

FRAKTIONSBSCHLUSS VOM 25.04.2017

» VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT NACHHALTIG UND GERECHT STABILISIEREN



Mehr als 90 Milliarden Euro sammeln die hierzulande 84 Lebensversicherer jährlich ein. Das ist über die Hälfte des jährlichen Sparvolumens der Haushalte. Versicherer verringern das Risiko Einzelner durch Beiträge Vieler. So soll es zumindest sein. Doch einzelne Versicherer stellen heute durchaus für viele Kundinnen und Kunden und für den Finanzmarkt ein Risiko dar. In einem schwierigen Niedrigzinsumfeld, in dem sich Nominalzinszusagen der Vergangenheit immer schwerer einhalten lassen, geraten die kostenintensiven Geschäftsmodelle der oftmals nur schwach kapitalisierten Versicherer zunehmend unter Druck.

Die Versicherungswirtschaft ist enorm wichtig für unsere Volkswirtschaft, doch CDU/CSU und SPD vermeiden immer wieder eine transparente Diskussion der Lage. Gesetzliche Änderungen werden gerne an andere Gesetze angehängt, damit sie nicht so auffallen. Möglichst wenige Menschen sollen die Wirkung der Stabilisierungsmaßnahmen verstehen, die häufig gut für die Aktionärinnen und Aktionäre und schlecht für die Kundinnen und Kunden sind. So beschlossen CDU/CSU und SPD 2014 ein Gesetz, das die Probleme auf Kosten der Kunden kaschierte, ohne sie nachhaltig zu lösen: durch die eingeführte Zinszusatzreserve entziehen die Lebensversicherer Milliarden bei den Überschussbeteiligungen der Kunden, Regelungen bei den Bewertungsreserven wurden geändert, und Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen erlauben zusätzliche Bilanztricks um Kundenansprüche zu schmälern. Auch einige Pensionskassen kürzten die Leistungen. Die Kunden finanzieren die Rettungsmaßnahmen, gleichzeitig beziehen die Eigentümer der Versicherungskonzerne weiter üppige Dividenden. Millionen Menschen sorgen sich um ihre Absicherung im Alter. Positive Ausnahme: die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Diese genossenschaftlich organisierten Versicherer haben keine fremden Eigentümer. Gewinne verbleiben im Unternehmen oder kommen den Versicherten zugute.

Darüber hinaus gibt es große Probleme in der Absicherung weiterer existentieller Risiken, etwa bei der Berufsunfähigkeit und dem Schutz vor Elementarschäden. Die Kapitalanlagepolitik vieler Versicherer erhöht sogar Elementarrisiken, indem Kundengelder in fossile Energiequellen investiert werden, die den Klimawandel anheizen. Versicherer sollten Risiken durch nachhaltige Investitionen senken anstatt befeuern.

Die Wende muss gelingen, Versicherer müssen wieder den Menschen dienen. Mit den folgenden aufeinander abgestimmten Maßnahmen wollen wir die Finanzwende in der Versicherungswirtschaft einleiten und sie nachhaltig und sozial-gerecht stabilisieren:

SOLVENZ ERHÖHEN

Wir wollen verlässliche Versicherungsbilanzen. Wie funktioniert eine Kapitallebensversicherung? Der Versicherte zahlt heute ein und bekommt vom Versicherer eine zukünftige Leistung garantiert. Mindestens diese mit dem so genannten Garantiezins berechnete Leistung steht ihm zu (zusätzlich wird dem Versicherten eine Überschussbeteiligung versprochen, siehe unten). Für die durch die gezahlten Beiträge erworbenen Leistungsansprüche müssen die Versicherer Deckungsrückstellungen bilden. Diese sind jener Teil des Vermögens des Versicherers, der für die Erfüllung der Leistungen gegenüber den Versicherten mindestens nötig ist und im Unternehmen verbleiben muss. Allerdings muss ein Unternehmen für eine Leistung von 100.000 Euro inkl. des Garantiezinses, auf die ein

Anleger in zehn Jahren einen Anspruch hat, heute keine 100.000 Euro in die Rückstellungen einstellen. Denn wenn es am Kapitalmarkt 4 Prozent Zinsen erzielen kann, reicht schon ein Betrag von 67.500 Euro. Mit den zu erwartenden Zinsen kann es dann die garantierte Leistung in zehn Jahren erbringen. Wenn der Zins aber fällt, muss diese Rückstellung erhöht werden. Können am Markt nur noch z.B. ein Prozent erzielt werden, dann müsste der Versicherer knapp 90.000 Euro einstellen, um die Ablaufleistung erfüllen zu können. Ein Problem war, dass Versicherer, die nach HGB bilanzieren, für ihre Berechnung der nötigen Deckungsrückstellung weiter die viel zu hohen, zum Vertragsabschluss geltenden Zinsen annahmen. Damit sind die Deckungsrückstellungen zu niedrig, während das Eigenkapital der Unternehmen zu hoch eingeschätzt wird. Trotz der nun zu bildenden Zinszusatzreserven, die dies teilweise ausgleichen sollen, ergibt sich kein klares Bild über die Solvenz der Versicherer. Denn auch für diese geht man davon aus, dass sich die Portfolioverzinsung auf dem Niveau des jeweiligen Referenzzinssatzes (derzeit knapp 2,5 Prozent) stabilisiert. Die Fristen für den Übergang zu etwas realistischeren Rechnungszinsen, vorgegeben durch das europäische Regulierungsregime Solvabilität II, sind mit 15 Jahren sehr lang.

