

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

A. Problem und Ziel

Das geltende Versicherungsvertragsgesetz (VVG) stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1908. Den Bedürfnissen eines modernen Verbraucherschutzes wird das Gesetz nicht mehr vollständig gerecht. Um das Versicherungsvertragsrecht mit der rechtspolitischen und -tatsächlichen Entwicklung der letzten Jahrzehnte wieder in Einklang zu bringen, reichen punktuelle Änderungen oder Ergänzungen nicht aus. Es ist daher eine Gesamtreform erforderlich. Das Versicherungsvertragsrecht ist in seinen allgemeinen Bestimmungen, wie auch bei den einzelnen Versicherungszweigen, unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung und der Vertragspraxis zeitgemäß und übersichtlich zu gestalten.

B. Lösung

Auf der Grundlage der Vorschläge der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, die am 7. Juni 2000 vom Bundesministerium der Justiz eingesetzt wurde und ihren Abschlussbericht am 19. April 2004 übergeben hat, sowie der Stellungnahmen der Ressorts, Länder und Verbände wurde der Gesetzentwurf erstellt. Die Stellung des Versicherungsnehmers wird gegenüber dem Versicherer deutlich gestärkt, die Transparenz wird verbessert. Der Entwurf regelt die Beratungs-, Aufklärungs- und Informationspflichten der Versicherer. Ergänzend sollen die einzelnen Informationen in einer Rechtsverordnung zusammenfassend normiert werden. Der Gesetzentwurf sieht neue Regelungen zur Laufzeit von Verträgen und zu Widerrufs-, Rücktritts- und Kündigungsrechten, zur vorläufigen Deckung und zur Pflichtversicherung vor. Für einzelne Versicherungszweige, z. B. für die Berufsunfähigkeitsversicherung, werden gesetzliche Mindeststandards bestimmt. Insbesondere wird das Recht der Lebensversicherung modernisiert. Der Entwurf berücksichtigt insoweit auch jüngste Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juli 2005, insbesondere zur Überschussbeteiligung in der Lebensversicherung, und des Bundesgerichtshofs, der sich in seiner Entscheidung vom 12. Oktober 2005 u. a. zur Berechnung von Mindestrückkaufswerten geäußert hat. Der Anspruch auf Überschussbeteiligung wird im Gesetz als Regelfall verankert. Erstmals erhält der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Beteiligung an den stillen Reserven/Bewertungsreserven. Dem Versicherungsnehmer muss eine Modellrechnung über die möglichen Leistungen übergeben werden und er muss jährlich über die tatsächliche Entwicklung unterrichtet werden; ferner sind ihm in Zukunft die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten mitzuteilen.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Die öffentliche Verwaltung ist durch diese Reform nicht betroffen. Insbesondere ist nicht damit zu rechnen, dass sich durch das Gesetz für die Aufsichtsbehörden zusätzliche Überwachungsaufgaben ergeben werden.

E. Sonstige Kosten

Versicherungsprodukte können sich u. a. dadurch verteuern, dass der Versicherungswirtschaft aufgrund des Aufwands für eine verbesserte Beratung und Information sowie einer Verbesserung der Rechte der Versicherungsnehmer insgesamt höhere Kosten entstehen. Ob und in welchem Umfang sich Auswirkungen auf Einzelpreise und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau ergeben, lässt sich nicht vorhersagen.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin,  Dezember 2006

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungs-
vertragsrechts**

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium der Justiz.

Der Bundesrat hat in seiner 828. Sitzung am 24. November 2006 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Anlage 1**Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts**

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1**Gesetz über den Versicherungsvertrag
(Versicherungsvertragsgesetz – VVG)****Inhaltsübersicht**

Teil 1

Allgemeiner Teil

Kapitel 1

Vorschriften für alle Versicherungszweige

Abschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Vertragstypische Pflichten
- § 2 Rückwärtsversicherung
- § 3 Versicherungsschein
- § 4 Versicherungsschein auf den Inhaber
- § 5 Abweichender Versicherungsschein
- § 6 Beratung des Versicherungsnehmers
- § 7 Information des Versicherungsnehmers
- § 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers
- § 9 Rechtsfolgen des Widerrufs
- § 10 Beginn und Ende der Versicherung
- § 11 Verlängerung, Kündigung
- § 12 Versicherungsperiode
- § 13 Änderung von Anschrift und Name
- § 14 Fälligkeit der Geldleistung
- § 15 Hemmung der Verjährung
- § 16 Insolvenz des Versicherers
- § 17 Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen
- § 18 Abweichende Vereinbarungen

