsprechenden Beratungssoftware als auch Versicherungsunternehmen stellen sich zunehmend darauf ein.

2) Information des Versicherungsnehmers (§ 7 VVG-E)

a) Abschaffung des Policenmodells

In der politischen Diskussion ist – quasi als Kompromissangebot - seitens des GDV ein Produktinformationsblatt ins Spiel gebracht worden. Es soll die wesentlichen Informationen über den Vertrag beinhalten, die Komponenten des Produktes ausweisen und insbesondere die Abschluss- und Vertriebskosten in einer kurzen, vergleichbaren Form darstellen. Wir begrüßen diesen Vorstoß, der allerdings seit einem Jahr nicht näher konkretisiert wurde. Für die Verbraucherverbände ist im Übrigen seit langem die Qualität und Verständlichkeit der vorvertraglichen Information, nicht deren Quantität von ausschlaggebender Bedeutung. Dies ist jedoch verbindlich und möglichst standardisiert zu regeln und kann nicht den Versicherern selber und ihren Informationsblättern überlassen bleiben.

Gegen die Abschaffung des Policenmodells wird weiterhin vorgebracht, dass damit erhebliche Mehrkosten verbunden sein sollen. Der Vertrieb müsse nämlich immer alle Verbraucherinformationen für sämtliche Versicherungsprodukte entweder ständig mit sich führen oder sie dem Verbraucher im Beratungsgespräch verbunden mit hohen Druckkosten - ausdrucken. Wir sehen durchaus einen gewissen Mehraufwand, halten ihn jedoch in Anbetracht des Mehrwertes für den Verbraucher für angemessen.

Der seriöse Vertrieb von Versicherungsprodukten hat sich begrüßenswerter Weise davon abgewendet, „überfallartig“ beim Verbraucher vorstellig zu werden und ihm in der Überrumpfungssituation Versicherungsprodukte zu verkaufen. Seriöse Versicherungsberatung setzt ein intensives Gespräch zur Risikoanalyse und zur Bedarfsermittlung voraus. Erst nach Auswertung des Beratungsprotokolls wird der Vertrieb in der Lage sein, ein angemessenes Produkt anzubieten. Wir gehen nicht davon aus, dass eine solche Beratung in einem Termin vor Ort gewährleistet werden kann. Ist ein zusätzlicher Termin erforderlich, können zu diesem Termin die Versicherungsinformationen mitgebracht und dem Verbraucher vorgelegt werden, bevor er seinen Antrag unterschreibt. In Zeiten elektronischer Medien können die Informationen auch vorab als PDF-Datei an den Verbraucher gesandt werden. Oder es kann zunächst ein Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz geschlossen werden. Oder der Verbraucher stellt zunächst einen unverbindlichen Antrag, aufgrund dessen ihm die Versicherung dann ein verbindliches Angebot unterbreitet. Es gibt also mehrere Handlungsvarianten.

Ansonsten wird der Kontakt zum Verbraucher anlassbezogen sein. Der Verbraucher wird auf den Vertrieb mit einem bestimmten Problem (die Anmeldung eines neuen Autos) zugehen. In diesem Fall sind die Thematik und damit auch die Produktpalette eingrenzbar, so dass dem Vertrieb durchaus zugemutet werden kann, diese Vordrucke bei sich zu führen. Dies gilt natürlich auch und erst recht für Ein-Firmen-Vertreter.

Probleme tauchen dann auf, wenn die Initiative vom Vertrieb ausgeht und der wahre Grund des Kontakts verschleiert wird. Aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen sind uns Fälle bekannt, in denen Termine zur „Steueroptimierung“ mittels unerwünschter Telefonanrufe vereinbart werden, um dann Versicherungsprodukte zu verkaufen. Unabhängig von der Tatsache, dass solche Geschäftsanbahnung rechtswidrig ist, ist es nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber diese Praxis auch noch dadurch begünstigt, dass ein solcher Verkäufer dem Verbraucher nicht die geforderten Informationen aushändigen muss. Eine umfassende, vorvertragliche Informationspflicht hingegen fördert die seriöse Versicherungsberatung.