Wir wollen, dass Versicherer offenlegen, welche Übergangsregeln sie nutzen und was der Effekt ist. Im Mai 2017 müssen Versicherer ihre Zahlen unter den Vorgaben von Solvabilität II erstmals veröffentlichen. Diese sollen Kunden Transparenz über die Stabilität ihres Versicherers geben. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft warnen jetzt schon davor, die Zahlen verschiedener Gesellschaften zu vergleichen, obwohl sie genau zu diesem Zweck eingeführt wurden. Es muss sichergestellt werden, dass die Informationen vergleichbar sind. Zeigt sich, dass ein Unternehmen Probleme hat, muss es Pläne geben, die klar darlegen, wie in Zukunft die Solvenzanforderungen erfüllt werden können. Sollte das Unternehmen keine plausiblen Pläne vorlegen, muss die BaFin Maßnahmen ergreifen, beispielsweise eine Ausschüttungssperre verhängen.

Wir wollen die Eigenkapitalausstattung der Versicherer erhöhen. Der Internationale Währungsfonds warnte, dass ein Drittel der Versicherer – vor allem die mittelgroßen – bei anhaltenden Niedrigzinsen pleitegehen, wenn sie die oben angesprochenen 15-jährigen Übergangsregelungen in Anspruch nehmen und es dann zu einem Schock kommt, der statistisch gesehen alle 200 Jahre auftritt. Zum Vergleich: in den Modellen von Goldman Sachs war die Finanzkrise so wahrscheinlich wie 22-mal hintereinander im Lotto zu gewinnen, bzw. hätte weniger als ein Mal seit Entstehung des Universums auftreten sollen... Um das Pleiterisiko zu reduzieren, sollen Versicherer ihre Eigenkapitalausstattung erhöhen. Viele Versicherer haben weniger als ein Prozent Eigenkapital, knapp zwei Prozent ist Branchendurchschnitt. Auch wenn viele Versicherer konservativ investieren, können zwei Prozent Verlust schnell entstehen. Insbesondere wenn die Zinsen wieder auf ein normales Niveau ansteigen sollten, würden Anleihekurse stark fallen. Ein Geschäftsmodell, das Kunden über Jahrzehnte laufende Garantien verspricht und ihnen feste und jederzeit realisierbare Rückkaufswerte zusichert, lässt sich nur mit einem ausreichend hohen Eigenkapitalpuffer betreiben; wenn nicht im Krisenfall der Staat zur Haftung herangezogen werden soll. Daher wollen wir die Eigenkapitalreserven der Versicherer anheben. Anfallende Gewinne sollen thesauriert werden, wenn zukünftige Probleme absehbar werden.

Wir wollen mehr echtes Eigenkapital anstatt umgewidmete Rückstellungen für Beitragsrückerstattung. Sobald Kunden eine Lebensversicherung abschließen, kalkulieren die Versicherer die Entwicklung der Guthaben wie im Gesetz vorgeschrieben sehr vorsichtig und setzen höhere Beiträge an als versicherungsmathematisch notwendig wäre. Später ergeben sich für gewöhnlich Überschüsse, weil die Entwicklung positiver war als kalkuliert. Der Gesetzgeber erlaubt den Unternehmen daher einen steuerfreien Reservetopf zu bilden, um darin die Überschüsse zu sammeln, die sie den Kunden später zurückgeben sollen: die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, RfB. Auf dem Papier gehört der Reservetopf den Kunden, aber nur dem Kollektiv, nicht der einzelnen Kundin, die vielleicht ihren Vertrag beenden will. Daher zählen diese Gelder auch zu den Eigenmitteln der Versicherer. Und diese

Möglichkeit wird rege genutzt: Im Durchschnitt bestehen 80 Prozent der aufsichtsrechtlichen Kapitalanforderungen aus RfB. Das bedeutet, dass die Aufsicht davon ausgeht, dass der entscheidende Sicherheitspuffer nicht das Eigenkapital der Eigentümer ist, sondern die Überschüsse der Kunden. Hier braucht es eine Korrektur. Die Versicherer sollen in Zukunft ihre Kapitalverpflichtungen in stärkerem Maße mit echtem Eigenkapital und nicht vor allem mit Kundengeldern erfüllen.

AUFSICHT STÄRKEN

Wir wollen der Aufsicht bessere Instrumente geben. Die Bundesbank warnt, dass in einem Worst-Case-Szenario 80 Prozent der Lebensversicherer schon in den nächsten Jahren die aufsichtsrechtlichen Eigenmittelanforderungen nicht mehr erfüllen könnten, wenn sie nicht substanziell Eigenkapital aufbauen und Kosten reduzieren. Trotzdem erlaubt die BaFin den Unternehmen immer noch, durch Gewinnausschüttungen, überhöhte Gehälter, teuer verzinste Gesellschafterdarlehen, übertrieben hohe Verzinsung der Kundenguthaben und andere Maßnahmen Substanz aus den Unternehmen abzuziehen. Wir wollen eine proaktive Aufsicht. Die von der Bundesbank angestellten Prognoserechnungen, die verschiedene Zinsszenarien simulieren, sollen in Zukunft jährlich durchgeführt werden. Wenn sich daraus Schwierigkeiten ablesen lassen, sollte die BaFin verhindern, dass die Eigentümer der Versicherungsgesellschaften weiterhin durch die oben beschriebenen Maßnahmen Substanz aus ihren Unternehmen abziehen. Falls das nicht ausreicht, um die prognostizierten Probleme zu beheben, muss die Aufsicht die Unternehmen zu Kostensenkungen und externer Kapitalerhöhung verpflichten können.

