

**Hans Dieter Meyer \***  
ehem. Geschäftsführer des Bundes der Versicherten

**Kontakt <mailto:hansdmeyer@versanet.de>**

---

4. Juni 2006

Diese Stellungnahme ist auch abrufbar unter  
([www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/Stellungnahme-VVG-Reform-13.06.06.pdf](http://www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/Stellungnahme-VVG-Reform-13.06.06.pdf))

## **Stellungnahme**

**zur vom Bundesverfassungsgericht  
bis Ende 2007 geforderten  
Reform des Versicherungswesens**

**und**

**zum Referentenentwurf (Stand 13. März 2006)  
des Bundesministeriums der Justiz für ein  
Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts**

---

\* Beigefügt sind als Anhang zur Mail: „Schutz der Privatautonomie der Verbraucher durch Beseitigung ihrer Informationsunterlegenheit als Aufgabe des Gesetzgebers und der staatlichen Versicherungsaufsicht“ in: Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (Hg.), 100 Jahre materielle Versicherungsaufsicht in Deutschland, Berlin 2001, S. 827, Autor H. D. Meyer (siehe auch [www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/100JahreBAV.pdf](http://www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/100JahreBAV.pdf)); „Das Versicherung(un)wesen – eine Branche jenseits von Recht und Wettbewerb“, Heyne Taschenbuch 1993, Autor: H. D. Meyer (siehe auch [www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/Unwesen.pdf](http://www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/Unwesen.pdf)); „Wem gehören 800 / 1.500 Milliarden Mark ?“, in: Zeitschrift für Rechtspolitik, 1990 (siehe auch [www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/ZRP1990.pdf](http://www.versicherungsreform.de/Dokumente/PDF/ZRP1990.pdf))

## Inhaltsverzeichnis

I.	Die Situation im Versicherungswesen seit dem 19. Jahrhundert .....	4
II.	Die rechtliche Situation vor der Reform.....	6
III.	Die möglichen Entscheidungen der Zivilgerichte nach Aufhebung ihrer Urteile durch das BVerfG (z. B. BGH-Urteil 2001) .....	8
	1. Die (unwirksame) Regelung der Überschussbeteiligung in den AVB .....	9
	2. Ergänzende Vertragsauslegung der Kapitalversicherung .....	9
IV.	Das neue „Versicherungs-/Dienstleistungs-/Geschäftsbesorgungs- modell“ .....	10
	1. Prämientrennung und Preisangabe für Versicherungsdienstleistungen .....	14
	a) EU-Richtlinie fordert Preisangabe für Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung.....	14
	b) Versicherungsunternehmen sind Dienstleistungsunternehmen und Kapitalanlagegesellschaften .....	17
	c) Überschüsse und Erträge aus Versichertengeld „gehören“ den Versicherten.....	18
	2. Prämienversicherung: Keine Preisangabe, kein Wettbewerb.....	20
V.	Wem gehören 1 Billion Euro ? .....	21
VI.	Zur Versicherungsreform.....	23
	Zu 1. Anstehende Entscheidungen des BVerfG .....	23
	a) Feststellung von Wucher erfordert Prämientrennung .....	23
	b) Der Versicherungsvertrag muss entsprechend §§ 741, 675 BGB	

und KAGG neu geregelt werden .....	24
<b>Zu 2. Falsche Regelungen zu den ökonomischen Vorgängen</b>	
<b>im Versicherungswesen .....</b>	<b>25</b>
a) Referentenentwurf: Ein ökonomisch unsinniger § 1 E VVG .....	25
b) § 1 E des Referentenentwurfs regelt nicht die Dienstleistungen des Unternehmens.....	28
c) Abschaffung der Prämienversicherung .....	30
d) Versicherungssteuer nur auf Dienstleistungspreise (als einzige „Wertschöpfung“) .....	31
e) Rückruf des Referentenentwurfs und Auftrag für ein Gutachten über die ökonomischen Vorgänge im Versicherungswesen .....	32

I.

## Die Situation im Versicherungswesen seit dem 19. Jahrhundert

Das deutsche Versicherungswesen wird seit über 100 Jahren von den Versicherungs-Aktiengesellschaften und ihren Wissenschaftlern beherrscht... und mit ihrer Prämienversicherung. In der Prämienversicherung sind mehrere Vorgänge vermengt: (1) ein Entgelt für die Dienstleistungen der Gesellschaften (2) die Beitragszahlung für den „Schadenstopf“ und (3) Spargelder der Versicherten. Wieviel der einzelne Versicherte wofür bezahlt, erfährt er nicht.



MULTINATIONAL MONITOR 10/80 / Cartoon: Hans Dieter Meyer

Diese Karikatur zeigt die Problematik der Versicherung mit einer ungeteilten Prämie: Die Versicherten zahlen aus Sicherheitsgründen ständig überkalkulierte Prämien. Die ständig anfallenden Überschüssen müssten eigentlich den Versicherten wieder zugute kommen, werden aber von den Versicherungs-Aktiengesellschaften als „Gewinn“ vereinnahmt. – Worin soll dafür die Gewinnberechtigung liegen?

Schon im Jahre 1877 hatte Elizur Wright, Insurance Commissioner in den Vereinigten Staaten von Amerika, in seinem Buch „Fallen geködert mit Waisenkindern“ über die Prämienversicherung geschrieben:

„Da in der Versicherungspolice Dinge miteinander vermengt sind, die getrennt werden sollten, und weil das Wissen darüber, was bei einem solchen Vertrag eigentlich vor sich geht, zwangsläufig fast vollständig nur auf einer Seite vorhanden ist, und weil dadurch die Möglichkeit des Schwindels so groß ist, muss man sich fragen, ob Lebensversicherungen jemals mit einem gewissen Grad an Ehrlichkeit betrieben werden.“

Schon vor 100 Jahren begründete der deutsche Gesetzgeber die Einrichtung einer staatlichen Versicherungsaufsicht damit,

dass „von einem Mißbrauche des Versicherungswesens die Gefahr schwerster Schädigung des Volkswohls droht, die um so näher liegt, als selbst der sorgame und verständige Bürger zu eigener zuverlässiger Beurteilung der Anstalten, denen er sich anvertrauen muß, regelmäßig nicht imstande ist.“ (Siehe zur Historie die Literaturhinweise auf dem Titelblatt)

Das System der unregulierten Vertrags- und Vermögensverhältnisse mit darüber gestülpter Staatsaufsicht hat versagt und die „Schädigung des Volkswohls“ war 100 Jahre lang Realität. Das hat im Jahre 2005 das BVerfG festgestellt (siehe folgendes Kapitel II). Die Versicherten haben in 100 Jahren Hunderte von Milliarden an Mark und Euro verloren dadurch, dass die „Prämienversicherer“ Versichertengeld, dessen Überschüsse und Erträge durch „Querverrechnungen“ zum Ausgleich ihrer unternehmerischen Verluste und als Gewinn missbraucht haben bzw. haben verschwinden lassen (in „stillen Reserven“ oder durch Vermögensverschiebungen im Konzern). Die Versicherten waren trotzdem nicht bedarfsgerecht versichert. Und sie haben bei der Geldanlage fürs Alter viel Geld verloren, vor allem bei der Kündigung von als unsinnig erkannten Kapitallebensversicherungen. Millionen von Witwen und Invaliden lebten und leben mit ihren Familien in finanzieller Not, weil Versicherungsvermittler ihnen sinnvolle Risikolebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen nicht angeboten und vermittelt haben.

Die Milliardenverluste der Versicherten haben viele Ursachen, vor allem Intransparenz und die Unwissenheit der Verbraucher, so ein EMNID-Bericht vom Februar 1999:

Bei allen Aspekten zur Überschussbeteiligung haben sich bedeutsame Quoten von Befragten ergeben, die aus mangelndem Wissen oder Unverständnis die Antwortkategorie „weiß nicht“ gewählt haben. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung nicht weiß, wie die Überschussbeteiligung zu Kapitallebensversicherungen funktioniert. Knapp zwei Drittel der Befragten, die dieses zu wissen glauben (insbesondere Besitzer von Kapitallebensversicherungen), betrachten die anfallenden Risiko- und Zinsüberschüsse als ein Kapital, das den Versicherungsnehmern zusteht und das die Versicherer durch Abschreibungen, Vermögensverschiebungen innerhalb der Konzerne und Ausgleich von Kostenüberschreitungen nicht dezimieren dürfen. Sie glauben zu über achtzig Prozent, dass die Versicherten an den tatsächlich entstandenen Zins- und Risikoüberschüssen beteiligt werden und Gesetze und die staatliche Aufsichtsbehörde deren Dezimierung verhindern .....IRRRTUM !

Weitere Ursachen für das Nichtfunktionieren des Versicherungswesens sind die Versicherungswissenschafts-Abhängigkeit der Rechtsprechung, Branchenabhängigkeit der Versicherungswissenschaft, Branchenabhängigkeit und Lobbyismus vieler Politiker, mangelhafte Staatsaufsicht und Gesetzgebung (wie auch vom BVerfG im Jahre 2005 festgestellt).

## II.

### Die rechtliche Situation vor der Reform

Von sechs Verfassungsbeschwerden, die das BVerfG Anfang 2002 vorerst angenommen („zugestellt“) hatte, wurden inzwischen vier entschieden. Das Bundesverfassungsgericht hat am 26.07.2005 zu drei Verfassungsbeschwerden festgestellt, dass das bundesdeutsche Versicherungswesen unregelmäßige Vertrags- und Vermögensverhältnisse aufweist und das 100jährige System der „Ungeregeltheiten mit darüber gestülpter Staatsaufsicht“ versagt hat. Als verfassungswidrig sieht das BVerfG insbesondere an, dass der Gesetzgeber nicht eingegriffen hat. Ohne konkrete Vorgaben, aber mit Hinweisen auf viele denkbare Möglichkeiten, für geregelte Verhältnisse zu sorgen, hat das BVerfG dem Gesetzgeber aufgegeben, bis zum 31.12.2007 im Bereich der Überschussbeteiligung und Bestandsübertragungen von Lebensversicherungsunternehmen, insbesondere zu Fragen der Kostenquerverrechnung und stillen Reserven, Transparenz herbeizuführen, so das Urteil des BVerfG vom 26.07.2005 – 1 BvR 80/95 – Absätze 83, 84, 87, 96, 97 und 98:

„a) Durch zivilrechtlichen Rechtsschutz im Rahmen des **Versicherungsvertragsrechts** sind die Interessen der einzelnen Versicherten nicht wirkungsvoll gewahrt.

Dies zeigen die mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Entscheidungen der Zivilgerichte. Die Gerichte konnten dem Vertragsrecht allgemein und dem Versicherungsvertragsrecht im Besonderen sowie den darauf bezogenen Allgemeinen Geschäftsbedingungen keine Regelung entnehmen, die als Grundlage eines Anspruchs der Beschwerdeführer auf Auskunft über mögliche, aus dem Risiko- und Sparanteil der gezahlten Lebensversicherungsprämien erzielte Überschüsse und Erträge hätten dienen können. Auch verneinten sie darauf bezogene Zahlungsansprüche.

b) Auch das **Versicherungsaufsichtsrecht** auf dessen Kontrollmöglichkeiten die Zivilgerichte verweisen, wird dem objektivrechtlichen Schutzauftrag aus Art. 2 Abs.1 und Art 14, Abs. 1 GG nicht gerecht.“

„Der Gesetzgeber, der seiner aus Art. 2 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG folgenden Schutzpflicht bisher nicht nachgekommen ist, wird im Rahmen des ihm zukommenden Gestaltungsspielraums Lösungen zur Beseitigung des Schutzdefizits bereitzustellen haben.