b) Ermächtigung zum Erlass einer Informationspflichtenverordnung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die vorgesehene Verordnungsermächtigung und regt an, dass angesichts der engen Umsetzungsfristen die Erarbeitung der Verordnung zu Inhalt, Umfang und Vergleichbarkeit der Informationen vor und während der Vertragslaufzeit rasch erfolgt. Die Verbraucherverbände, der Bundesverband der Versicherungsberater und die Verbände der im Privatversicherungsmarkt tätigen Vermittler, hier insbesondere der unabhängigen Vermittler, sollten frühzeitig konsultiert werden, damit eine möglichst praxisgerechte Lösung gefunden werden kann. Angesichts der Bedeutung der Verordnung für den Schutz der Verbraucher sollte das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz als Einvernehmensbehörde in Absatz 2 aufgenommen werden.

3) Überschussbeteiligung (§ 153 VVG-E)

a) Einbeziehung festverzinslicher Wertpapiere in die stille Reserven

Ein möglicher Vorschlag könnte dahin gehen, dass die Zuteilung nicht nominell (auf Euro und Cent) für den einzelnen Vertrag erfolgt, sondern dem Verbraucher ein relativer Anteil an den stillen Reserven zugewiesen wird. Dieser relative Anteil kann sich aus dem Verhältnis zwischen dem Deckungskapital des konkreten Vertrages und dem gesamten Deckungskapital im Versicherungsunternehmen ergeben. Beträgt dieser Anteil beispielsweise 0,01 Promille, so hat der Verbraucher bei Ausscheiden aus der Versicherungsgemeinschaft einen Anspruch auf 0,01 Promille der dann vorhandenen stillen Reserven. Durch dieses „Anteilsverfahren“ erfolgt eine direkte und zeitnahe Beteiligung an den stillen Reserven, da mit jeder eingehenden Prämie und Erhöhung der Deckungsrückstellung auch eine Erhöhung des Anspruchs an den stillen Reserven einhergeht. Dies setzt allerdings eine hinreichende Transparenz und die Möglichkeit der Überprüfbarkeit voraus. Im Fall der Überprüfung der Angemessenheit der Überschussbeteiligung soll der Versicherer (!) in der Pflicht sein nachzuweisen, dass das von ihm angewendete Verfahren angemessen war. Gelingt ihm dieser Nachweis nicht, muss die Bewertungsmethode auf Kosten des Versicherers in einem gerichtlichen Verfahren durch einen unabhängigen Sachverständigen überprüft werden.

b) Einbeziehung laufender Verträge

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber zusätzlich aufgegeben, zu prüfen, ob laufende Verträge in den Genuss der Neuregelung kommen. Eine Gleichbehandlung von Alt- und Neuverträgen erscheint aus verfassungsrechtlichen Erwägungen geboten. Andernfalls müssten Alt- und Neuverträge separat geführt werden. Dies würde dazu führen, dass die Altverträge gegenüber den Neuverträgen ohne sachlichen Grund eine niedrigere Überschussbeteiligung erhalten würden. Bei einer separaten Führung würde die Kostenbelastung überproportional ansteigen, weil der Bestand im Laufe der Zeit immer geringer werden würde und damit die Kosten pro Vertrag immer mehr ansteigen würden. Aber auch die Neuverträge würden mit zusätzlichen Kosten belastet, die mit einer Bestandsaufteilung immer einhergehen. Auf der anderen Seite wird durch die Regelung in abgeschlossene kalkulatorische Vorgänge nicht eingegriffen, sie wirkt vielmehr für die Zukunft. Insoweit ergeben sich keine Probleme hinsichtlich der Rückwirkung.