Wir wollen die demokratische Kontrolle der Aufsicht stärken. Das Regelwerk zur Versicherungswirtschaft wurde in den letzten Jahren immer komplexer. Nur noch die Versicherungslobby und einige wenige Personen in der Aufsicht verstehen, was warum und wie geregelt wird. Teilweise wurden bei der Gesetzgebung oder bei Verordnungen ganze Textabschnitte aus Forderungskatalogen der Versicherungslobby übernommen. Ergebnisse aus Gutachten der Versicherungsbranche flossen in die Meinungsbildung ein, ohne die Verbrauchersicht zu berücksichtigen. Echte demokratische Kontrolle ist auf diese Weise unmöglich geworden. Gesetze zur Versicherungsaufsicht wurden in der Vergangenheit vom Bundestag ohne gründliche Debatte und bei nicht einmal für alle Mitglieder des Finanzausschusses nachvollziehbarer Faktenlage durchgewunken. Daher ist es dringend geboten, die Regulierung deutlich zu vereinfachen.

Wir wollen einen leistungsfähigen Sicherungsfonds. Um Kunden vor Pleiten zu schützen, gründeten die Versicherer 2002 vor dem Hintergrund der Schieflage der Mannheimer Versicherung die Protektor Lebensversicherungs-AG. Später wurde der Sicherungsfonds auch gesetzlich verankert. Das derzeitige Volumen des Sicherungsfonds von knapp einer Milliarde Euro reicht nicht ansatzweise aus, um einen größeren oder mehrere mittlere Versicherer aufzufangen. Die Bundesbank warnt, dass die Mittel von Protektor in einem extremen Stressszenario, selbst nach Nachschüssen der Versicherer und Herabsetzung der Kundenforderungen, nicht ausreichen, um die zu erwartenden Insolvenzen bei einem lang anhaltenden Niedrigzinsumfeld aufzufangen. Um Abhilfe zu schaffen, muss das Volumen des Fonds deutlich erhöht werden. Auch sollte ein europäisches Rückversicherungssystem eingeführt werden.

Wir wollen eine Europäische Versicherungsunion aufbauen. Parallel zur Bankenunion braucht Europa eine Versicherungsunion. Die größten Versicherer sollen direkt von der Europäischen Aufsicht für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersversorgung überwacht werden, wie es das Europaparlament gefordert hat. Dazu gehört auch ein europäisches Abwicklungsregime für Großversicherer, das die EU-Kommission plant. Analog zur europäischen Einlagensicherung schlagen wir zudem vor, einen europäischen Sicherungsfonds als Rückversicherung aufzubauen und die Beiträge für den Fonds konsequent nach Risiken zu differenzieren.

KUNDENGELDER SCHÜTZEN

Wir wollen die Gestaltungsmöglichkeiten zur Gewinnabschöpfung eindämmen. Zur Stabilisierung des Versicherungssektors wurde 2014 das Lebensversicherungsreformgesetz verabschiedet. Das Gesetz begrenzt die Mittelabflüsse und erhöht dadurch die Kapitalreserven. Wesentliche Elemente des Gesetzes sind Einschränkungen bei der Beteiligung ausscheidender Kunden an den Bewertungsreserven und bei der Ausschüttung von Dividenden. Bei den Kundengeldern zeigt diese Maßnahme Wirkung. Die Ausschüttungen an ausscheidende Kunden liegen voraussichtlich bei 1,1 Milliarden Euro pro Jahr – statt der ursprünglichen 2,6 Milliarden Euro. Damit auch die Eigentümer ihren Anteil zur Stabilisierung beitragen, sieht das Gesetz eine Einschränkung der Gewinnausschüttung vor. Allerdings wurde diese von fast einem Viertel der Versicherer durch sogenannte Gewinnabführungsvereinbarungen umgangen – Tendenz steigend. Die Vereinbarungen wurden teilweise nur zu diesem Zweck geschlossen. Hinzu kommen Konstruktionen wie Nachrangdarlehen, Lizenz- und Rückversicherungsverträge. Diese unfairen Gestaltungsmöglichkeiten wollen wir verbieten.

Wir wollen die Mindestverzinsung für Aktionäre abschaffen. Ein Vorteil von genossenschaftlich organisierten Versicherern – sogenannte Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit – ist, dass sie keine fremden Eigentümer haben, die Gewinne beanspruchen. Erwirtschaftete Überschüsse verbleiben im Unternehmen oder kommen direkt den Versicherten zugute. Private Versicherer hingegen dürfen ihren Kunden derzeit nur dann mehr als die gesetzlich vorgeschriebenen Erträge zukommen lassen, wenn für die Aktionäre ein Gewinn in Höhe von vier Prozent des Grundkapitals übrig bleibt. Diese unfaire Privilegierung von Eigentümerinteressen gegenüber Kundeninteressen ist ersatzlos zu streichen. Zudem wollen wir Leistungskürzungen bei gleichzeitiger Ausschüttung von Gewinnen verbieten.

Wir wollen Aktionäre, Aufsichtsrat, Vorstand und Fremdkapitalgeber zur Haftung heranziehen. Bislang liegt es zu sehr im Ermessen der Aufsichtsbehörde, wie mit Versicherungsunternehmen in der Krise umgegangen wird. Derzeit können Kunden ihre Ansprüche verlieren, ohne dass gesetzlich klar geregelt ist, ob zunächst die Eigentümer zur Haftung herangezogen werden. Wir wollen das Haftungsprinzip wieder vom Kopf auf die Füße stellen und eine kundenfreundliche Haftungskaskade durchsetzen.