1. Angesichts der nicht zuletzt durch Richtlinien der Europäischen Union ausgelösten Anstöße zur Anpassung des deutschen Rechts an die rechtlichen und tatsächlichen Entwicklungen wird der Gesetzgeber insbesondere zu klären haben, ob die zukünftige Zuordnung der Rechtspositionen der verschiedenen Versicherten und der Versicherer im vorhandenen rechtlichen Rahmen oder im Zuge weiterer Veränderungen der rechtlichen Strukturen des Lebensversicherungsrechts und des mit ihm verknüpften Gesellschaftsrechts sowie des Bilanzrechts erfolgen soll. In die Prüfung können Möglichkeiten zur Sicherung größerer Transparenz hinsichtlich der Entwicklung von Überschussquellen und der Auskehrung von Überschüssen und zur Verbesserung des Informationszugangs für die Betroffenen ebenso einbezogen werden wie neue verfahrensmäßige Wege zum Schutz der betroffenen Belange. Auch kann die Funktionsweise des Wettbewerbs durch ergänzende Informationen etwa über Abschluss- und Verwaltungskosten sowie über Möglichkeiten der Querverrechnung und sonstige Konditionen der weiteren Abwicklung des Versicherungsvertrags verbessert werden. In Betracht kommen auch Regelungen über eine versicherungsspezifische Bilanzierung der Vermögenswerte unter detaillierter Offenlegung von Bewertungsreserven, die eine teilweise Berücksichtigung bei der Überschussbeteiligung ermöglichen, ohne dass stille Reserven realisiert werden müssten.
2. Der Gesetzgeber hat bis zum 31. Dezember 2007 eine Regelung zu treffen, die den Anforderungen der Art. 2 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG gerecht wird.“

Die vierte Verfassungsbeschwerde, die sich gegen die intransparente Verrechnung von Abschlusskosten bei Kündigungen von Lebensversicherungen gerichtet hatte, war „im Kern erfolgreich“ (so das BVerfG), wurde aber im März 2006 zurückgewiesen,

- weil inzwischen der BGH im Oktober 2005 in einem gleich gelagerten Fall im Sinne der Beschwerdeführer entschieden und damit gezeigt hatte, dass die Zivilgerichtsbarkeit in Fällen der Rückkaufwertberechnungen Rechtsschutz bieten kann (der BGH hat den Fall an das LG Hannover zurückverwiesen), und

- weil der dem Beschwerdeführer nach der Kündigung seiner Lebensversicherung zustehende Betrag von etwa 1.400 DM „so geringfügig“ gewesen sei, dass eine Annahme nicht angezeigt war (Rn 80).

Dem BVerfG liegen jetzt noch zwei vorerst angenommene („zugestellte“) Verfassungsbeschwerden vor

- (1) gegen ein Urteil des LG Hamburg aus dem Jahre 1997, das festgestellt hatte, Wucher in der Unfallversicherung sei wegen der Vertragsstruktur einer Prämienversicherung nicht zu ermitteln (1 BvR 240/98),
- (2) gegen ein Urteil des BGH aus dem Jahre 2001, wonach Anbieter von Kapitallebensversicherungen in ihren AVB nicht auf die Möglichkeiten hinweisen müssen, dass sie die Überschüsse aus Versichertengeld durch Kostenquerverrechnungen dezimieren und Teile des Versichertengeldes in stillen Reserven verschwinden lassen (können), 1 BvR 1080/01.

Es ist zu vermuten, dass das BVerfG die zwei Verfahren als Urteilsverfassungsbeschwerden behandelt und die angegriffenen Urteile aufhebt.

### III.

#### **Die möglichen Entscheidungen der Zivilgerichte nach Aufhebung ihrer Urteile durch das BVerfG (z. B. BGH-Urteil 2001)**

Für die laufende Reform ist ganz entscheidend, wie die Zivilgerichte nach einer Aufhebung ihrer Urteile deren Verfassungswidrigkeit beheben können bzw. beheben werden, ob das BVerfG dafür eventuelle Vorgaben machen wird und wie diese aussehen.

Zum BGH-Urteil 2001 (Überschussbeteiligung) Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass es ein erheblicher Nachteil für Lebensversicherungssparer ist, wenn das Unternehmen den Umfang der Überschussbeteiligung weitgehend einseitig bestimmen kann und der Interessent vor dem Abschluss des Vertrages und auch später (als Versicherter) über die AVB davon nichts erfährt.

## 1. Die (unwirksame) Regelung der Überschussbeteiligung in den AVB

Seit 1995 verwenden alle deutschen Prämienversicherer Versicherungsbedingungen, in denen sich – nahezu wortgleich – folgende Formulierungen zur Überschussbeteiligung befinden:

„Die Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und des Handelsgesetzbuches (HGB) und den zu diesen Gesetzen erlassenen Rechtsverordnungen. Die Überschussbeteiligung nehmen wir nach Grundsätzen vor, die § 81c VAG und der dazu erlassenen Rechtsverordnung entsprechen und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht.“ (Lesenswert hierzu das Urteil des OLG Stuttgart. VersR 1999, 832, siehe unten unter VI zu 1, b, Seite 24)..

Der Hinweis auf die „Ermittlung“ (nicht Entstehung) der Überschüsse bzw. des Rohüberschusses „nach den Vorschriften des HGB“ oder „nach handelsrechtlichen Gesichtspunkten“ bedeutet (grob beschrieben):

- Die Prämien gehen – wie Preise – als Umsatz in die GuV-Rechnung ein.
- Die Unternehmen können die Prämien für Kosten verwenden, wie sie wollen.
- Die Unternehmen können Versicherten-Spargeld in stillen Reserven – auch für immer – verschwinden lassen.
- Die Unternehmen können Versichertengeld durch falsche Kostenzuordnungen über die Rückversicherung und durch andere Vermögensmanipulationen – auch für immer – im Konzern verschwinden lassen.
- Die Unternehmen können trotz Missmanagements einen Teil des Jahresüberschusses am Jahresende per Beschluss in einen ungerechtfertigten Gewinn umwandeln.

Am Ende dieses „Leidensweges“ steht ein Rest des Versichertengeldes zur – wiederum beliebigen – Verteilung an die Versicherten zur Verfügung – als „Überschussbeteiligung“.

## 2. Ergänzende Vertragsauslegung der Kapitalversicherung

Der BGH wusste sicher ganz genau, dass diese Nachteile der Kapitalversicherung in den AVB transparent dargestellt werden müssen, hatte aber offenbar Angst vor den Folgen einer entsprechenden Entscheidung. Die Richter fürchteten offenbar einen Zusammenbruch des Versicherungswesens durch die Unwirksamkeit aller Kapitallebensversicherungen. Dabei führt die Unwirksamkeit von AVB nicht gleichzeitig zur Unwirksamkeit von Verträgen oder Rechtsverhältnissen (§ 307 BGB, früher § 9 AGBG a. F.):

- Der BGH (wie auch das LG Hannover) müssen als Erstes feststellen, dass die Bedingungen zu Kapitallebensversicherungen wegen unangemessener Benachteiligung der Verbraucher und Versicherten unwirksam sind.
- Danach muss der BGH – wie in der Entscheidung vom 12.10.2005 zum Rückkaufswert (IV ZR 162/03, Abs. 44 ff.) – nach Möglichkeiten suchen, das Rechtsverhältnis zwischen Versicherten und Unternehmen durch ergänzende Vertragsauslegung oder Rechtsfortbildung abzuändern, um es zu erhalten.

Die Lösung ist relativ einfach, wenn man sich vom Prämienversicherungs-Denken löst und „back to the roots“ der Versicherung als gemeinschaftlicher, gegenseitiger Hilfe geht.

#### IV.

##### **Das neue „Versicherungs-/Dienstleistungs-/Geschäftsbesorgungsmodell“**

Die Zahlung und Vermischung von Geld durch eine große Zahl von Menschen zu einem bestimmten Zweck (hier: Versicherung, Geldanlage, Altersvorsorge) ist eine sogenannte „Tathandlung“ (Palandt, § 741 BGB, Randnr. 2; Überblick vor § 104 BGB, Randnummer 9), die kraft Gesetzes (hier: § 741 BGB) die Rechtsfolge einer „Gemeinschaft“ hat.

Die Gemeinschaft ist rechtsfähig, soweit sie bei der Verwaltung des gemeinschaftlichen Vermögens am Rechtsverkehr teilnimmt (BGH in einem Beschluss vom 2. Juni 2005, V ZB 32/05, zur Wohneigentümergeinschaft).

Die Versichertengemeinschaft wird zum „Versicherer“, indem die Versicherten mit ihren Beiträgen ein Vermögen bilden, aus dem die Zahlungen für Versicherungsfälle erbracht werden.

Die Willensbildung in den Versichertengemeinschaften ist kein Problem, wie die Verhältnisse in den USA zeigen. Hat sich der Verbraucher ein Versicherungsdienstleistungsunternehmen ausgesucht und bei diesem eine Auswahl der für ihn passenden Bedingungen mit bedarfsgerechten Bausteinen getroffen, dann kann er in den USA nach dem Vertragsabschluss jeden Tag – ohne Angaben von Gründen – seine Versicherungsscheine zurücksenden (als „Tathandlung“, die als Kündigung gilt – bei taggenauer Beitragserstattung), wenn ihm die Verwaltung nicht gefällt, das Management zu hohe Gehälter bezieht, schlecht wirtschaftet oder die Bausteinbedingungen nicht bedarfsgerecht weiter entwickelt. Oder er wartet das nächste „renewal“-Angebot ab, das

er jedes Jahr zu jeder Versicherung zur Erneuerung bzw. Anpassung an neue Bedingungsbausteine oder Beiträge erhält, und zahlt – bei Nichtgefallen – einfach den Beitrag nicht. Er braucht für seine Entscheidungen keine Mehrheiten in Mitgliederversammlungen oder Verwaltungsbeiräten.

Die meisten Amerikaner sind über Independent Agents versichert. Diese beobachten die Aktivitäten der Versicherungsdienstleistungsunternehmen sehr professionell und können – wegen der täglichen Kündbarkeit der von ihnen verwalteten Verträge – ganze Bestände innerhalb weniger Tage von einem „Versicherungsverwalter“ auf einen anderen übertragen – oder zumindest damit drohen.

Daneben kann jeder Verbraucher in den USA sich von den Insurance Commissioners sogenannte „Insurance Consumer Shopping Guides“ schicken lassen oder per Internet abrufen, die interne Finanzdaten aller Anbieter enthalten.

Hat ein Wohnungsbesitzer einen Elementarschaden – z. B. durch Erdbeben oder Überschwemmung - erlitten, ist ein Wechsel für ihn kein Problem, weil es in den USA staatliche Elementarschadensversicherungen gibt, für die alle Wohnungsbesitzer über ihre homeowner-Versicherungen Zwangsbeiträge zahlen müssen, die von der Federal Insurance Administration in einem Pool verwaltet werden.