c) Beteiligung an stillen Reserven je nach Leistungsart

Entsprechend des Vorschlags des Erwerbs eines anteiligen Anspruchs an den stillen Reserven werden bei Verträgen mit einer einmaligen Auszahlung die anteiligen Ansprüche in einen „echten“ Überschussbetrag umgewandelt. Bisher in der Diskussion überhaupt noch nicht erörtert wurde jedoch der Aspekt, wie der Verbraucher angemessen an den stillen Reserven in der Auszahlungsphase bei Rentenversicherungen beteiligt werden kann. So gibt es bei Rentenverträgen einen solchen eindeutig bestimmbar Zeitpunkt nicht. Daher müssen diese anteiligen Ansprüche ebenso wie das Deckungskapital verrentet werden. Dies könnte

dadurch geschehen, indem eine zusätzliche „Anteilsrente“ gezahlt wird, deren Gegenwert jedes Jahr entsprechend des Umfangs der stillen Reserven ermittelt wird. Endet der Vertrag mit dem Tod des Verbrauchers und dem Auszahlen einer Todesfallleistung, muss dafür Sorge getragen werden, dass er an den bis dahin auflaufende stillen Reserven über die Dauer der Auszahlungsphase angemessen beteiligt wird. Die hier aufgeführten Aspekte sollten ausdrücklich in der Vorschrift des § 153 VVG geregelt werden.

d) Beteiligung an den Reserven auf der Passivseite

In den vorstehenden Abschnitten ging es um die angemessene Beteiligung des Verbrauchers an den stillen Reserven bei der Kapitalanlage (bilanztechnisch: auf der Aktivseite). Es treten aber auch stille Reserven bei den Verbindlichkeiten des Versicherers gegenüber den Verbrauchern (bilanztechnisch: auf der Passivseite) auf. Der erwirtschaftete Rohgewinn des Versicherers wird entsprechend der Deckungsrückstellungsverordnung zu einem maßgeblichen Teil in Verbindlichkeiten des Versicherers gegenüber den Verbrauchern umgewandelt.

Ein Teil wird für die so genannte gebundene Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) verwendet. Diese gebundene RfB ist dem Versicherungskollektiv durch die Überschussdeklaration bereits betragsmäßig zugewiesen und wird an den Verbraucher ausgekehrt. Andere Teile werden für die so genannte freie RfB und für den Schlussüberschussanteilsfonds (SÜAF) verwendet. Hier ergibt sich kein unmittelbarer, unwiderruflicher einzelvertraglicher Anspruch auf diese Bestandteile. Trotz allem wurden – analog zu den stillen Reserven der Aktivseite – diese Reservepositionen aus den Prämien der Kunden gebildet. Damit sind diese Positionen im Sinne des BVerfG-Urteils in gleicher Weise zu behandeln wie die stillen Reserven der Aktivseite.

Insofern besteht auch für diese Reserven die Notwendigkeit, den Verbraucher angemessen sowie in transparenter Art und Weise zu beteiligen. Dies erfordert zum einen das angemessene Auskehren von Schlussüberschüssen bei stornierten Verträgen wie auch insgesamt bei sämtlichen zur Vertragbeendigung gelangenden Verträgen die Beteiligung an der freien RfB. Ebenso wie die Frage einer angemessenen Beteiligung in der Auszahlungsphase muss dieser Aspekt in der Vorschrift des § 153 VVG ausdrücklich geregelt werden.

e) Transparenzanforderungen zur Überschussbeteiligung

Ein Hauptproblem bei der Überschusszuweisung besteht in der hohen Intransparenz, die immer wieder zu Verwirrung führt. So finden sich beispielsweise immer wieder Falschdarstellungen, nach denen 90 % der Gewinne eines Unternehmens als Überschussbeteiligung ausgeschüttet würden. Dies ist nicht der Fall, da sich diese 90 % Quote nur auf die Kapitalerträge bezieht. Die weiteren Gewinnquellen – etwa Kostengewinne oder Risikogewinne – werden bislang von der 90 % Quotierung nicht umfasst. Um dem zu begegnen, gilt es eine höhere Transparenz zu schaffen.