Wir wollen Versicherte von Pensionskassen und Versorgungswerken besser vor Leistungskürzungen schützen. Die BaFin soll sich im Rahmen der erforderlichen Genehmigungsverfahren von Leistungskürzungen nicht alleine auf eine reine „Plausibilitätsprüfung“ der von den Pensionskassen vorgelegten Eigenkapital-Prognoserechnungen verlassen dürfen. Das ist in Anbetracht der Höhe der bereits erfolgten Kürzungen völlig inakzeptabel. Wir fordern klare Vorgaben zu statistischen und finanzmathematischen Überprüfungsverfahren, der Länge des erheblichen und notwendigen Prognosezeitraumes und der Überprüfung der Kostenstrukturen der betroffenen Einrichtung.

Wir wollen Kundenbeteiligungen für alle Überschusskomponenten auf mindestens 90 Prozent der Überschüsse anheben. Die Versicherer werden von der Aufsicht angehalten, ihre Tarife mit hohen Verwaltungskosten, vielen und teuren Schadensfällen und einem niedrigen Kapitalanlageergebnis zu kalkulieren. Man will damit sicherstellen, dass Versicherer keinesfalls pleitegehen und Versicherte am Schluss mit leeren Händen dastehen. Deswegen müssen die Versicherten wesentlich höhere Beiträge zahlen als nötig. An sich wäre das eine sinnvolle Vorsichtsmaßnahme, wenn garantiert werden könnte, dass die Versicherten am Ende die Überschüsse auch wieder zurückbekämen. In der Mindestzuführungsverordnung regelt der Gesetzgeber jedoch, dass die Versicherten nur 50 Prozent der Kostenüberschüsse, 90 Prozent des Kapitalanlageergebnisses (abzüglich der Garantiezinsen), sowie – dank unseres Einsatzes – 90 Prozent der Risikoüberschüsse mindestens behalten dürfen. Dies sollte deutlich kundenfreundlicher geregelt werden. Wir wollen für bestehende und künftige Verträge die Erstattung bei allen drei Komponenten auf mindestens 90 Prozent der Überschüsse anheben.

Für Neuverträge wollen wir die Überschussbeteiligung durch eine Erfolgsbeteiligung ersetzen. Nur wenn Versicherte nach Ablauf der Versicherung finanziell besser abgeschnitten haben als bei einer

fiktiven Alternativenanlage in Bundesanleihen, ginge ein Teil der Überschüsse an das Unternehmen. Diese Art der erfolgsabhängigen Vergütung hat sich in weiten Teilen der Finanzwirtschaft bereits durchgesetzt.

PRODUKTE TRANSPARENT MACHEN

Wir wollen, dass Versicherte den Versicherern auf Augenhöhe begegnen können. Dafür bedarf es vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlicher, komprimierter Informationen. Das durch die Versicherungsvermittler-Richtlinie einzuführende Basisinformationsblatt geht in die richtige Richtung. Für Versicherungsanlageprodukte muss aber weiter die noch strengere sog. PRIIPS-Verordnung gelten, nach der insbesondere eine Offenlegungspflicht der Kosten einschließlich der Provisionshöhe besteht. Dem Lobbydruck, Lebensversicherungen nicht als „Versicherungsanlageprodukt“ zu begreifen, darf deshalb keinesfalls nachgegeben werden. Vielmehr brauchen wir insgesamt eine verbraucherfreundliche Umsetzung der Versicherungsvermittler-Richtlinie: Wir fordern obligatorische Nettopreise, Werbung nur mit Nettorendite nach Abzug der Kosten sowie eine obligatorische Einzelaufstellung der Kosten vor Vertragsschluss und während der Vertragslaufzeit, einschließlich Provisionshöhen und Vertriebsmargen, für alle Versicherungsprodukte.

Wir wollen die Standmitteilungen verbessern. Das Versicherungsrecht kennt nur knappe Vorgaben für Standmitteilungen und bietet viel Interpretationsspielraum. Das führt dazu, dass eine Standmitteilung selbst bei Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben nicht alle für den Verbraucher notwendigen Informationen zu seinem Versicherungsvertrag enthält. Dennoch zeigte sich, dass gerade einmal 5 der 35 größten Lebensversicherer in Deutschland diesen niedrigen gesetzlichen Vorgaben unmissverständlich entsprechen. Hier muss es neben verbraucherfreundlicheren Vorgaben auch eine bessere Rechtsdurchsetzung geben.

Wir wollen den Querverkauf unnützer Kopplungs- und Bündelungsprodukte unterbinden. Verbraucherschützer raten, Sparen und Versichern stets voneinander zu trennen. Dennoch werden oft mehrere Versicherungen im Gesamtpaket angeboten (etwa Berufsunfähigkeits- und Lebensversicherung) oder eine ökonomisch nicht sinnvolle Versicherung an ein Drittprodukt gekoppelt bzw. gebündelt (etwa eine Restschuldersicherung bei Abschluss eines Darlehensvertrags), obwohl die Kundin das zusätzliche Produkt eigentlich nicht braucht oder sogar wirtschaftlich schlechterstellt. Marktmacht von Versicherern oder Kontrahierungsdruck des Verbrauchers dürfen nicht als Hebel für verbraucher-schädliche Querverkäufe ausgenutzt werden. Über die Vorgaben der IDD-Richtlinie hinaus sollen Querverkäufe nur dann zulässig sein, wenn ein objektiver Nutzen für die Verbraucherin oder den Verbraucher durch den Querverkauf nachweisbar ist.