Solche Verhältnisse sind beispielhafte Vorschläge für die laufende Versicherungsreform in Deutschland und können durchaus zur Herstellung von Bedingungs- und Service-Wettbewerb und Privatautonomie in Versichertengemeinschaften (Art. 2 GG) gestützt werden.

Das Versicherungsdienstleistungsunternehmen wird – in Fremddorganschaft – Verwalter der Versichertengemeinschaft und von deren Verträgen alleine dadurch, dass das Unternehmen entsprechende (Verwaltungs-)Dienstleistungen erbringt, die auch „Tathandlungen“ sind (Palandt, Überblick vor § 104 BGB, Rn 9), die kraft Gesetzes (hier: § 677 BGB) die Rechtsfolge einer „Geschäftsführung ohne Auftrag“ haben.

Mit dieser ergänzenden Vertragsauslegung haben wir die Versichertengemeinschaft, von der alle reden (auch BVerfG 1 BvR 80/95, Rn. 95 und BGH IV ZR 162/03, Abs. 41 und 60, sprechen von einem „für das Versicherungsrecht typischen Gedanken einer Risikogemeinschaft“), die aber noch keiner entdeckt hat. Wir haben die Gemeinschaftsvermögen, die „bei den Unternehmen mit den von den Versicherten gezahlten Beiträgen geschaffen worden sind“ (BVerfG 1

BvR 80/95, Rn. 56, 58, 59, 64, 69, 74; auch 1 BvR 957/96, Rn. 199 zum VVaG: „Es liegt eine Eigenleistung der Vereinsmitglieder vor.“). Wir haben klare Rechtsverhältnisse zwischen Versicherten (als Beitragszahler mit vermögensrechtlichen Ansprüchen und als Gläubiger im Versicherungsfall) und der Versichertengemeinschaft auf der einen Seite und der Versichertengemeinschaft und dem Versicherungsdienstleistungsunternehmen (als Verwalter) auf der anderen Seite – ein Rechtsverhältnis, das auch noch keiner entdeckt hat.

Das BVerfG hat die den Verfahren zugrunde liegenden ökonomischen und rechtlichen Vorgänge nicht näher geprüft, sondern angenommen (1 BvR 80/95, Rn 81 ff):

„Die Gerichte konnten dem Vertragsrecht allgemein keine Regelungen entnehmen, die als Grundlage eines Anspruchs auf Auskunft hätten dienen können. Auch verneinen sie darauf bezogene Zahlungsansprüche.“ Die Gerichte hätten eine Verletzung zivilrechtlicher Normen oder einen Verstoß insbesondere gegen § 9 AGB-Gesetz a. F. nicht festgestellt.

Auf dieses Rechtsprechungs- bzw. Rechtsfortbildungsvermögen stützt das BVerfG seine Annahme, es gebe ein Gesetzgebungsdefizit. Der Gesetzgeber habe davon abgesehen, rechtliche Maßstäbe vorzugeben und deren – auch gerichtliche – Prüfung zu ermöglichen (auch im Rahmen einer Interessendurchsetzung).

Richtig ist: Es gibt gesetzliche Regelungen zur Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB) für Auskunftspflichten (§ 666 BGB) und Maßstäbe für den Ersatz von notwendigen Aufwendungen (§ 670 BGB) und für nicht vereinbarte Vergütungen (§ 612 BGB).

Würden die Unternehmen ihre Prämie aufteilen in Preis/Beitrag/Sparanteil, gäbe es keine Probleme mehr im Bereich der Vertrags- und Vermögensverhältnisse. Wir hätten Transparenz, Preisangaben, Leistungsbeschreibungen und Wettbewerb um die Dienstleistungen. Die Branche gibt selbst zu, dass es Wettbewerb um Versicherung nicht geben kann. Wir hätten eindeutige Jahresabschlüsse und Bilanzen mit Sondervermögen aus Versichertengeld.

Interessant ist, dass neuerdings die Allianz genau diese Versicherungsform anbietet, so die Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 22.04.2006, Seite 19:

### „Scharia Policen

Die Allianz ist in Asien in das Geschäft mit Policen eingestiegen, die nach islamischem Recht gestaltet sind.... Die Versicherungsnehmer zahlen ihre Beiträge in einen gemeinsamen Sozialfonds ein. Der schüttet die Gewinne größtenteils aus. Die Allianz aber nimmt Gebühren für die Fondsverwaltung.“ (Zusatzinformation: In Deutschland leben 2,7 Mio Muslime, weltweit 1,06 Milliarden)

In den USA musste die Allianz in den 90iger Jahren eine Millionen-Dollar-Strafe zahlen, weil sie ihre (deutsche) Kapitallebensversicherung als Altersversorgungsinstrument angeboten hatte.

Es gäbe keine Überschussbeteiligung, keine Modellrechnungen und keine Rückkaufswerte mehr, sondern Regelungen nach dem Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften (KAGG). Wer beim Sparen periodisch „geglättete“ Renditen haben möchte, könnte diese über ein „Überschuss-Sondervermögen“ vereinbaren, müsste dafür aber nicht sein gesamtes Spargeld dem Verwalter zur weitgehend freien Verfügung überlassen. Und last but not least: Die Unternehmen könnten keine „Querverrechnungen“ mehr vornehmen und ihre Gewinne nicht mehr aus Treuhandgeld beschließen, sondern müssten sie über Preisangaben im Wettbewerb erwirtschaften.

Danach können auf die „Versicherung“ und sogar auf die „Prämienversicherung“ als Rechtsverhältnis zwischen dem Unternehmen und der Versichertengemeinschaft alle Vorschriften der entgeltlichen Geschäftsbesorgung oder der Geschäftsführung ohne Auftrag Anwendung finden, insbesondere (entsprechend dem EMNID-Umfrageergebnis, s. oben Seite 5)

- § 677, 675 BGB (GoA oder entgeltliche Geschäftsbesorgung),
- § 683 i. V. mit § 670 BGB (Ersatz notwendiger [!] Aufwendungen),
- §§ 666, 667, 668, 669 BGB (Auskunfts-, Rechenschafts-, Herausgabe-, Verzinsungspflichten),
- § 612 BGB (bei Nichtangabe eines Dienstleistungspreises ist die übliche [!] Vergütung für ähnliche Dienstleistungen zu zahlen, die gegebenenfalls nach §§ 315 ff BGB durch Gerichte zu bestimmen ist).
- Siehe hierzu auch § 27 WEG.

Dann müssten die Gerichte bzw. das BVerfG vorgeben, dass aus Gründen der Prozessökonomie für Altverträge mit Prämienversicherungscharakter Formeln entwickelt werden (durch Urteile in Zusammenarbeit mit der BaFin), nach denen für eine Übergangszeit eine Ermittlung der

„üblichen Vergütung“ (§ 612 BGB) und der „notwendigen Aufwendungen“ (§§ 683, 670 BGB) nach objektiven Maßstäben – vor allem ausgehend von den tatsächlichen Zahlungen für Versicherungsfälle in der Vergangenheit – berechnet werden können.

## **1. Prämientrennung und Preisangabe für Versicherungsdienstleistungen**

Für die Zukunft müssen die Unternehmen – als Ergebnis der Versicherungsreform – ohnehin ihre Prämien auftrennen, damit es zu einer Preisangabe für Versicherungsdienstleistungen, zu erkennbaren und bilanzierbaren Vermögensverhältnissen und einer neuen Rechnungslegung kommt.

### **a) EU-Richtlinie fordert Preisangabe für Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung**

Das fordert die EU-Fernabsatz-Richtlinie 2002/65/EG vom 23.09.2002. Das Europäische Parlament hat erkannt:

„Vor Abschluss eines Vertrages sollen dem Verbraucher die erforderlichen Vorabinformationen zugehen, damit er die ihm angebotene Finanzdienstleistung entsprechend beurteilen und folglich seine Entscheidung in Kenntnis aller Umstände treffen kann.“ (Erwägungsgrund 21)

Es ist einhellige Meinung, dass die entsprechenden Informationspflichten nicht nur für Fernabsatzverträge gelten, sondern für alle Versicherungsverträge (so auch die Begründung zum VVG-Gesetzesentwurf, A II, Seite 3, und B zu § 7, Seite 33).

Nach Artikel 3 Abs. 1 der Richtlinie sind dem Verbraucher „rechtzeitig, bevor er durch einen Vertrag oder durch ein Angebot gebunden ist, Angaben zu den wesentlichen Merkmalen der Finanzdienstleistung zu machen und die Preise anzugeben, die er dem Anbieter für seine „Finanzdienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung und Geldanlage“ (Art. 2 Buchstabe b) schuldet.

Erstaunlich (wenn nicht schon unverfroren) ist die Umsetzung der Richtlinie durch den deutschen Gesetzgeber bzw. die verantwortlichen Referenten und ihre „Formulierungshelfer“:

Sie haben als Erstes den „Versicherungsbereich“ wegen seiner (angeblichen) „Besonderheiten“ aus der allgemeinen Umsetzung der Richtlinie im BGB ausgeklammert (BT-Drucksache 15/2946, Begründung A I).

Dann haben sie in der Begründung (a.a.O. A III und B, Seite 18) geschrieben:

„Mit der ausdrücklichen Einbeziehung der ‚Versicherung‘ in den Begriff der Finanzdienstleistungen (Art. 2 Buchstabe b der Richtlinie)“ sollen auch „dementsprechend Versicherungen von der Definition (Anm. Finanzdienstleistungen) umfasst“ sein.

Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass der Begriff „Finanzdienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung“ gerade nicht die „Versicherung“ mit umfasst, sondern – im Gegenteil – die Vorgänge „Finanzdienstleistungen“ und „Versicherung“ trennt.

Dessen ungeachtet hat der Gesetzgeber bzw. haben die Referenten und ihre „Formulierungshelfer“ mit dem „Gesetz zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen“ vom 02.12.2004 (BGBl 2004, Seite 3102) in das VVG eine „Anlage zu § 48 b“ mit folgendem – nicht richtlinienkonformen – Text eingefügt:

1. Der Versicherer muss dem Versicherungsnehmer gemäß § 48 b folgende Informationen zur Verfügung stellen:

- d) wesentliche Merkmale der Versicherung,
- f) den Gesamtpreis der Versicherung...

Zur Erinnerung: In der Richtlinie 2002/65 EG werden gefordert

Angaben zu den wesentlichen Merkmalen und dem Preis der „Finanzdienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung und Geldanlage“.

Im VVG-Gesetzentwurf wird „beiläufig“ erwähnt, dass nach § 7 E („Information des Versicherungsnehmers“) das BMJ ermächtigt werden soll, eine Informationspflichten-Verordnung zu erlassen und dabei u. a. die Angaben nach der Richtlinie 2002/65/EG zu beachten (§ 7 E Abs. 2). Dadurch kommt es unvermeidlich zu folgendem Konflikt:

- In der Richtlinie werden Informationen zum „Preis der Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherungen und Geldanlagen“ gefordert.