Dies sollte unseres Erachtens auf zwei Wegen erfolgen: Zum einen bedarf es der Veröffentlichung unternehmensweiter Kenngrößen, die die Grundlage zur Bemessung der Überschussbeteiligung beschreiben. Dies ermöglicht eine Nachvollziehbarkeit der grundsätzlichen Einhaltung der Überschusszuweisungsanforderungen für Experten wie etwa Ratingagenturen oder Verbraucherschützer. Zum anderen ist ein einzelvertraglicher Auskunftsanspruch zu etablieren, der jedem Versicherungsnehmer eine Nachvollziehbarkeit und gerichtliche Überprüfbarkeit seines Vertrages ermöglicht. Wir sehen es als einen längst überfälligen und notwendigen Schritt an, auch in diesem Aspekt den Verbraucher auf Augenhöhe zum Versicherungsunternehmen zu stellen. Es ist unbefriedigend und nicht mehr zeitgemäß, wenn die Unternehmen eigenständig die Überschüsse zuweisen und der Verbraucher keinen Anspruch darauf hat, zu erfahren, nach welchen Grundlagen dies erfolgt.

4) Rückkaufswert bei der Lebensversicherung (§ 169 VVG-E)

a) Unzureichende Neuregelung der Abschlusskostenverrechnung

Bereits jetzt wird offenbar, dass das eigentliche Ziel des § 169 VVG-E konterkariert werden wird. Entgegen der Annahme, die Neuregelung würde dazu führen, dass die Abschlusskosten auf 5 Jahre verteilt werden würden, führt die aktuelle Fassung nicht zu diesem Effekt. Die Versicherungsbranche hat bereits deutlich gemacht, dass eine faktische Verteilung der Abschlusskosten nicht angedacht ist. Vielmehr soll im Falle einer Vertragskündigung der Rückkaufswert so berechnet werden, als hätte der Versicherer eine Verteilung der Abschlusskosten vorgenommen. Es findet also ausschließlich **eine virtuelle** Verteilung der Abschlusskosten statt, und nur wirksam werdend bei Kündigung/Vertragsauflösung innerhalb der ersten fünf Vertragsjahre.

Eine virtuelle Verteilung der Abschlusskosten birgt aber mehrere Nachteile für den Verbraucher: Die Überschusszuweisung wird geringer, da der Zinsträger bei virtueller Verteilung geringer ist als bei faktischer Verteilung der Abschlusskosten. Die Anreize für die Etablierung eines Provisionssystems, das sich an den Bedürfnissen des Verbrauchers orientieren, bleiben weiterhin gering. Die hohen zu Beginn verrechneten Provisionen bleiben bei der nur virtuellen Abschlusskostenverteilung weiterhin erhalten.

Zudem führt eine Verteilung der Abschlusskosten auf 5 Jahre nur für diesen Zeitraum zu einer Verbesserung für den kündigenden Verbraucher. Ist der Zeitraum von 5 Jahren abgelaufen, so wird der Vertrag weiterhin so geführt, als wären die Abschlusskosten voll zu Vertragsbeginn angefallen. Im Sinne eines Schutzes der gesamten Versichertengemeinschaft vor überzogenen Abschlusskosten sollte der Zeitraum der Verteilung der Abschlusskosten grundsätzlich weiter gefasst werden als nur fünf Jahre. Und es ist sicher zu stellen, dass eine Verteilung nicht nur virtuell erfolgt.

Schließlich sollte in der Vorschrift eindeutig klargestellt werden, dass etwaige Provisionsrückzahlungen an den Versicherer aufgrund entsprechender Vereinbarungen zwischen Versicherer und Vertrieb dem Verbraucher ungemindert zufließen.

ßen müssen. Dieser Zufluss sollte unabhängig von der Berechnungsmethode im Gesetz bzw. vom Grenzwert im Urteil des BGH (Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals) erfolgen.

b) Ungleichbehandlung ausländischer Versicherer

§ 169 Abs. 3 S. 3 VVG-E sieht vor, dass ein der Versicherer mit Sitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum für die Berechnung des Rückkaufswertes anstelle des Deckungskapitals den in diesem Staat vergleichbaren anderen Bezugswert zu Grunde legen kann.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband spricht sich grundsätzlich für eine einheitliche Regelung für inländische und ausländische Versicherer aus. Im Bereich der Fondssparpläne haben die Erfahrungen einer unterschiedlichen Regelung für inländische und ausländische Investmentgesellschaften dazu geführt, dass deutsche Fondsanbieter in Luxemburg gezillmerte Fondssparpläne auflegen und sie anschließend als „ausländische“ Produkte unter Umgehung von § 125 InvG über Strukturvertriebe in Deutschland verkaufen. Dies muss im Versicherungsbereich unter allen Umständen verhindert werden.