Wir wollen, dass Bürgerinnen und Bürger sich zuverlässig und rechtssicher gegen Berufsunfähigkeit versichern können. Die Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV) ist ein zentraler Bestandteil der Invaliditätsabsicherung. Sie soll im Falle der Berufsunfähigkeit den Verlust des Einkommens wenigstens teilweise kompensieren und die Versicherten und ihre Familien so vor einem der wichtigsten Lebensrisiken schützen. Der Markt für BUV ist aber geprägt von unverständlichen und kaum vergleichbaren Angeboten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, also die AGB für Versicherungen, sind bei BUV besonders unverbindlich formuliert, um im Leistungsfall den Versicherern auf Kosten der Versicherten einen möglichst weiten Prüfungsspielraum einzuräumen. Aber auch die gesetzlichen Regeln zu BUV sind sehr unbestimmt und bieten Versicherten keine Orientierung, wann der Versicherer zur Leistung verpflichtet ist. Das alles führt im Ergebnis zu häufig dazu, dass gar keine Versicherung abgeschlossen oder das Vertrauen auf finanzielle Hilfe ausgerechnet in existenziellen Lebenssituationen enttäuscht wird. Wir wollen den gesetzlichen Rahmen der BUV reformieren und für eindeutige und kundenfreundliche Bestimmungen in den VAB sorgen, damit die Produkte verständlich und vergleichbar werden. Insbesondere sollen sich Versicherer nicht mehr nach Eintritt des

Leistungsfalles auf vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen berufen dürfen, sondern bei Vertragsschluss selbst für die Gesundheitsprüfung des Versicherten verantwortlich sein. Leistungsunwillige Versicherer dürfen auch nicht länger mit der Resignation der schutzbedürftigen Versicherten in Anbetracht eines kosten- und zeitintensiven Gerichtsverfahrens rechnen können.

UNABHÄNGIGE BERATUNG STÄRKEN

Wir wollen die Strukturen guter Beratung stärken. Mit über 220.000 Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern und zusätzlich über 35.000 Finanzanlagevermittlern ist der Vertrieb von Finanzprodukten in Deutschland sehr groß. Inzwischen versuchen die Versicherer Vertriebskosten zu senken, was zu einem deutlichen Rückgang der Arbeitsplätze bei den privaten Agenturen führt. Unser Ziel ist es, diesen enormen Strukturwandel für eine deutliche Verbesserung der Beratung für die Kunden zu nutzen. Dafür gilt es, Strukturen guter Beratung durch transparente und faire Rahmenbedingungen zu stärken und Strukturvertriebe und Fehlberatung zu überwinden. Auf allen Vertriebswegen, also auch im Online- und Direkt-Vertrieb, müssen gleiche Qualitätsstandards gelten.

Wir wollen Interessenkonflikte durch provisionsbasierte Beratung verhindern. Auch bei transparenteren Produkten bleiben viele Menschen auf Beratung angewiesen. Eine durch Provision motivierte Vermittlung bevorzugt Produkte mit lukrativen Provisionen. Obwohl dadurch eine qualitativ hochwertige Beratung nicht ausgeschlossen ist, besteht insgesamt die Gefahr von Fehlberatungen an den individuellen Bedürfnissen der Kunden vorbei. Wir müssen daher schon heute die gesetzlichen Voraussetzungen schaffen, um einen sukzessiven Übergang von der abhängigen Provisionsberatung zur unabhängigen Honorarberatung zu vollziehen. Dafür müssen Wettbewerbsnachteile für unabhängige Berater sofort abgebaut und ein klarer Zeitplan für den Ausstieg aus der Provisionsberatung bis zum Jahr 2030 festgelegt werden.

Wir wollen eine gesetzlich fixierte Honorarordnung. Dadurch lässt sich den Formen der honorarbasierten Beratung eine Vergütung zuordnen. Eine flächendeckende, allgemeingültige Verordnung stärkt das Leitbild der Beraterin und des Beraters. Zudem wollen wir dadurch die Arbeitsbedingungen in der Versicherungsbranche verbessern. In der Branche ist der Zeit- und Leistungsdruck besonders hoch. Dazu tragen die Zielvereinbarungen bei, die in der Versicherungswirtschaft besonders häufig zur Leistungssteuerung eingesetzt werden und die derzeit gängigen Vergütungsmodelle bei. Werden die Ziele nicht erreicht, steigt der psychische Druck auf die Beschäftigten. Das wird sich ändern, wenn kundenorientierte Vergütungsmodelle eine größere Verbreitung finden.

Wir wollen Berater und Vermittler besser ausbilden. Der Anspruch an die Qualifikation der Versicherungsvermittler und Versicherungsberater muss über die jetzigen Anforderungen hinausgehen. Insbesondere besteht bei gebundenen Vermittler, die nur für ein Unternehmen arbeiten, seit 2007 eine Ausnahme von den Qualitätsanforderungen, die nicht gerechtfertigt ist. Die zurzeit erforderliche Mindestqualifikation eines geprüften Versicherungsfachmanns IHK ist die geringstmögliche Qualifikation für einen Versicherungsvermittler. Das ist nicht ausreichend, um Verbraucher sachgerecht und umfassend beraten zu können, besonders wenn es um existentielle Fragen wie die der Alters- oder Gesundheitsvorsorge geht. Daher wollen wir die anfängliche Mindestqualifikation auf das Niveau des Lehrberufes eines Kaufmannes/einer Kauffrau für Versicherungen und Finanzen anheben. Dies soll die Grundlage sein für ein zertifiziertes Qualifikationsschema auf dem Weg zum/zur Versicherungsvermittler oder Versicherungsberater ähnlich dem der Steuerberater.