- In § 7 E Abs. 2 steht, dass beim Erlass der Informationspflichten-Verordnung die „Angaben der Richtlinie 2002/65/EG beachtet werden“ sollen.
- In der Anlage zu § 48 b des geltenden VVG wird aber nur die Angabe der Prämie als „Preis für die Versicherung“ gefordert.
- In § 1 des VVG-Referentenentwurfs steht, dass die Prämie ein „Entgelt“ sein soll. (Wofür?)

Diese Konfusion, die die Referenten vom BMF und BMJ mit ihren „Formulierungshelfern“ ange richtet haben, hat auch erhebliche Auswirkungen auf das Widerrufsrecht (§§ 8, 9, 152 VVG-E):

Nach der Richtlinie 2002/65/EG (Art. 3 Abs. 1 Ziffer 3a, Art 6 und 7) und der Heininger-Recht sprechung des EuGH erlischt das Widerrufsrecht erst (evtl. nach vielen Jahren), wenn der An bieter die Informationspflichten bezüglich der „wesentlichen Merkmale und Preise der Dienst leistungen im Zusammenhang mit Versicherungen und Geldanlagen vollständig“ erfüllt hat.

Nach der deutschen (Nicht-)Umsetzung der Richtlinie erlischt das Widerrufsrecht bereits dann, wenn das Unternehmen dem Verbraucher die AVB ausgehändigt und die Prämie genannt hat. Mit anderen Worten: In Deutschland würde sich nichts ändern.

Hier wäre interessant, wenn sich der Bundespräsident, die Bundesregierung, die Bun deskanzlerin, der Bundesminister der Finanzen, die Bundesministerin der Justiz, Par teien und Medien mit den Versicherungsgesetzgebungsverfahren (!) der letzten 25 Jah re befassen würden, bevor es Untersuchungsausschüsse oder andere Ermittlungsbe hörden tun. Schließlich geht es um 1 Billion Euro angesammeltes Vermögen, von dem keiner so recht weiß, wem es gehört. Und es geht um den (miserablen, meist viel zu teuren) Versicherungsschutz der Bundesbürger (siehe Verfassungsbeschwerde zum „Wucher“). Und es geht um die eigenverantwortliche (aber meist unrentable) Altersvor sorge der Bundesbürger über kapitalbildende Versicherungen.

Allein schon wegen dieser schwerwiegenden grundsätzlichen Fehler, die sich auf alle wesentlichen Reformvorschläge negativ auswirken (von der Kapitalversicherung über die Rechnungslegung bis hin zur Versicherungssteuer, die nur auf die Dienstleistungs preise erhoben werden dürfte) wäre die Bundesjustizministerin gut beraten, den Ge setzentwurf ihrer Referenten und deren „Formulierungshelfer“ zurück zu rufen und meh rere Gutachten an unabhängige (!) Wirtschaftswissenschaftler bzw. Institute zu verge ben für eine Analyse der ökonomischen Vorgänge im Versicherungswesen.

1. Prof. Reimer Schmidt hatte schon vor 20 Jahren festgestellt, dass auch in der Zeit um 1900 das „Problem war, dass das Versicherungswesen durch die Versicherungsrechts-wissenschaft gestaltet wurde, ohne dass es wesentliche ökonomisch-wissenschaftliche Vorarbeiten gab und ohne dass die Gesetzgeber nennenswert mitwirkten“. Darnals wie heute haben die Verantwortlichen nicht erkannt, dass Versicherung ein „primär ökonomisches Phänomen“ ist und dass „die gedankliche Funktion eines Aufberei- ters der großen Fragen der Privatversicherung von den Juristen auf die ökonomischen Wissenschaften übergegangen ist, besonders auf die Betriebswirtschaftslehre“. (Siehe Titelseite unten; siehe Anlage „Schutz der Privatautonomie .....“, Fn 22, 23, 24)

#### **b) Versicherungsunternehmen sind Dienstleistungsunternehmen und Kapitalanlagegesellschaften**

Auch die Art und Weise, wie die Beitragseinnahmen von Versicherungsunternehmen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen aller Länder verbucht werden, erfordert eine Aufteilung der Versicherungsprämien:

*Statistisches Bundesamt, Die Versicherungsunternehmen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, Wirtschaft und Statistik, 1970, Heft 7, 331-337: „Die wichtigsten und typischen Einnahmen und Aufwendungen der Versicherungsunternehmen sind die Beitragseinnahmen und die Leistungen aus Versicherungsverträgen. In den VGR, speziell bei der Berechnung der Produktionsleistung der Versicherungsunternehmen sowie ihres Anteils an der Einkommensverteilung, -umverteilung und Geldkapitalbildung, bieten gerade diese Transaktionen besondere Schwierigkeiten. Sie beruhen bei den **Beitragseinnahmen** darauf, dass diese **nicht nur Entgelt für die Dienstleistungen der Versicherungsunternehmen** sind, sondern im Normalfall gleichzeitig auch den individuellen **Beitrag der Versicherungsnehmer zur Deckung von Schäden** und - im Falle der Lebensversicherung - **auch Sparleistungen (Kapitalansammlungsanteile)** enthalten, die das Versicherungsunternehmen bis zum Eintritt der Fälligkeit verwaltet und bezüglich derer es die **Funktion eines Kapitalanlageunternehmens** ausübt. **Der Dienstleistungsanteil ist das eigentliche Entgelt für die Dienstleistung der Versicherungsunternehmen** und geht als solches in die Berechnung des Bruttoproduktionswertes der Versicherungsunternehmen ein. Der **Risikoanteil** dient der Deckung der anfallenden Schaden- bzw. Versicherungsfälle und stellt ein **Element der Umverteilung dar**. Der Kapitalansammlungsanteil wird schließlich bei der Darstellung der Veränderung der Kreditbeziehungen berücksichtigt. Für die Darstellung im Kontensystem wird unterstellt, dass die **Vermögenserträge und Kursgewinne**, die neben den Risiko- und*

Kapitalansammlungsanteilen der Beitragseinnahmen der Deckung der Leistungen dienen, den Versicherungsnehmern als Verzinsung ihrer Ansprüche an die Versicherungsunternehmen zufließen. Zusammen mit dem **Risiko- und Kapitalansammlungsanteilen** der Beitragseinnahmen bilden sie die sogenannte Nettoprämie im Sinne der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. *Diese Nettoprämien* werden als **Einlagen (Forderungen) der Versicherungsnehmer** bei den Versicherungsunternehmen auf den Finanzierungskonten gebucht. **Als Gläubiger erscheinen ausschließlich die privaten Haushalte.**” (So auch das EMNID-Umfrageergebnis, s. o. S. 5)

### c) Überschüsse und Erträge aus Versichertengeld „gehören“ den Versicherten

Beitragsrückerstattungen („Überschussbeteiligung“) beweisen: Die Prämie ist kein Preis oder Entgelt! Das BVerfG (1 BvR 782/94 Rn 138) und der BGH (IV ZR 162/03, Abs. 58) haben übereinstimmend festgestellt, „den Versicherungsunternehmen wird durch die Prämienzahlungen Vermögen anvertraut, das in ihr Eigentum übergeht“. Gemeint sein kann nur „Treuhandeigentum“. Das beweisen die folgenden Zitate:

„Wenn alle Grundlagen, die zur Berechnung der Prämie dienen, vorsichtig gewählt werden, so ist es selbstverständlich, dass Überschüsse entstehen. *Bei diesen Überschüssen handelt es sich nicht um unternehmerische Gewinne.* Es sind vielmehr überhobene Beiträge, die an die Versicherungsnehmer zurückzuerstatten sind.“ (Gehrhardt in: Grosse/Müller-Lutz/R. Schmidt, Die Versicherung (Buchausgabe des Versicherungswirtschaftlichen Studienwerks), Band 2 (1962-64), C VIII, S. 11.)

Auch zu den Überschüssen aus dem Kapitalanlagebereich gibt es eine einhellige Meinung:

„Die Lebensversicherungsbeiträge müssen ganz erhebliche Sicherheitsspannen enthalten, die in aller Regel zu sehr hohen Überschüssen führen. Sie sind keine Unternehmensgewinne im üblichen Sinne, über die die Unternehmen frei verfügen könnten, sondern überhobene, d. h. nicht benötigte Beitragsteile, die den Versicherungsnehmern zurück zu zahlen sind.“ (Claus: VerBAV 1980, 22 ff.. - Vgl. auch Janotta-Simons: VerBAV 11/85, 427; Basedow in: ZVersWiss 1992, 419, 421 f.; Donath in: AcP 93 (1993), 279, 284 f.; BT-Drucks. 9/1493, Begründung S. 27; BT-Drucks. 12/6959, Begründung S. 84 f.; Hanseat. OLG Hamburg VersR 1990, 475, 477); H. D. Meyer ZRP 1990, 424; ders. in: VersWissStud Bd. 2 (1995), 203, Bd. 4 (1996), 157, Bd. 6 (1997), 69; Schünemann JZ 1995, 430; ders. BB 1995, 417; ders. in: VersWissStud Bd. 4 (1996); ders. in: Karten/Werber/Winter, Lebensversicherung und Geschäftsbesorgung, Hamburger Reihe

1998, 26; ders. NVersZ, 1999, 345; ders. VersR 2000, 144; Lehmann in: VersWissStud Bd. 5 (1997), 19, Bd. 6, 161; Rückle in: VersWissStud Bd. 5, 251, Bd. 6, 171.

In der Bundestagsdrucksache 9/1493 (Begründung S. 27) heißt es:

„Zur Wahrung der Belange der Versicherten müssen die Überschüsse aus dem Risikoverlauf und den Kapitalanlagen den Versicherten möglichst ungeschmälert durch Zuweisung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) gutgebracht werden. Dies ist jedoch derzeit deshalb nicht gewährleistet, weil die Versicherer nach den geltenden Geschäftsplänen lediglich 90 v.H. des Gesamtüberschusses der RfB zuweisen müssen. Auch wenn sie zur Zeit im Durchschnitt 98 v.H. der Gesamtüberschüsse der RfB zuweisen, können sie jedoch vorher die Verluste aus anderen Bereichen, insbesondere aus dem Abschluß- und Verwaltungskostenbereich, mit den Überschüssen aus dem Sterblichkeitsverlauf und den Kapitalanlagen zu Lasten der Versicherten voll saldieren“.

Das BAV hatte in den siebziger Jahren Untersuchungen zur Überschussbeteiligung in der Lebensversicherung angestellt und schon vor zwanzig Jahren die mangelhafte Beitragsrückerstattung kritisiert (Claus: Aktuelle Probleme der Lebensversicherung, VerBAV 1980, S. 22 ff.).