Gegen die vorgesehene Regelung werden europarechtliche Bedenken erhoben. Insbesondere wird damit argumentiert, dass die Produktkalkulationen und Produktbeschreibungen in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen nationalen Behörden fallen. Jedoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass durch die Richtliniensetzung schon jetzt mittelbar in die Produktgestaltung eingegriffen wird. So gibt es aufsichtsrechtliche Vorgaben an die Solvabilität von Versicherungsunternehmen, die in Europa einheitlich zu regeln sind. Unter dem Stichwort „Solvabilität II“ werden diese Vorgaben weiter entwickelt. Es besteht daher die Möglichkeit, für die Berechnung des Rückkaufswertes denjenigen Rechnungsposten heranzuziehen, der dem deutschen Deckungskapital nach Maßgabe der Solvabilitätsparameter entspricht. Damit würde durch den deutschen Gesetzgeber nicht zusätzlich in die Produktgestaltung eingegriffen werden.

c) Rückkaufswert bei fondsgebundenen Versicherungen

Kritik ist auch an § 169 Abs. 4 VVG-E zu üben. Es leuchtet in keiner Weise ein, warum es Mindestrückkaufswerte nicht auch im Bereich der fondsgebundenen Versicherungsprodukte geben sollte. Gerade hier leiden nicht nur die kündigenden Kunden unter dem Fehlen eines Mindestrückkaufswertes. Anders als bei „klassischen“ Verträgen haben aber auch die „vertragstreuen“ Kunden meist eine Minderung der Ablaufleistung durch die Zillmerung in Kauf zu nehmen. Es ist technisch aufwändig, den exakten Mindestrückkaufswert im Sinne der BGH-Rechtsprechung zu ermitteln. Daher könnte im Sinne einer Kostenreduzierung auf gerade den Mindestrückkaufswert abgestellt werden, der sich bei einem klassischen Vertrag ergäbe. Um den wirtschaftlichen Anreiz zu Fehlberatungen in Bezug auf eine angebliche Attraktivität von Fondspolizen zu nehmen, sollte in § 169 Abs. 4 VVG-E klargestellt werden, dass § 125 InvG für den in Fonds angelegten Teil der Prämie anzuwenden ist.

d) Herabsetzung des Rückkaufswertes

Gemäß § 169 Abs. 6 VVG-E kann der Versicherer den Rückkaufswert herabsetzen, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Diese Vorschrift geht weit selbst über das hinaus, was der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft im Zusammenhang mit dessen Transparenzkonzept vorschlägt (Stichwort „Risikoadjustierung“). In diesem Vorschlag soll lediglich bei einem signifikanten Anstieg der Rendite festverzinslicher Papiere ein Abzug vom Rückkaufswert vorgenommen werden können.

Im Übrigen bestehen mit § 89 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) bereits Instrumente der Insolvenzverhinderung. Nach § 89 Abs. 2 VAG kann die Aufsichtsbehörde zur Vermeidung des Insolvenzverfahrens, die Verpflichtungen eines Lebensversicherungsunternehmens aus seinen Versicherungen dem Vermögensstand entsprechend herabsetzen. Bei der Herabsetzung werden, soweit Deckungsrückstellungen der einzelnen Versicherungsverträge bestehen, zunächst die Deckungsrückstellungen herabgesetzt und danach die Versicherungssummen neu festgestellt, sonst diese unmittelbar herabgesetzt.