Wir wollen ein einheitliches Berufsbild und eine einheitliche Aufsicht schaffen. Das deutsche Recht kennt diverse Formen der Versicherungs- und Finanzanlageberatung und -vermittlung mit unterschiedlichen Pflichten und Rechten. Daraus folgt, dass Verbraucher auf der Suche nach Rat häufig

nicht von vornherein abschätzen können, bei wem sie am besten aufgehoben sind. Wie bei Rechtsanwälten oder Steuerberatern brauchen wir ein konsolidiertes, einheitliches und transparenteres Berufsbild. Die Aufsicht sowie die Zuständigkeit für Erlaubniserteilungen und – rücknahmen für die gesetzlichen Typen von Vermittlern und Beratern soll künftig zentral bei der BaFin gebündelt werden. Derzeit ist die Aufsicht unübersichtlich, uneinheitlich und teils unterentwickelt. Die Erlaubniserteilung obliegt den IHK, die Erlaubnisentziehung fällt teils in die – je nach Bundesland unterschiedlich geregelte – Zuständigkeit der kommunalen Behörden (Gewerbeamt, Ordnungsamt, etc.) oder den Landkreisen (Bezirksamt, Regierungspräsidium, etc.). Die Zuständigkeit für Gewerbeuntersagung ist teilweise nicht in derselben Behörde angesiedelt wie die Zuständigkeit für die Rücknahme der Erlaubnis. Bei gebundenen Versicherungsvermittler, die keiner Gewerbeerlaubnis bedürfen und 65 Prozent aller Vermittler von Versicherungen ausmachen, dürfen die Versicherer die Zuverlässigkeit der Vermittler sogar selbst beurteilen. Diese Zerstückelung führt zu uneinheitlicher und ineffizienter Aufsicht und soll beendet werden.

Wir wollen die Chancen von computergestützter Beratung nutzen, und Risiken minimieren.

Computergestützte Beratung (sogenannter Robo-Advice) hat das Potential, insbesondere finanzschwächere Verbraucher bei ihren Anlage- und Versicherungsentscheidungen effizient zu unterstützen und damit der Gefahr von Beratungslücken vorzubeugen. Robo-Advice soll prinzipiell in Form von Honorar-Finanzanlageberatung erfolgen, sobald eine persönliche Empfehlung zu Finanzinstrumenten abgegeben wird, die sich auf die persönlichen Umstände der Anlegerin stützt. Dadurch ist eine unabhängige, transparente und allein auf das Kundeninteresse ausgerichtete Anlageberatung gewährleistet. Aufsicht, Erlaubniserteilung und –rücknahme sollen ebenfalls der BaFin obliegen. Im Rahmen der Aufsicht über Robo-Adviser müssen zudem die genutzten Algorithmen auf ihre Geeignetheit und Zweckmäßigkeit überprüft werden, wie dies bei menschlichen Beratern in Bezug auf deren Sachkunde unerlässlich ist.

Wir wollen die Altersvorsorgeberatung aus einer Hand prüfen. Viele Menschen haben keine Übersicht, welche Ansprüche sie aus welchen Quellen, also betrieblich, gesetzlich oder privat erworben haben. Zudem fehlt häufig der Überblick über das jeweilige Leistungsspektrum (Altersrente, Hinterbliebenenabsicherung, Erwerbsminderungsrenten, ReHa-Leistungen) der verschiedenen Säulen der Alterssicherung. Mit Blick auf die vorhandenen Beratungsstrukturen ist eine umfassende Vorsorgeberatung aus einer Hand eine Option die wir prüfen wollen. Als ein Beispiel mit Vorbildcharakter ist PROSA (Pro Sicherheit im Alter) des Regionalträgers der Rentenversicherung Baden-Württemberg zu nennen. Hierbei wird dezentral und wohnortnah eine einzelfallbezogene produkt- und anbieterneutrale Altersvorsorgeberatung durchgeführt. Auf diese Weise können Vorsorgelücken rechtzeitig erkannt, und individuell reagiert werden.

RISIKOSCHUTZ ERWEITERN

Wir wollen einen öffentlich verwalteten Bürgerfonds als Basisprodukt für die betriebliche und private Altersvorsorge einrichten. Viele Bürgerinnen und Bürger wollen über die gesetzliche Rente hinaus für ihr Alter vorsorgen. Die konkreten Angebote lassen aber oft zu wünschen übrig. Die Effizienz der Versicherer ist insbesondere beim Bereitstellen von privaten Altersvorsorgeprodukten bemerkenswert gering. Laut Branchenkennern sind Verträge mit 15 Prozent Gesamtkosten nicht unüblich. Alle Arbeitgeber sollen daher ihren Beschäftigten ein Angebot der zusätzlichen Altersvorsorge machen und die Beiträge gegebenenfalls direkt einbehalten. Jenseits vom Bestandsschutz stehen dem Arbeitgeber bei seiner Angebotspflicht Direktzusage, Pensionsfonds, Pensionskasse, Unterstützungskasse und der Bürgerfonds offen. Die Aufteilung der Sparleistung zwischen den Angebotsformen ist dabei möglich. Nimmt der oder die Beschäftigte keines der ersten Angebote in Anspruch, wird der Bürgerfonds als Standardweg angeboten. Mit dieser Standardisierung könnte es gerade für kleine und mittlere