„Das BAV hat in den letzten Jahren verstärkt darauf hingewirkt, dass die bei manchen Unternehmen unbefriedigenden Geschäftsergebnisse verbessert werden. Die Bemühungen des BAV waren leider nur teilweise von Erfolg gekrönt. Ich möchte folgende These aufstellen: Die dem Bundesaufsichtsamt zur Verfügung stehende Mittel reichen nicht aus, um die Belange der Versicherten auch insoweit zu wahren, dass die den Versicherungsnehmern zustehenden Überschüsse aus dem Risikoverlauf und den Kapitalanlagen diesen auch tatsächlich ungeschmälert zugute kommen. – Ein oberflächlicher Beobachter könnte vielleicht meinen, dass hier alles zum Besten bestellt ist, weil die Lebensversicherungsunternehmen nicht nur den vorgeschriebenen Anteil von 90 % der Überschüsse der Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zuweisen, sondern wesentlich mehr, nämlich etwa 98 %. Dieser Eindruck trügt jedoch. Es ist weniger wichtig, ob dieser Zuweisungssatz 90 % oder 95 % oder 98 % beträgt, vielmehr kommt es darauf an, auf welchen Überschuss sich dieser Prozentsatz bezieht. Maßgebend ist doch immer der Überschuss, der unter dem Strich übrig bleibt. In welchem Maße der Gesamtüberschuss durch Verlustquellen beeinflusst wird, d.h. in welchem Umfang die Risiko- und Zinsgewinne durch Verluste aus anderen Überschussquellen geschmälert werden, bleibt bei der obigen Betrachtungsweise nämlich völlig außer acht. – Das Bundesaufsichtsamt hat seit mehreren Jahren die Verhältnisse in der Branche näher untersucht.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind nicht unbedingt erfreulich. Als Gesamtergebnis ist zunächst festzuhalten, dass von den gesamten Überschüssen aus dem Risikoverlauf und den Kapitalanlagen in den Jahren 1974 bis 1978 jeweils **zwischen 78 % und 86 %** den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zugeflossen sind. Welche Gründe dafür im Einzelnen auch maßgebend gewesen sein mögen, man kann sie wohl alle unter dem Oberbegriff **„mangelhafte oder schlechte Geschäftsführung“** zusammenfassen.“

(Alle Gerichte – auch das BVerfG und der BGH – gehen nach wie vor von dem Irrglauben aus, die Lebensversicherungsunternehmen würden bis zu 98 % der „Überschüsse“, mindestens 90 % ausschütten. – In die Berechnungen sind noch nicht eingerechnet die „stillen Reserven“, die bei den Unternehmen oft für immer verschwinden. Veränderungen brachten keine Verbesserungen.)

## **2. Prämienversicherung: Keine Preisangabe, kein Wettbewerb**

Die Prämie kann wegen der allseits anerkannten Pflicht, Prämienüberschüsse zurückzuerstatten, unmöglich ein Preis sein. Damit gibt es im Versicherungswesen keine Preisangaben und keinen Wettbewerb. So gab und gibt es auch heute für schlecht wirtschaftende Versicherungsunternehmen keine wettbewerblichen Sanktionen, wie selbst Prof. Farny richtig erkannt hat (Farny, ZVersWiss 1979, 66.)

„Eine optimale Verbindung zwischen marktwirtschaftlichem Sanktionsmechanismus und dem Gläubigerschutz der Versicherungsnehmer würde darin bestehen, die Eigentümer und Unternehmensleiter für ihre Fehlentscheidungen zu bestrafen, zugleich aber die Gläubigerrechte der Versicherungsnehmer zu erhalten. Praktikable Modelle für eine solche Lösung sind jedoch bisher nicht entdeckt worden.“

Dabei ist anzumerken, dass der marktwirtschaftliche Sanktionsmechanismus nicht nur in unternehmerischen Verlusten schlecht geführter Unternehmen besteht, sondern auch in der Verbraucherschützenden Wirkung, dass erkennbar schlechte und zu teure Angebote vom Markt verschwinden.

Wettbewerb ist auch um die kapitalbildende Lebensversicherung nicht möglich, und das Fehlen von Wettbewerbssanktionen hat noch gravierendere Folgen. So hat auch der seinerzeit im BAV für Lebensversicherungen zuständige Abteilungspräsident Claus richtig festgestellt,

„dass es eigentlich kein Regulativ gibt, das die Lebensversicherungsunternehmen zwingt, ihre Kosten in Grenzen zu halten. Da der Wettbewerb nicht durchgreift, kann ein Lebensversicherungsunternehmen trotz verschlechterter Kostenlage durchaus weiter bestehen. Hier sind es zunächst einmal die Versicherten und meistens nur die Versicherten, die die Konsequenzen von unternehmerischen Fehlentscheidungen oder sogar von Missmanagement zu tragen haben, indem Verluste einfach zu einer Verringerung der Beitragsrückerstattung führen.“ (Claus VerBAV 1980, 22 ff. 25.)

Das Ergebnis auf der „anderen Seite“ – bei den Versicherungsaktiengesellschaften:

Da die Versicherten angeblich keine Ansprüche auf die stillen Reserven besitzen, wurden diese den Unternehmen zugerechnet und führten zu entsprechenden Kurswertsteigerungen. So errechneten *Capital* und *manager magazin* im Jahre 1984 übereinstimmend: Wer um 1970 herum als Aktionär bei der Allianz Leben 10.000 DM einlegte, machte daraus in dreizehn Jahren – einschließlich Bezugsrechten und Gratisaktien – einen Gewinn von fast 270.000 DM. Dazu das *manager magazin*:

„Die gute Bedienung der Aktionäre hat Tradition und Raffinesse gleichermaßen: Von vier Kapitalerhöhungen in den vergangenen Jahren waren zwei gratis und zwei fast geschenkt. Eine neue Aktienaussage, die jetzt ansteht, ist für die Begünstigten ebenfalls hochrentabel: Die Aktie, die an der Börse 3.599 Mark kostet, wird den Aktionären für 75 Mark zugeschoben. Über die Jahre errechnet sich für die Allianz-Aktien eine durchschnittliche Rendite von über 40 %.“

So funktioniert im Übrigen die „Selbstfinanzierung des Eigenkapitals“, von dem gerade jetzt bei der Diskussion um die „Zeitwert-Bewertungsrücklage“ von stillen Reserven die Rede ist, die auf Wunsch der Branche moderater gestaltet werden soll, angeblich um die Solvabilität der Unternehmen zu erhalten. Dabei kann die Solvabilität durchaus durch Vermögen der Versicherten hergestellt werden – als Kern der „Versicherung“, die Sache der Versichertengemeinschaft ist.

## V.

### **Wem gehören 1 Billion Euro ?**

Bei einem Paradigmenwechsel stellt sich natürlich die Frage, wem die über 1 Billion Euro i. S. von Art. 14 GG gehören, die die deutschen Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen zur Zeit

verwalten. Vor einer ähnlichen Frage stand bereits die französische Regierung. So berichtete DIE WELT im August 1987 über die Vorgänge in Frankreich:

"Was wird aus den Reserven? - Das Hauptproblem bei der Privatisierung der staatlichen Versicherungsgruppen ist die gerechte Verteilung der im Laufe der Jahrzehnte angehäuften stillen Reserven. Es handelt sich dabei vor allem um den nicht ausgewiesenen Wertzuwachs des Immobilienbesitzes. Dazu gehören auch Vermögenswerte, welche die Lebensversicherungen aus den Sparmitteln der Versicherten und aus ihren Eigenmitteln gebildet haben. Ein Teil dieser Mittel soll jetzt den Versicherten in Form von Leistungsverbesserungen bzw. Prämienrückerstattungen zugute kommen. Viele Versicherte fragen sich jetzt, warum man sie nicht schon längst an den so sorgfältig versteckten Reserven partizipieren ließ."

Vor dem gleichen Problem stand das deutsche Bundesverfassungsgericht bei seiner Entscheidung über Vermögensverluste der Versicherten bei Bestandsübertragungen (1 BvR 782/94 vom 26.07.2005):

Rn 176: „Der Verzicht auf die genaue Ermittlung des beim übertragenden Unternehmen verbleibenden und den Versicherten eventuell entgehenden Vermögensvorteils lässt sich auch nicht dadurch rechtfertigen, dass - wie der Fall des Beschwerdeführers zeigt - für die einzelnen Versicherten nur vergleichsweise geringe Nachteile entstehen. Angesichts der regelmäßig großen Zahl der bei einem Unternehmen Versicherten ergibt sich auf der Seite des Versicherers jedoch ein Vorteil von erheblicher Größenordnung, hier möglicherweise eine Summe von mehreren Millionen Euro.“

Rn 241: „Eine Neuberechnung würde eine aufwändige Aufklärung der Gesamtsituation erforderlich machen, die sich nicht auf die Vertragsverhältnisse der Beschwerdeführer beschränken könnte, sondern alle möglicherweise betroffenen Verträge, auch die zwischenzeitlich abgewickelten Verträge, in eine neue Gesamtabwägung einbeziehen müsste. Ob eine Neuberechnung zum gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt noch sinnvoll möglich ist, erscheint zweifelhaft; jedenfalls wäre eine Rekonstruktion der wirtschaftlichen Verhältnisse unter Einschluss aller bereits abgewickelten Vertragsverhältnisse mit vielen Unwägbarkeiten und tatsächlichen Schwierigkeiten behaftet.“

Nun wird keiner sagen wollen: „Wir machen keine Reform, weil wir nicht wissen, wohin mit den Hundertmilliarden Euro, die nicht den Versicherungs(dienstleistungs)unternehmen gehören.“ – Wenn bei einer Reform Hundertmilliarden übrig bleiben, werden sich schon Ideen finden, z. B.

das Geld der Bundesrepublik zum Schuldenabtrag oder für einen Pool überlassen (der größte Teil der Staatsschulden besteht bei Versicherungsaktiengesellschaften – genauer: bei deren anonymen Versichertengemeinschaften). Der Rest verbleibt bei den Unternehmen als Solvabilitätskapital – im Eigentum der Versichertengemeinschaften.

## VI. Zur Versicherungsreform

Es macht zur Zeit wenig Sinn, sich eingehender mit dem unbrauchbaren Referentenentwurf des BMJ vom 13.03.2006 zu befassen, der innerhalb der Bundesregierung noch nicht abgestimmt ist.

2. Es stehen noch zwei wichtige Entscheidungen des BVerfG an zu Verfassungsbeschwerden, die schon Anfang 2002 „zugestellt“ worden sind (siehe oben II).
3. Der Entwurf ist insbesondere aus ökonomischer Sicht so schlecht, dass er nicht diskussionsfähig und deshalb **dringend zu empfehlen ist, Gutachten zu den ökonomischen Vorgängen im Versicherungswesen und zu den Reform-Vorschlägen des BMJ einzuholen** (siehe hierzu Prof. Reimer Schmidt, oben Seite 17: „Die gedankliche Funktion eines Aufbereiters der großen Fragen der Privatversicherung ist von den Juristen auf die ökonomischen Wissenschaften übergegangen, besonders auf die Betriebswirtschaftslehre.“ (Siehe Titelseite unten, Anlage „Schutz der Privatautonomie .....“, Fn 22, 23, 24 sowie oben Seite 17)

### Zu 1. Anstehende Entscheidungen des BVerfG

#### a) Feststellung von Wucher erfordert Prämientrennung

Im Verfahren über „Wucher in der Unfallversicherung“ kann das BVerfG eigentlich nicht anders als festzustellen, dass es bei der Prämienversicherung keine Preisangabe gibt und damit auch keine Möglichkeit, den Leistungsaustausch hinsichtlich der Dienstleistungen auf Wucher zu überprüfen (gemäß § 138 BGB). Das BVerfG könnte das Urteil des LG Hamburg aufheben und dem Gericht aufgeben zu prüfen, ob die Prämienversicherung als „Gemeinschaftsversicherung“ (§ 741 BGB) mit dem Versicherungsunternehmen als Verwalter im Rahmen einer Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB) auszulegen und dementsprechend die Dienstleistungen über die §§ 670, 612 BGB auf Wucher zu überprüfen sind. Das könnte geschehen durch Ermittlung

des Verhältnisses von Netto-Zahlungen für Versicherungsfälle zu den reinen Versicherungsbeiträgen und Erträgen und Gewinnen im Bereich der Unfallversicherung (das 30 % Nettoauszahlungen für Versicherungsfälle und wucherische 70 % Kosten und Gewinne ergeben könnte).