Abschnitt 2

Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten

- § 19 Anzeigepflicht
- § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers
- § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers
- § 22 Arglistige Täuschung
- § 23 Gefahrerhöhung
- § 24 Kündigung wegen Gefahrerhöhung
- § 25 Prämienhöhung wegen Gefahrerhöhung

- § 26 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung
- § 27 Unerhebliche Gefahrerhöhung
- § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit
- § 29 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit
- § 30 Anzeige des Versicherungsfalles
- § 31 Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers
- § 32 Abweichende Vereinbarungen

Abschnitt 3

Prämie

- § 33 Fälligkeit
- § 34 Zahlung durch Dritte
- § 35 Aufrechnung durch den Versicherer
- § 36 Leistungsort
- § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie
- § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie
- § 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung
- § 40 Kündigung bei Prämienhöhung
- § 41 Herabsetzung der Prämie
- § 42 Abweichende Vereinbarungen

Abschnitt 4

Versicherung für fremde Rechnung

- § 43 Begriffsbestimmung
- § 44 Rechte des Versicherten
- § 45 Rechte des Versicherungsnehmers
- § 46 Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem
- § 47 Kenntnis und Verhalten des Versicherten
- § 48 Versicherung für Rechnung „wen es angeht“

Abschnitt 5

Vorläufige Deckung

- § 49 Inhalt des Vertrags
- § 50 Nichtzustandekommen des Hauptvertrags
- § 51 Prämienzahlung
- § 52 Beendigung des Vertrags

Abschnitt 6

Laufende Versicherung

- § 53 Anmeldepflicht
- § 54 Verletzung der Anmeldepflicht

§ 55	Einzelpolice	§ 86	Übergang von Ersatzansprüchen
§ 56	Verletzung der Anzeigepflicht	§ 87	Abweichende Vereinbarungen
§ 57	Gefähränderung		Abschnitt 2
§ 58	Obliegenheitsverletzung		Sachversicherung
	Abschnitt 7	§ 88	Versicherungswert
	Versicherungsvermittler, Versicherungsberater	§ 89	Versicherung für Inbegriff von Sachen
	Unterabschnitt 1	§ 90	Erweiterter Aufwendungsersatz
	Mitteilungs- und Beratungspflichten	§ 91	Verzinsung der Entschädigung
§ 59	Begriffsbestimmungen	§ 92	Kündigung nach Versicherungsfall
§ 60	Beratungsgrundlage des Versicherungsvermittlers	§ 93	Wiederherstellungsklausel
§ 61	Beratungs- und Dokumentationspflichten des Versicherungsvermittlers	§ 94	Wirksamkeit der Zahlung gegenüber Hypothekengläubigern
§ 62	Zeitpunkt und Form der Information	§ 95	Veräußerung der versicherten Sache
§ 63	Schadensersatzpflicht	§ 96	Kündigung nach Veräußerung
§ 64	Zahlungssicherung zugunsten des Versicherungsnehmers	§ 97	Anzeige der Veräußerung
§ 65	Großrisiken	§ 98	Schutz des Erwerbers
§ 66	Nicht gewerbsmäßig tätige Vermittler	§ 99	Zwangsversteigerung, Erwerb des Nutzungsrechts
§ 67	Abweichende Vereinbarungen		Teil 2
§ 68	Versicherungsberater		Einzelne Versicherungszweige
	Unterabschnitt 2		Kapitel 1
	Vertretungsmacht		Haftpflichtversicherung
§ 69	Gesetzliche Vollmacht		Abschnitt 1
§ 70	Kenntnis des Versicherungsvertreters		Allgemeine Vorschriften
§ 71	Abschlussvollmacht	§ 100	Leistung des Versicherers
§ 72	Beschränkung der Vertretungsmacht	§ 101	Kosten des Rechtsschutzes
§ 73	Angestellte und nicht gewerbsmäßig tätige Vermittler	§ 102	Betriebshaftpflichtversicherung
	Kapitel 2	§ 103	Herbeiführung des Versicherungsfalles
	Schadensversicherung	§ 104	Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers
	Abschnitt 1	§ 105	Anerkenntnis des Versicherungsnehmers
	Allgemeine Vorschriften	§ 106	Fälligkeit der Versicherungsleistung
§ 74	Überversicherung	§ 107	Rentenanspruch
§ 75	Unterversicherung	§ 108	Verfügung über den Freistellungsanspruch
§ 76	Taxe	§ 109	Mehrere Geschädigte
§ 77	Mehrere Versicherer	§ 110	Insolvenz des Versicherungsnehmers
§ 78	Haftung bei Mehrfachversicherung	§ 111	Kündigung nach Versicherungsfall
§ 79	Beseitigung der Mehrfachversicherung	§ 112	Abweichende Vereinbarungen
§ 80	Fehlendes versichertes Interesse		Abschnitt 2
§ 81	Herbeiführung des Versicherungsfalles		Pflichtversicherung
§ 82	Abwendung und Minderung des Schadens	§ 113	Pflichtversicherung
§ 83	Aufwendungsersatz	§ 114	Umfang des Versicherungsschutzes
§ 84	Sachverständigenverfahren	§ 115	Direktanspruch
§ 85	Schadensermittlungskosten	§ 116	Gesamtschuldner
		§ 117	Leistungspflicht gegenüber Dritten
		§ 118	Rangfolge mehrerer Ansprüche
		§ 119	Obliegenheiten des Dritten