Betriebe leichter werden, ihren Beschäftigten ein Betriebsrentengebot zu unterbreiten. Auch die Vorsorge über verschiedene Arbeitgeber oder Lebensphasen hinweg wäre mit diesem Bürgerfonds leichter. Bei hinreichender Größe des Fonds kann die laufende Verwaltungsgebühr sehr niedrig sein. Das zeigt das Beispiel Schweden. Dort fließen lediglich 0,15 Prozent des gesparten Vermögens in die Verwaltung – bei einer durchschnittlichen Jahresrendite von 6.5 Prozent seit seiner Einrichtung im Jahr 2000. Anders als etwa bei Riester in Deutschland kann so die Sparleistung der Menschen fast vollständig in die Altersvorsorge gehen, statt im Vertrieb hängen-zubleiben.

Wir wollen die Absicherung bei Erwerbsunfähigkeit reformieren. Wer nicht mehr von seiner Hände Arbeit leben kann, dem droht eine dauerhaft finanzielle Notlage. Erwerbsminderung und Erwerbsunfähigkeit sind eine wesentliche Ursache für Altersarmut. Die private Versicherung kann die Lücken in der Versorgung nicht hinreichend schließen. Der Schutz vor Erwerbsunfähigkeit muss deswegen wie bisher über die gesetzliche Rentenversicherung erfolgen und verbessert werden. Durch die Weiterentwicklung zu einer Bürgerversicherung wollen wir alle Bürgerinnen und Bürger gegen Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung absichern und den Schutz dadurch verbessern, dass wir die Abschläge abschaffen, wenn jemand aus rein medizinischen Gründen erwerbsunfähig wird. Die private Versicherungswirtschaft bietet derzeit sowohl Erwerbsunfähigkeitsrenten wie auch Berufsunfähigkeitsrenten an. Für Kunden ist selbst beim Blick ins Kleingedruckte oft nicht klar erkennbar, welche Art der Absicherung für sie sinnvoll ist und wie weit der vereinbarte Schutz reicht, weil Klauseln unverständlich formuliert sind. Viele Kunden wollen in erster Linie die Einkommenslücke schließen, die zwischen ihrem Erwerbseinkommen und der Erwerbsminderungsrente in der Gesetzlichen Rentenversicherung liegt oder einen ähnlichen Schutz erlangen, wenn sie bislang nicht obligatorisch abgesichert sind. Dem müssen Versicherer Rechnung tragen und in ihren Geschäftsbedingungen den Unterschied zwischen einer Erwerbsunfähigkeitsrente und einer Berufsunfähigkeitsrente deutlich klarstellen. Sie müssen zudem klarstellen, welche Tätigkeiten gegen Berufsunfähigkeit versichert sind. Die Absicherung könnte zudem transparenter und einfacher werden, wenn die Versicherer ein Produkt anbieten würden, das ergänzend zur Erwerbsminderungsrente der Gesetzlichen Rentenversicherung konzipiert wäre und darauf ausgelegt wäre, die Einkommenslücke zwischen Erwerbseinkommen und Erwerbsminderungsrente zu schließen. Das sollte geprüft werden.

Wir wollen den Zugang von behinderten und chronisch kranken Menschen zu Versicherungen verbessern. Vielen Menschen bleibt aufgrund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung der Zugang zu Lebensversicherungen, privaten (ergänzenden) Kranken- oder Pflegeversicherungen oder Berufsunfähigkeitsversicherungen verwehrt, da private Versicherungsgesellschaften beim Vorliegen bestimmter Diagnosen Versicherungen häufig verweigern oder abschreckend hohe Prämien verlangen. Schon heute sind allerdings private Krankenversicherer gesetzlich dazu verpflichtet, Patientinnen und Patienten grundsätzlich dann in die Vollversicherung aufzunehmen, wenn diese den so genannten Basistarif wählen. Dieser entspricht dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. In anderen Fällen ist die Verweigerung eines Versicherungsvertrags hingegen rechtlich möglich. Ohnehin bietet das bestehende zweigeteilte Krankenversicherungssystem Rentnerinnen und Rentnern mit unsteten Erwerbsbiographien, Existenzgründerinnen und Existenzgründern, kleinen Handwerkern oder Soloselbständigen mit geringen Einkommen keine bezahlbare soziale Absicherung im Krankheitsfall. Mit der Weiterentwicklung der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung zur Bürgerversicherung wollen wir allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von Gesundheitszustand und Einkommen eine gute Gesundheitsversorgung ermöglichen. Bis dahin muss die Diskriminierung von chronisch kranken und behinderten Menschen beim Zugang zu Kranken- sowie anderen Versicherungen soweit wie möglich abgebaut werden. Versicherungsgesellschaften sollen dazu verpflichtet werden, die Verweigerung einer Aufnahme genauer als bisher zu begründen. Dazu sollen sie auf Grundlage einer versicherungsmathematischen Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen begründen, warum ein Ausschluss nach § 20 Absatz 2 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes

gerechtfertigt ist. Darüber hinaus soll der Ausschluss so eng wie möglich gefasst werden, so dass Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen alle Risiken versichern können, die nichts mit ihrer Behinderung oder Krankheit zu tun haben. Ein weiteres Problem ist, dass nach der Ablehnung eines Versicherungsunternehmens, der Versuch bei anderen Versicherern einen Vertrag zu schließen vergebens ist, denn die Unternehmen tauschen untereinander Daten aus. Das gemeinsame Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) soll Versicherungsbetrug bekämpfen – de facto werden darüber hinaus Kunden selektiert. Auffälligkeiten und erhöhte Risiken werden im HIS ebenfalls registriert. Einmal abgelehnt, immer abgelehnt – das ist leider die Realität. Damit diese Praxis ein Ende hat wollen wir, dass Versicherungsunternehmen regelmäßig und unaufgefordert schriftlich Auskunft über die dort hinterlegten Kundendaten erteilen müssen.