**b) Der Versicherungsvertrag muss entsprechend §§ 741, 675 BGB und KAGG neu geregelt werden**

Das BGH-Urteil zur Überschussbeteiligungsklausel (siehe oben II 1; 1 BvR 1080/01) könnte das BVerfG mit einer ähnlichen Begründung aufheben, mit der das OLG Stuttgart (rechtskräftig) diese Klausel gemäß § 9 AGBG a. F. (§ 307 BGB) für unwirksam erklärt hat mit einer Begründung, die weitgehend wörtlich zitiert – wie folgt zusammengefasst werden kann:

Die Klauseln entheben den Prämienversicherer jeglicher Selbstbindung und machen sie zum Einfallstor eigenkalkulatorischer Entschließung. Es fehlt eine Klarstellung zu den wirtschaftlichen Nachteilen und Belastungen. Die Vorschriften belassen dem Versicherungsunternehmen gewisse Handlungsspielräume ohne verlässliche Ausfüllungsfunktion. Klauseln ohne klaren Regelungsgehalt, die verbindliche gesetzliche Regeln vorgeben, die nicht unmittelbar eintreten, wirken beim Durchschnittskunden schon einem Problembewusstsein entgegen. Die Klauseln enthalten allgemeine Rechtsgrundsätze, die keinerlei Regelungen für den Umfang der geschuldeten Leistung im konkreten Falle wiedergeben. Die Darstellung der Vorschriften, nach denen die Berechnung der geschuldeten Leistungen erfolgt, gibt den Eindruck klarer gesetzlicher Vorgaben wieder, deren Folge nur *ein* Ergebnis zu sein scheint. Tatsächlich – so muss auch der Prämienversicherer einräumen – werden ihm offenkundig unterschiedliche Ansätze an die Hand gegeben und setzen die Vorschriften allenfalls Eckdaten, die kein geschlossenes System ergeben. Es kann auf kein feststehendes gesetzliches Abrechnungsmodell verwiesen werden. Klauseln, welche den Gegner des Verwenders über seine Rechte im Unklaren lassen und ihn bei der Beurteilung der Richtigkeit und Notwendigkeit des Verwenderhandelns dem Klauselverwerter ausliefern und letztlich dessen Belieben aussetzen, sind unwirksam. Die Klauseln enthalten zwar Ansätze zu einer Konkretisierung, ohne aber den eigentlichen Leistungsinhalt festzuschreiben. Auf dieser Grundlage erfährt der Kunde weder für seine Entscheidung über den Vertragsschluss noch insbesondere für eine Anspruchsberühmung oder Verteidigung gegen eine Abrechnung des Unternehmens Hinlängliches. Er ist im Wesentlichen auf die Vorgabe des Prämienversicherers angewiesen. Dieser greift Rahmenbedingungen und gesetzliche Missbrauchsschranken auf und verzichtet damit in weiten und wesentlichen Teilen auf einen eigenen Leistungsbescrieb. Eine solche Schwächung der Rechtsposition des Kunden

des Verwenders durch die Fassung von AVB will § 9 AGBG mit dem Institut des Transparenzgebotes aber gerade verhindern (OLG Stuttgart VersR 1999, 832).

Dabei geht es nicht nur um die Intransparenz der Klausel, sondern um die Ungeregeltheit des zugrunde liegenden Vorgangs, einer kapitalbildenden Prämienversicherung, die schon deshalb informationsuntauglich und verfassungswidrig ist, weil sie keinen Wettbewerb, keinen Leistungsaustausch, keine Preisangabe und keine sonstige Grundlage für einen Übergang der vom Versicherungsnehmer gezahlten Gelder in das uneingeschränkte (!) Eigentum des Unternehmens vorsieht.

Der BGH hätte die Klausel für unwirksam erklären und den zugrunde liegenden Vertrag entsprechend den Vorschriften § 741 und § 677 BGB und analog zum KAGG auslegen können und müssen (siehe oben III und OLG Nürnberg, VuR 1991, 274). Nach Aufhebung des Urteils durch das BVerfG wird der BGH das nachholen können.

## **Zu 2. Falsche Regelungen zu den ökonomischen Vorgängen im Versicherungswesen**

Die Referenten und ihre „Formulierungshelfer“ haben – offensichtlich bewusst – auf Definitionen (zur Versicherung, zum Versicherungsvertrag und zu kapitalbildenden Versicherungen) verzichtet wie auch auf Begriffsbestimmungen.

Der Begriff „Versicherung“ wird unzählige Male verwendet. Der Begriff „Versicherer“ taucht über 1.000 mal auf, der Begriff „Leistung“ fast 500 mal, der Begriff „Prämie“ über 300 mal. Es ist von „Produkten“ die Rede, und in § 41 und seiner Begründung tauchen die Begriffe „Risiko- und Gefahrtragung“ auf. Der Verbraucher wird – fast durchgehend – als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet.

Was ist Versicherung? – Wer ist der Versicherer? – Was sind die Leistungen von Versicherungsunternehmen? – Was ist ein Versicherungsprodukt? – Was ist Risiko- und Gefahrtragung? – Was ist eine Prämie? – Die Antworten müssten sich aus allgemeinen Vorschriften des Referentenentwurfs ergeben. Doch sucht man dort vergebens.

### **a) Referentenentwurf: Ein ökonomisch unsinniger § 1 E VVG**

Referentenentwurf VVG, Teil 1 (Allgemeiner Teil), Kapitel 1 (Vorschriften für alle Versicherungszweige), Abschnitt 1 (Allgemeine Vorschriften)

### **„§ 1 Vertragstypische Pflichten**

Der Versicherer verpflichtet sich mit dem Versicherungsvertrag, ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers oder eines Dritten durch eine Leistung abzusichern, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles zu erbringen hat. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das vereinbarte Entgelt (Prämie) zu zahlen.“

Auffällig an dieser Formulierung ist, wie man (?) krampfhaft versucht, ein Gegenseitigkeitsverhältnis (Synallagma) herzustellen zwischen der vom Versicherungsnehmer gezahlten Prämie und der „Absicherung eines Risikos durch die Leistung des Versicherers im Versicherungsfall“, wofür der VN die Prämie als „Entgelt“ zahlen soll (auch bei kapitalbildenden Versicherungen; denn § 1 E ist eine „Vorschrift für alle Versicherungszweige“ und auch alle Versicherungsformen, wobei anzumerken ist, dass der Versicherungsverein bei der Regelung des § 1 E VVG verschwunden oder vergessen worden ist!)

Dabei wird übersehen, dass die Beseitigung von Risiken (als Versicherung) die durch Beitragszahlungen erbrachte Leistung der VN bzw. der Versichertengemeinschaft ist, und dass eine „Leistung im Versicherungsfall“ nur die vom Versicherungsfall Betroffenen erhalten – als Zahlung aus den aus Beitragszahlungen gebildeten Vermögen der Versichertengemeinschaft. Für beide Vorgänge gibt es kein Synallagma zwischen den Unternehmen und den VN bzw. der Versichertengemeinschaft, sondern – nur – hinsichtlich der Dienstleistungen, die das Unternehmen im Zusammenhang mit diesen Vorgängen erbracht hat. Für diese wird aber kein Preis angegeben. Das heißt: Keine Preisangabe – kein Eigentumsübergang der Prämie – keine Berechtigung, die Überschüsse als Gewinne zu vereinnahmen.

Wer soll der Versicherer sein – das Versicherungsunternehmen, ein Versicherungsdienstleistungsunternehmen oder eine Versichertengemeinschaft (evtl. ein Verein)? – Was soll „des Versicherers Leistung“ sein? Die ökonomisch „unmögliche“ Formulierung in § 1 E lässt vermuten: die „Absicherung eines Risikos“, aber vielleicht auch die „Leistung im Versicherungsfall“ – oder ist – nur – der (vertragliche oder vermögensrechtliche?) Anspruch gemeint, den der Versicherte als Mitglied gegen das Unternehmen als Verwalter der Gemeinschaft geltend macht und für den das Unternehmen – als Dienstleistung – Geld der Gemeinschaft auszahlt?

Versicherung ist nicht die Absicherung eines Risikos, sondern die Beseitigung eines Risikos (das danach keiner mehr tragen kann), so schon Prof. Manes in Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 8, 1935, Seite 95):

„The essence of insurance lies in the elimination of the uncertain risk of loss for the individual through the combination of a large number similarly exposed *individuals who each contribute to a common fund* of payments sufficient to make good the loss caused any one individual.”

Danach ist Versicherung – nur – der Nutzen / Effekt / „essence“ eines “common fund” einer Versichertengemeinschaft, der groß genug ist, um Vermögensverluste bei „any individual“ auszugleichen. Versicherung ist nicht die „Leistung“ im Versicherungsfall ! –

Nach § 1 E soll der Versicherungsnehmer für die Leistungen „Absicherung“ und „Leistung im Versicherungsfall“ im Leistungsaustausch ein „Entgelt (die Prämie)“ zahlen ? – Man wird keinen Ökonomen mehr finden, der bestätigt und erklärt, dass die „Prämie“ (auch zu Kapitallebensversicherungen) oder der Beitrag eines Versicherungsvereins ein „Entgelt“ ist.

Früher konnte die Versicherungsbranche noch falsche Begriffe in die Gesetze einbringen. So wurde in § 11 VAG gleich zweimal der Begriff „Entgelt“ für die Lebensversicherungsprämie verwendet, obwohl diese selbst von der Versicherungswissenschaft nicht mehr ernsthaft als „Preis“ angesehen wird. Auch 1993 tauchte im Gesetzgebungsverfahren der Begriff „Entgelt“ (für Prämie) im BMJ-Entwurf 1/93 und im BMF-Entwurf 7/93 in § 31 VVG und § 10 VAG auf, wurde aber aufgrund einer BdV-Stellungnahme wieder kassiert. Umso erstaunlicher war, dass der „umkämpfte“ Begriff in späteren Gesetzesvorschlägen für §§ 11d und 11e VAG wiederum auftauchte und auch hier erst wieder auf Widerspruch in „Prämie“ abgeändert wurde. – Der BMJ-Entwurf 1/93 sprach in § 5 Abs. 3 PflVG von einer vom Versicherer „zu tragenden höheren Gefahr“. Nach einer BdV-Stellungnahme, dass die Formulierung versicherungstechnisch, rechtlich und wirtschaftlich falsch sei und die Risiko- oder Gefahrtragungstheorie schon lange nicht mehr der h. M. entspreche, wurde der Gesetzestext geändert in „nachweisbare höhere Gefahr“. – Im Gesetzentwurf 3/2006 ist in § 41 auch wieder die Rede vom „getragenen Risiko“.