Vor diesem Hintergrund verstehen wir die Begründung der Vorschrift nicht. Danach würde der Versicherer eine Herabsetzung vermeiden, weil er damit öffentlich eingestehen müsste, dass er seine Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann. Daher werde er die Herabsetzung nur bei drohender Insolvenzgefahr vornehmen. Wenn das aber so ist, dann reicht auch § 89 VAG bereits aus, der Gefahr zu begegnen. Aus den genannten Gründen sollte § 169 Abs. 6 VVG-E ersatzlos gestrichen werden.

e) Vereinbarung eines Stornoabzugs

Nach § 169 Abs. 5 kann der Versicherer einen Abzug vom Rückkaufswert vornehmen, wenn dieser Abzug vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die Vereinbarung eines Abzugs für noch nicht getilgte Abschluss- und Vertriebskosten ist unwirksam. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Als qualifizierte Einrichtung im Sinne des Gesetzes über Unterlassungsklagen bei Verbraucherrechts- und anderen Verstößen sind wir immer wieder gegen unzulässige Vereinbarungen eines solchen Abzugs vorgegangen. Der Abzug wird nach unseren Erfahrungen vielfach dazu missbraucht, dem Verbraucher den Ausstieg aus dem Versicherungsvertrag zu erschweren und zusätzliche verdeckte Kündigungskosten zu erheben. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, auf die Vereinbarung über den Stornoabzug die Vorschriften der §§ 307ff. BGB Anwendung finden zu lassen. Eine entsprechende Bereichsausnahme ist nicht gerechtfertigt und würde den Vorgaben der Richtlinie 93/13/EWG über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen widersprechen.

f) Anwendung auf Altverträge (Art. 4 Abs. 2 EGVVG-E)

Die Vorschrift zur Berechnung der Rückkaufswerte greift die vom Bundesgerichtshof (BGH) in seinem Urteil vom 12. Oktober 2005 aufgestellten Grundsätze auf. Dieses Urteil gilt für Verträge, die zwischen Ende Juli 1994 und Mitte 2001 geschlossen wurden. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seiner Entscheidung vom 15. Februar 2006 klargestellt, dass es nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sei, auf Altverträge eine Rechtslage anzuwenden, wie sie vor dem BGH-Urteil vom 12. Oktober 2006 bestanden habe.

Aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen sind eine Vielzahl von Fällen bekannt, in denen die Versicherer die Grundsätze des BGH nicht anwenden, auf Zeit spielen und hoffen, dass sie die berechtigten Ansprüche der Verbraucher durch den Eintritt der Verjährung nicht erfüllen müssen. Dieses Vorgehen konterkariert die Vorgaben des BVerfG. Nunmehr ist der Gesetzgeber gefordert, die entsprechende Regelung in § 169 VVG-E auch für Altverträge anzuwenden, um Rechtssicherheit für alle betroffenen Verbraucher zu schaffen und für eine einheitliche Anwendung der Vorgaben aus Karlsruhe zu sorgen.

5) Weitere Einzelvorschriften

a) Widerrufsrecht und dessen Rechtsfolgen (§§ 8f. VVG-E)

Die Ausführungen in Teil I. sind wie folgt zu ergänzen: Ein Versicherungsunternehmen, das dem Versicherungsnehmer die Vertragsbestimmungen und Informationen nach § 7 Abs. 1 VVG-E nicht ordnungsgemäß oder rechtzeitig vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers überlässt, verletzt seine vorvertraglichen Informationspflichten. Die Folge ergibt sich aus § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr.1 VVG-E, wonach die Widerrufsfrist nicht zu laufen beginnt. Jedoch beträgt nach § 8 Abs. 2 VVG-E die Widerrufsfrist auch dann nur zwei Wochen, wenn der Versicherer entgegen seiner gesetzlichen Verpflichtung die Widerrufsbelehrung erst nach Vertragsschluss erstmalig erteilt oder eine fehler- oder lückenhafte Widerrufsbelehrung nach Vertragsschluss durch eine neue ersetzt. Die Parallelvorschrift in § 355 Abs. 2 Satz 2 BGB sieht hingegen eine 1-Monatsfrist vor. Um einen Gleichklang der Vorschriften und damit einen einheitlichen Rechtsrahmen zu erzielen, muss diese Regelung ausdrücklich in § 8 Abs. 2 VVG-E übernommen werden.