Wir wollen den Haftpflichtschutz ausweiten. Die Haftpflicht kann existenzbedrohende Ausmaße annehmen, da der Schädiger bis zur Pfändungsgrenze mit seinem gesamten privaten Vermögen haftet – unter Umständen ein Leben lang. Gleichzeitig schützt die Haftpflichtversicherung aber auch Geschädigte, da Versicherer für den entstandenen Schaden aufkommen, falls dieser die Leistungsfähigkeit des Verursachenden übersteigt. Insgesamt besitzen nur etwa 66 Prozent der Deutschen einen privaten Haftpflichtschutz im Haushalt. Schafft es die Versicherungswirtschaft nicht, den Haftpflichtschutz nennenswert zu steigern, ist die Einführung einer Versicherungspflicht für alle Bürger zu prüfen. Außerdem wollen wir Versorgungslücken bei der beruflichen Haftpflicht adressieren. Beispiel Hebammen: der Haftpflichtschutz macht eine Selbständigkeit nahezu unmöglich, die Tätigkeit der Hebammen dient jedoch gesamtgesellschaftlichen Zielen. Damit Prämien auch für selbständige Hebammen bezahlbar bleiben, wollen wir im Bereich der medizinischen Versorgung einen Haftungsfond für Behandlungsfehler schaffen, der eine kollektive Haftung aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sicherstellt.

Wir wollen den Versicherungsschutz vor Elementarschäden ausweiten und begrüßen die dahingehende Prüfung durch Bund und Länder. Infolge des Klimawandels steigen die Risiken für Elementarschäden beispielsweise durch Sturmfluten und Hochwasser. Ohne Schutz droht Menschen oft der finanzielle Ruin. Vor der europäischen Deregulierung im Jahre 1994 gab es etwa in Baden-Württemberg eine umfassende Elementarschadensversicherung für den gesamten Gebäudebestand, sodass dort auch heute noch weiterhin 95 Prozent der Haushalte diese – nun freiwillige – Versicherung halten. Wir halten Deregulierung für einen Irrweg und streben daher im Rahmen der europarechtlichen Möglichkeiten eine Lösung an, durch die alle Hauseigentümer in Risikogebieten abgesichert werden. Grundsätzlich soll sich die Beitragshöhe am Risiko orientieren, damit weiterhin ein Anreiz besteht, Risiken, zu meiden.

NACHHALTIG INVESTIEREN

Wir wollen Nachhaltigkeitsrisiken in die Kapitalanlagepolitik der Versicherer und Pensionskassen integrieren. Der Klimawandel betrifft nicht nur die Passivseite der Versicherungsbilanzen durch erhöhte Schadensrisiken bei Kunden, sondern auch die Aktivseite. Denn viele Versicherer ignorieren Nachhaltigkeitsrisiken in ihrer Kapitalanlagepolitik und fördern damit gefährliche Fehlentwicklungen. Insbesondere öffentlich-rechtliche Versicherer wie jene im Finanzverbund der Sparkassen sollen sich daher bei ihrer Kapitalanlage an den Zielen der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie orientieren. Dies senkt nicht nur die volkswirtschaftlichen Kosten der Zielerreichung, sondern auch das Risiko späterer Leistungskürzungen aufgrund verfehlter Investitionen. Allein im Klimarisikobereich schlummern erhebliche Bewertungsrisiken bei den Investitionen der Versicherer in fossile Anlagen. Versicherer sollen daher bei Neuanlagen mit einem CO₂-Preis von zunächst mindestens 30€/tCO₂eq kalkulieren. Klimarisiken in Altanlagen sollen behutsam abgebaut werden, um die Finanzmarktstabilität nicht zu gefährden.

Wir wollen den Bürgerfonds nachhaltig und langfristig anlegen. Gerade die Altersvorsorge ist ein idealer Anlagebereich für langfristige Investitionsmittel, da das Geld für Jahrzehnte angelegt werden kann. So kann der Bürgerfonds, wie das erfolgreiche schwedische Modell zeigt, die Wirtschaft mit Eigenkapital unterstützen und langfristig nachhaltige Investitionen finanzieren.

Wir wollen Nachhaltigkeitskriterien für alle öffentlich geförderten Versicherungsprodukte. Bei staatlich geförderten Produkten wollen wir verbindliche Nachhaltigkeitskriterien für die Kapitalanlage. Zudem müssen Kunden erkennen können, wie nachhaltig ein Versicherungsprodukt ist. Hierfür wollen wir die von CDU/CSU und SPD ‚versehentlich‘ abgeschaffte vorvertragliche Informationspflicht bezüglich ethischer, ökologischer und sozialer Belange wieder herstellen und mit einem verständlichen Nachhaltigkeitsrating ergänzen.