Tatsache ist: Prämien werden bisher wie Entgelte/Preise verbucht und durchlaufen dann den oben unter II 1 beschriebenen „Leidensweg“. Aber keiner weiß genau, warum das so ist: Weil der Gesetzgeber den Eigentumsübergang im HGB geregelt hat ? – Aus dem gesamten Kontext des Entwurfs ergibt sich, dass man (?) die Prämie und ihre Verbuchung als Umsatz und damit den „Eigentumsübergang nach HGB oder Rechnungslegungsverordnung“ erhalten möchte, nach dem Motto: Prämien (auch zu Kapitalversicherungen) sind Preise und uneingeschränktes Eigentum von Versicherungsaktiengesellschaften, weil sie als Umsatz verbucht werden! ?

**b) § 1 E des Referentenentwurfs regelt nicht die Dienstleistungen des Unternehmens**

Wo sind zum Beispiel die Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung und Geldanlagen geregelt, für die die EU-Richtlinie 2002/65/EG Informationen über deren wesentliche Merkmale und deren Preise fordert ? – (siehe oben III 1 a). Ein entsprechenden Vorschlag des Unterzeichners liegt dem BMJ seit April 2004 vor:

**§ 1 E (HDM)**

- (1) Mit dem Versicherungsvertrag verpflichtet sich ein Finanzdienstleistungsunternehmen oder ein Verein, Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung und mit Versicherung verbundenen Geldanlagen zu erbringen, insbesondere
1. Versicherungsbedingungen gemäß Absatz 2 zu entwickeln und zu verwenden,
  2. Versicherungsbeiträge gemäß Absatz 3 zu kalkulieren und zu erheben und diese zusammen mit den Überschüssen als Versichertengeld in einem Sondervermögen zu verwalten,
  3. für die Beitragsfestsetzung Tarife gemäß Abs. 4 zu entwickeln und anzuwenden,
  4. Geldanlagen entsprechend den Vorschriften des Gesetzes über Kapitalanlagegesellschaften (KAGG und WpHG) vorzunehmen,
  5. Auszahlungen an Versicherungsnehmer vorzunehmen,
- (2) Wenn für eine Versicherungsart Grundbedingungen gesetzlich vorgeschrieben sind, muss jeder Anbieter diese verwenden und ein Angebot dazu machen. Der Anbieter kann den Versicherungsschutz der Grundbedingungen durch Klauseln („Bausteine“) erweitern oder einschränken, muss Interessenten aber ausdrücklich auf diese Abweichungen, ihre Vor- und Nachteile hinweisen und jede einzelne Klausel mit einem Beitragszuschlag oder Beitragsnachlass anbieten. Werden zu einem Versicherungsvertrag keine Bedingungen vereinbart, gelten die gesetzlich vorgeschriebenen Grundbedingungen oder alle vorteilhaften Erweiterungen des Versicherungsschutzes mit denen der Anbieter öffentlich geworben hat. (Ermächtigung zur Schaffung

einer VersBedVO, Entwicklung von Grundbedingungen sollten durch das DIN und den GDV mitentwickelt werden .).

- (3) Versicherungsbeiträge müssen unter Einrechnung von Sicherheitszuschlägen und einer angemessenen Rückversicherung so kalkuliert werden, dass sie in jedem Fall ausreichen, alle abschätzbaren Ansprüche der Versicherungsnehmer zu befriedigen. Dies gilt für jede Versicherungsart, getrennt nach Verbraucher- und Industrieversicherungen. Die zwangsläufig entstehenden Überschüsse sind an die VN zurück zu erstatten, sofern sie nicht zur Solvabilität im Sondervermögen verbleiben müssen.
- (4) Bei der Gestaltung von Tarifen für die Beitragsfestsetzung dürfen nur solche Gefahren- und Risikomerkmale verwendet werden, die auf Dauer für den Eintritt des Versicherungsfalls (Vermögensverlust) ursächlich und bei jedem einzelnen Versicherten feststellbar sind und geprüft werden können. (Ermächtigung zur Schaffung einer TarifVO, insbesondere für Pflichtversicherungen, Krankenversicherungen, Elementarschadenversicherung und evtl. erforderliche entsprechende Poollösungen z. B. für die Mitnahme von Altersrückstellungen in der PKV. –
- (5) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Finanzdienstleistungsunternehmen oder Verein den vereinbarten Versicherungsbeitrag zu zahlen und, wenn vereinbart, ein Entgelt für die Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung. Für eine mit Versicherung verbundene Geldanlage gelten die allgemeinen Vorschriften, insbesondere Regelungen für Kapitalanlagegesellschaften und den Wertpapierhandel.

### **Zulässigkeit für gesetzliche Regelungen des Versicherungsbereichs**

Gesetzliche Regelungen für Bedingungen, Beitragskalkulationen und Tarife – siehe oben (2) bis (4) – sind zulässig. Das hat das BVerwG zum Verbot der Ausländertarife in der Kfz-Versicherung entschieden (BVerwG vom 17.05.1988, VersR 88, 820):

„Diese Regelung ist durch hinreichende Gründe des Allgemeinwohls gerechtfertigt, zur Erreichung des mit ihr verfolgten Zwecks geeignet und erforderlich und den Versicherungsunternehmen zumutbar; sie erfüllt damit die Voraussetzung einer verfassungsmäßigen Regelung der Berufsausübung und verletzt auch nicht die durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützte wirtschaftliche Betätigungsfreiheit und die von ihr umschlossene Teilnahme am Wettbewerb.“

Dieses Urteil wurde von der Branche nicht mit einer Verfassungsbeschwerde angegriffen, obwohl der jetzige Präsident des BVerfG, Prof. Hans-Jürgen Papier, bereits im Jahre 1982 für die Branche gutachterlich tätig war (ZVersWiss 1982, 461, Zur Frage der Einführung eines Prämienzuschlags für ausländische Versicherungsnehmer in der Kfz-Haftpflicht-Versicherung – Ergebnis a.a.O. Seite 499: „Die Zuschläge sind mit dem deutschen Recht, insbes. mit dem Verfassungsrecht vereinbar.“)

Auch die EU-Gruppenfreistellungsverordnung (3932/92/EWG) beweist, dass Bedingungen, Kalkulationen und Tarife dem Versicherungsbereich zuzuordnen sind und nicht dem Unternehmensbereich, weil sie auf „externen Umständen“ (z. B. Schadenverlauf) beruhen, „die außerhalb des Einflussbereiches der Unternehmen liegen“ (so Erwägungsgrund 6).

### **Auswirkungen einer Neuregelung gemäß § 1 E (HDM)**

Die drei ökonomischen Vorgänge (1) Dienstleistungen der Unternehmen (2) Beitragsleitungen der Versicherten, (3) Sparleistungen der Sparer und die dafür gezahlten Geldbeträge sind nicht mehr vermengt, sondern getrennt. Ihre Überschüsse und Erträge sind identifizierbar und den Versicherten bzw. Sparern zuzuordnen. Entsprechend müssen die GuV-Rechnungen und Bilanzen abgeändert werden. Umsatz der Versicherungsdienstleistungsunternehmen sind nur noch die eingenommenen Entgelte aus dem Wettbewerbs-, Kosten- und Gewinnbereich „Dienstleistungen“. Versicherungsbeiträge und Spareinlagen sind treuhänderisch zu verwalten des Fremdkapital (Sondervermögen, entsprechend EMNID-Umfrageergebnis, s. o. S. 5).

### **c) Abschaffung der Prämienversicherung**

Prämienversicherungen dürften selbst bei verschärften Informationspflichten über die Nachteile ihrer Arbeitsweise nicht mehr zugelassen werden. Für sie ist die durch EU-Richtlinien geforderte Preisangabe für die Dienstleistungen nicht möglich (siehe oben VI.) Dadurch wäre auch ein Wettbewerb um die Dienstleistungen im Zusammenhang mit Versicherung, Altersvorsorge und Geldanlage nicht möglich.

Die Angebote von Prämienversicherern und Versicherungsbesorgern wären nicht vergleichbar. Ein „Versicherungsbesorger“, der besonders sichere Versicherungsangebote zu hohen Beiträgen und einem angemessenen Dienstleistungspreis anbietet, würde gegenüber einem Prämienversicherer mit weniger sicherem Versicherungsschutz zu niedrigeren Prämien teurer erscheinen. Die Verbraucher könnten vor einem Vertragsabschluss die zu erwartenden hohen Beitragsrückerstattungen bei der Versicherungsbesorgung nur schwer bewerten und nicht in

einen Vergleich einbeziehen. Viele würden außerdem glauben, dass die Dienstleistungen der Prämienversicherer – im Gegensatz zum Versicherungsbesorger – „umsonst“ seien. Die gleichen Nachteile haben Versicherungsunternehmen, die ihre Beiträge für kapitalbildende Lebensversicherungen aufschlüsseln und ihre Abschlusskosten angeben, während die Prämienversicherer diese in ihren Prämien verstecken. Der Gesetzgeber muss in jedem Wirtschaftsreich für alle Konkurrenten gleiche Rahmenbedingungen für Wettbewerb herstellen.

**d) Versicherungssteuer nur auf Dienstleistungspreise (als einzige „Wertschöpfung“)**

Die Besteuerung von Versicherungsdienstleistungsunternehmen ist neu zu regeln.

Die Branche weiß, dass die Versicherungssteuer im Grunde systemwidrig ist, muss sie aber befürworten und dulden, damit Prämien weiterhin als Preise und deren Überschüsse als Gewinne anerkannt werden.

Der Versicherungs(betriebswirtschafts)wissenschaftler *Walter Karten* vertritt die Meinung, der Verkauf von Versicherungsschutz gegen die Prämie als Preis sei nichts anderes als der „Verkauf von Kartoffeln“ (*Karten* in: Festschrift für Günter Schmidt, Neue Wege des Versicherungsmanagements), wirft dann aber den Politikern mit einer erstaunlichen Begründung „Unverfrorenheit“ vor:

„Die Versicherungssteuer wird fälschlich auf die Gesamtprämie und nicht auf den darin enthaltenen ‚Mehrwert‘ berechnet. In volkswirtschaftlicher Betrachtung sind die Versicherungsleistungen stochastische Transferzahlungen, und nur die darüber hinausgehenden Prämien sind das Äquivalent für den Produktionswert und fließen in die Sozialproduktion ein.“

Genau diese Reduktion der Bruttoproduktion der Prämienversicherer auf die allein in das Bruttozialprodukt übernommenen Dienstleistungsanteile hat das Statistische Bundesamt vorgenommen durch die Feststellung, dass nur die Dienstleistungsanteile der Prämien das Entgelt für die Dienstleistungen der Prämienversicherer sind (siehe oben, Seite 17).

Der EuGH hat schon früher der deutschen Praxis Einhalt geboten, Einnahmen bei Glücksspielen als Entgelte anzusehen, um sie der Umsatzsteuer zu unterwerfen. Der Generalanwalt *F. G. Jacobs* hat festgestellt, dass „Vorgänge wie Spiele und Wetten – und auch Versicherungen – für die Umsatzsteuer nach ihrer Struktur ungeeignet sind“ (*Jacobs*, Umsatzsteuer-Rundschau 1994, S. 180 f.).