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht (§ 19 VVG-E)

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt den Wegfall der „Nachmeldeverpflichtung“. Nach dieser Regelung musste der Verbraucher alle zwischen Antragstellung und Zusendung des Versicherungsschein relevanten Tatsachen dem Versicherer nachträglich melden. Wurde diese Pflicht verletzt, konnte der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

So hatte eine Verbraucherin zwischen Antragstellung und Zusendung des Versicherungsscheins erfahren, dass sie schwanger war und es verabsäumt, diesem Umstand dem Versicherer zu melden. Bei der Entbindung berief sich der Versicherer auf die Verletzung der Nachmeldeverpflichtung und wollte vom Vertrag zurücktreten. Solche Unterlassungen geschehen meist aus Unkenntnis. Auf die

Verpflichtung, zwischen Antragstellung und Erhalt des Versicherungsscheins eingetretene gefahrerhebliche Umstände nachzumelden, weisen die meisten Versicherer nämlich bei Übersendung der Police nicht mehr hin, die Nachmeldepflichtung wird lediglich im Versicherungsantrag erwähnt. Zudem erscheint es willkürlich, auf diesen Zeitraum und nicht auf den Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen. Lässt sich der Versicherer mehr Zeit, kann er nachträglich eintretende Risiken zusätzlich berücksichtigen, die ein Versicherer mit schneller Antragsbearbeitung nicht mehr berücksichtigen kann.

Ebenso positiv ist, dass die Anzeigepflicht künftig nur in Bezug auf nachgefragte Gefahrumstände bestehen. Die vorvertragliche Anzeigepflicht spielt bei Gesundheitsfragen eine große Rolle. Hier gibt es besondere Interessenkollisionen. Berufsunfähigkeitsversicherungen, private Krankenversicherungen oder eine zusätzliche Hinterbliebenenabsicherung mit ihren gezillmerten Tarifen versprechen hohe Provisionen für den Vertrieb. Der Vertrieb hat somit ein großes Interesse am Vertragsabschluss. Er „unterstützt“ den Verbraucher aber auch bei der Beantwortung von Gesundheitsfragen. Aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen gibt es immer wieder Fälle, in denen Krankheiten durch den Vertrieb verharmlost werden. Die vorgesehene Regelung bringt mehr Rechtssicherheit.

c) Frist zum Rücktritt bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 21 Abs. 3 VVG-E)

Der Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts hatte zunächst auf die für die private Krankenversicherung bestehende dreijährige Frist (§ 178 k VVG) verwiesen. Diese Frist trägt dem Interesse des Versicherungsnehmers Rechnung, in einem angemessenen Zeitraum Sicherheit darüber zu erlangen, dass der Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt Bestand hat. Eine Rückabwicklung nach vielen Jahren kann zu unzumutbaren Belastungen des Versicherungsnehmers führen, denen keine schutzwürdigen Interessen des Versicherers gegenüber stehen. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass bis zur Deregulierung im Jahre 1994 einheitlich eine dreijährige Rücktrittsfrist gegolten hatte. Klagen darüber haben wir seinerzeit von Seiten der Versicherungswirtschaft zu keiner Zeit vernommen. Nunmehr werden ebenso wenig stichhaltige Argumente für die Heraufsetzung der Frist vorgebracht. Ein pauschaler Verweis auf mögliche Gefahren für die Versicherungswirtschaft ist unzureichend; zumal die Versicherer selbst über ihr Provisionssystem einen Anreiz dafür schaffen, gegen die Anzeigepflicht zu verstoßen.

d) Prämien- und Leistungsänderung in der Lebensversicherung (§ 163 VVG-E)

In § 163 VVG-E sieht weit reichende einseitige Änderungsoptionen des Versicherers vor. Als Wirksamkeitsvoraussetzung soll es nach § 163 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 VVG-E genügen, wenn ein vom Versicherer bezahlter und eingesetzter Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und das Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen bestätigt hat. Bei derart weit reichenden einseitigen Änderungsrechten benötigen die Versicherungsnehmer eine Überprüfungsmöglichkeit. Wir schlagen daher vor, dass die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Prämie

nur wirksam werden darf, wenn der Versicherer die Aufsichtsbehörde entsprechend informiert und er dem Versicherungsnehmer die Herabsetzung, die Begründung für deren Notwendigkeit und das Geschäftszeichen der Behörde unverzüglich mitgeteilt hat. Die Versicherungsnehmer und Verbraucherverbände sollten nach unserer Ansicht die Möglichkeit erhalten, Gruppen von Versicherungsnehmern zur Durchführung von Sammelklagen zusammenzuführen, um die Anpassung auf einen gerichtlichen Prüfstand stellen zu können.