Aus einem aktuellen Gutachten des Hamburgischen Weltwirtschaftsinstitut (HWWI), Prof. Thomas Straubhaar, vom 15.02.2006 (im Auftrag des GDV):

Die Tabelle 3 (a.a.O. Seite 8) zeigt einen Vergleich „VersSt und USt“ von 26 europäischen Ländern: 10 Länder erheben keine VersSt (darunter Schweden bei 25 % USt), 4 Länder erheben VersSt bis 5 %, 6 bis zu 10 %. Nur 3 Länder (Deutschland, Finnland und Italien erheben VersSt in mindestens gleicher Höhe wie USt. Das bedeutet aber, dass 20 von 26 Ländern das „Gefühl“ haben, dass Versicherungsprämien nicht in voller Höhe „Entgelt“ für Wertschöpfungen sind, so auch Prof. Straubhaar auf Seite 12:

„Einer Gleichstellung beider Steuersätze steht entgegen, dass lediglich jener Teil der Prämie, der als Verwaltungsaufwand des Versicherers veranschlagt werden kann, der Umsatzsteuer unterliegen dürfte, nicht jedoch derjenige Teil, der zur Entschädigung vom Schadenfall betroffener Versicherungsnehmer aufgewendet wird. Eine finanzwissenschaftliche Begründung für die offenkundig steuerpolitisch gewollte Gleichstellung von Versicherungssteuer und Umsatzsteuer ist nicht gegeben.“

#### **e) Rückruf des Referentenentwurfs und Auftrag für ein Gutachten über die ökonomischen Vorgänge im Versicherungswesen**

Da der Referentenentwurf noch nicht „reif“ ist für eine sinnvolle Bearbeitung (möglicherweise sogar zurückgerufen und ein ökonomisches Gutachten in Auftrag gegeben wird, das zu grundlegenden Veränderungen führen kann), nur einige kurze Anmerkungen zu einzelnen Bestimmungen.

#### **§ 6 E, Beratung**

Auf keinen Fall darf im Zusammenhang mit Informations- und Aufklärungspflichten von „Beratung“ geredet werden, weil dies bei den Verbrauchern falsche Vorstellungen erweckt. Unternehmen und Vermittler sind keine (unabhängigen) „Berater“.

Durch die neue Regelung des § 1 E (HDM) wird der Informationsbedarf der Verbraucher geringer, und die Unternehmen wie auch die Vertreter sind gezwungen, bedarfsgerechtere Angebote zu entwickeln und zu vermitteln. Trotzdem muss es verboten sein, dass die Vertreter/Vermittler als vermeintliche „Berater“ auch noch Dokumente („Ausweise“) über ihre Registrierung vorlegen müssen, die den Anschein „staatlich zugelassener und geprüfter Berater“ erwecken. Wenn Ver-

treter/Vermittler auf ihre Registrierung hinweisen, müssen sie dies mit einem „Warnhinweis“ tun (ähnlich dem gesetzlich verordneten „Warnhinweis“ beim Zertifikat von Riester-Renten-Verträgen, § 7 Zertifizierungsgesetz), dass die Registrierung kein Beleg für die „Qualität“ des Vertreters ist.

Es muss festgeschrieben werden, dass ein Verbraucher auf Information und Aufklärung und dadurch auch auf Haftungsansprüche nicht verzichten kann.

### **§§ 7, 8, 9 und § 152 E, Information des Verbrauchers, Widerrufsrecht und § 11 E Kündigung**

Siehe hierzu oben IV. Versicherungen sollten vom VN täglich kündbar sein.

### **§ 51 E, (Vor-)Vertrag mit vorläufiger Deckung**

Ein solcher Vertrag sollte jedem Hauptvertrag vorgeschaltet sein, um dem Verbraucher eine gründliche Information zu ermöglichen.

### **§§ 153, 154, 169 E, Überschussbeteiligung, Modellrechnung, Rückkaufswert und § 341 d HGB E, Stille Reserven-Zeitwert-Bewertungsrücklage**

Hierzu sind bei Anwendung des KAGG keine Regelungen mehr erforderlich (außer die Prämienversicherung überlebt die Reform). Zu klären ist die Frage der Behandlung von Altverträgen.

### **Beitrags- und Bedingungsanpassungen**

Siehe oben § 1 E (HDM) Abs. 2 und die Verhältnisse in den USA, oben unter IV.

### **Falschdarstellungen**

Die vielen Falschdarstellungen und falschen Behauptungen („die Vorgaben des BVerfG seien erfüllt“, „Transparenz könne man auch anders erreichen als durch eine Prämientrennung“) werden später kommentiert, es sei denn, sie werden zurückgenommen.

### **Reform-Kommission: Folgeschwere Fehlentscheidungen von Juristen zu ökonomischen Vorgängen um eine Billion Euro**

Der Referentenentwurf basiert auf Vorschlägen einer 20-köpfigen Kommission, die das BMJ im Jahre 2000 eingesetzt hatte und die im Jahre 2004 einen Abschlussbericht vorgelegt hat ([www.bmj.de/media/archive/647.pdf](http://www.bmj.de/media/archive/647.pdf)). Die Kommission wurde überwiegend mit Juristen und auch Branchen-Lobbyisten besetzt. Dabei wurde übersehen, was Prof. Reimer Schmidt schon lange vorher erkannt hatte (siehe Titelseite unten, Anlage „Schutz der Privatautonomie .....“, Fn 22, 23, 24, sowie Seite 17)

„Versicherung ist ein primär ökonomisches Phänomen. Die Funktion eines Aufbereiters der großen Fragen der Privatversicherung ist von den Juristen auf die ökonomischen Wissenschaften übergegangen.“

So haben überwiegend „ökonomisch ahnungslose“ Juristen der Kommission tatsächlich über ökonomische Vorgänge (Versicherung, Versicherungsvertrag, Kapitallebensversicherung usw.) durch Mehrheitsbeschlüsse abgestimmt !!! --- So ist letztlich durch „Handheben“ der § 1 E entstanden und auch die Anlage zu § 48 b VVG, die mit mehrheitlicher Zustimmung (auch der Kommissionsjuristen) im Dezember 2004 in das geltende VVG eingefügt wurde (siehe oben Seite 14 ff.). So ist auch von der Kommission beschlossen worden, dass die Prämie (auch zu Kapitallebensversicherungen) ein Entgelt sein soll für die Absicherung eines Risikos durch eine Leistung, die nur im Versicherungsfall erbracht wird. Damit haben auch hier die Kommissionsmitglieder nicht durch ökonomische Untersuchungen, sondern durch „Handheben“ beschlossen, dass die 1 Billion Euro, die die Unternehmen derzeit verwalten, den Unternehmen gehören.

Der Kardinalfehler der Reform ist, dass bisher keine Gutachten zu den ökonomischen Vorgängen im Versicherungswesen eingeholt wurden, was letzten Endes das gesamte Reformvorhaben zu Fall bringen wird, wenn dieser Kardinalfehler nicht noch beseitigt wird.

Die Vorschläge der Kommission vom April 2004 wurden durch die BVerfG-Entscheidungen aus 2005 überholt. Sie stimmen (wie auch der Referentenentwurf) mit den Vorstellungen des BVerfG nicht überein, sondern die Vorschläge der Kommission zu Versicherung, zum Versicherungsvertrag (§ 1 E), zu Informationspflichten und zur Kapitallebensversicherung führen nicht zu dem vom BVerfG und der EU geforderten Ergebnis: Klärung der Rechtspositionen, Transparenz, Umsetzung der EU-Richtlinien zu Informationspflichten, Preisangabe (Anlage zu § 48 b VVG), Wettbewerb, Veränderungen des Bilanzrechts (siehe Seite 6 ff.) usw.

Über Eines müssen sich alle Beteiligten am Gesetzgebungsverfahren im Klaren sein: Das Reformgesetz ist politisch nicht verhandelbar (so sehr sich auch die Branchen-Lobby an allen möglichen Stellen um Einflussnahme bemüht). Wenn die neuen gesetzlichen Regelungen den ökonomischen, verfassungs- und EU-rechtlichen Vorgaben nicht entsprechen sollten (d. h. nicht zu klaren Vertrags- und Vermögensverhältnissen, Transparenz und Wettbewerb führen sollten), werden mit Sicherheit eine Reihe von Untersuchungen des Gesetzgebungsverfahrens sowie Schadensersatz-Sammelklagen gegen die Bundesregierung und Verfahren bis hin zum BVerfG und EuGH eingeleitet.



Hans Dieter Meyer

4. Juni 2006

**Zitate aus „Das Versicherungs(un)wesen – eine Branche jenseits von Recht und Wettbewerb“, siehe Titelseite:**

**Seite 61:** „Um den historischen Kardinalfehler im Versicherungswesen noch einmal zu verdeutlichen: Man hat gewinnorientierten Aktiengesellschaften die Verwaltung von Treuhandgeldern überlassen, ohne dass sie Buch darüber führen müssen. Und das ist in etwa so unheilvoll, als wenn man Vampire mit der Verwaltung einer Blutbank beauftragt, ohne sie zu verpflichten, das eingehende Blut zu registrieren.“

**Seiten 86 ff.:** „Gewinn- und Verlustrechnungen von Versicherungs-Aktiengesellschaften – Tatort für das größte Wirtschaftsverbrechen aller Zeiten

Die – aus krimineller Sicht – ‚geniale‘ Idee der Prämienversicherung durch Aktiengesellschaften war die Übernahme der Arbeitsweise von Versicherungsvereinen und die Beibehaltung des nicht aufgeteilten Versicherungsbeitrages. Dadurch waren die für Versicherungsleistungen bereitgestellten Gelder der Versicherten nicht abgetrennt von dem Dienstleistungsanteil der Prämie. Am ‚genialsten‘ – wiederum aus krimineller Sicht – war die in der Zeit des Frühkapitalismus geborene Idee, mit Versicherung auch noch einen Sparvorgang zu verbinden und dabei auch noch das Prinzip der nicht aufgeteilten Prämie beizubehalten. So enthält die Prämie für eine Kapital-Lebensversicherung – nach außen nicht erkennbar – einen Versicherungs-, einen Spar- und einen Dienstleistungsanteil. Durch die totale Vermengung der einzelnen Prämienbestandteile können die Gesellschaften noch heute quasi beliebig über die ihnen eigentlich nur anvertrauten Versicherungs- und Spargelder und deren Überschüsse verfügen.“

**Seite 25 f.:** „Die Verantwortlichen wollen das alles nicht wahrhaben. Als sich ein Bürger über die Missstände im Versicherungswesen und eigene finanzielle Verluste beschwerte, antwortete Dr. Theodor Waigel als der für das Versicherungswesen zuständige Bundesminister im Sommer 1989: ‚Wir haben starke Versicherungs-Aufsichtsbehörden, eine insgesamt verbraucherfreundliche Gesetzgebung und eine unabhängige Justiz. In solcher Umgebung sollten sich eklatante Missstände im Versicherungswesen nicht dauerhaft halten können.‘ – Ein verhängnisvoller Irrtum !“

**Kontakt <mailto:hansdmeyer@versanet.de>**