e) Prämien- und Bedingungsanpassung in der Krankenversicherung (§ 203 VVG-E)

Auch in § 203 VVG-E ist eine weit reichende einseitige Änderungsoptionen des Versicherers vorgesehen. hinsichtlich der Kritikpunkte wird auf die vorstehenden Ausführungen verwiesen.

6) Forderungen zu einzelnen Sparten:

In der **Sachversicherung** schlagen wir vor, fairere bzw. praxisgerechtere Regelungen zur Mehrfachversicherung, beim Erwerbberkündigungsrecht in Bezug auf die Prämienzahlungsverpflichtung von Veräußerer und Erwerber zu schaffen. Ferner regen wir an, dass selbst bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers all jene Schadenabwendungs- und Schadenminderungskosten voll erstattet werden müssen, die der Versicherungsnehmer bei Veranlassung der entsprechenden Maßnahmen für geboten halten durfte. Zudem schlagen wir vor, auf den Wiederbeschaffungswert abzustellen. Dies hindert die Versicherer nicht, abweichend davon zu vereinbaren, dass lediglich der Zeitwert bezahlt wird, schützt aber die Verbraucher vor unliebsamen Überraschungen. Beim Kündigungsrecht des Versicherers im Schadenfall schlagen wir eine Regelung vor, nach der der Versicherer nicht kündigen darf, wenn sich der Verbraucher im Zusammenhang mit dem Schadenfall nichts hat zuschulden kommen lassen.

In der **Rechtsschutzversicherung** schlagen wir in Bezug auf das Gutachterverfahren vor, auf das für die Verbraucher günstigere „Stichentscheidverfahren“ abzustellen.

In der **Berufsunfähigkeitsversicherung** wird dem Versicherer die Möglichkeit eingeräumt, in seinen Versicherungsbedingungen die „abstrakte Verweisung“ vorzusehen. Danach kann er dem in seinem zuletzt ausgeübten Beruf berufsunfähigen Versicherten die Zahlung der vereinbarten Rente mit der Begründung verweigern, er sei in der Lage, irgendeinen anderen zumutbaren Beruf auszuüben und zwar auch dann, wenn in diesem Beruf keine offenen Stellen zu bekommen sind. Der Verzicht auf eine solche Versicherungsbedingung ist bei den Untersuchungen der FINANZtest das wichtigste Kriterium für die Produktbewertung. In der Versicherungsberatung ist dieser Verzicht maßgebliches Auswahlkriterium. Daher sollte die Versicherungsbedingung nicht als gesetzliches Leitbild dienen.

In der **Unfallversicherung** wenden wir uns gegen die zu enge Definition des Unfallbegriffs und schlagen eine Entschärfung der in den Versicherungsbedingungen

der meisten Anbieter vorgesehenen Ausschlussfrist für die Anmeldung von Invaliditätsansprüchen vor.

In der **Krankenversicherung** müssen die Versicherer den Verbraucher von der entsprechenden Zahlungspflicht frei stellen, wenn Versicherer ihre Erstattungen wegen überhöhter Abrechnung des Arztes kürzen.

Bei der **Krankentagegeldversicherung** sollten sich Versicherer künftig nicht mehr auf Leistungsfreiheit berufen können, obwohl die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nur in geringem Umfang wiederhergestellt ist und er deswegen an der Erzielung von Einkommen gehindert ist. Ferner schlagen wir den Wegfall der Kündigungsmöglichkeit des Versicherers in den ersten drei Vertragsjahren vor, wenn der Versicherer weiß, dass der Versicherte selbständig ist.

In der **Reisekrankenversicherung** sollte gesetzlich geregelt werden, dass der Versicherungsschutz solange andauert, bis der Versicherte nach einem Versicherungsfall wieder transportfähig ist.