- § 120 Obliegenheitsverletzung des Dritten
- § 121 Aufrechnung gegenüber Dritten
- § 122 Veräußerung der von der Versicherung erfassten Sache
- § 123 Rückgriff bei mehreren Versicherten
- § 124 Rechtskrafterstreckung

Kapitel 2

Rechtsschutzversicherung

- § 125 Leistung des Versicherers
- § 126 Schadensabwicklungsunternehmen
- § 127 Freie Anwaltswahl
- § 128 Gutachterverfahren
- § 129 Abweichende Vereinbarungen

Kapitel 3

Transportversicherung

- § 130 Umfang der Gefahrtragung
- § 131 Verletzung der Anzeigepflicht
- § 132 Gefähränderung
- § 133 Vertragswidrige Beförderung
- § 134 Ungeeignete Beförderungsmittel
- § 135 Aufwendungsersatz
- § 136 Versicherungswert
- § 137 Herbeiführung des Versicherungsfalles
- § 138 Haftungsausschluss bei Schiffen
- § 139 Veräußerung der versicherten Sache oder Güter
- § 140 Veräußerung des versicherten Schiffes
- § 141 Befreiung durch Zahlung der Versicherungssumme

Kapitel 4

Gebäudefeuerversicherung

- § 142 Anzeigen an Hypothekengläubiger
- § 143 Fortdauer der Leistungspflicht gegenüber Hypothekengläubigern
- § 144 Kündigung des Versicherungsnehmers
- § 145 Übergang der Hypothek
- § 146 Bestätigungs- und Auskunftspflicht des Versicherers
- § 147 Änderung von Anschrift und Name des Hypothekengläubigers
- § 148 Andere Grundpfandrechte
- § 149 Eigentümergrundpfandrechte

Kapitel 5

Lebensversicherung

- § 150 Versicherte Person
- § 151 Ärztliche Untersuchung
- § 152 Widerruf des Versicherungsnehmers
- § 153 Überschussbeteiligung

- § 154 Modellrechnung
- § 155 Jährliche Unterrichtung
- § 156 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person
- § 157 Unrichtige Altersangabe
- § 158 Gefähränderung
- § 159 Bezugsberechtigung
- § 160 Auslegung der Bezugsberechtigung
- § 161 Selbsttötung
- § 162 Tötung durch Leistungsberechtigten
- § 163 Prämien- und Leistungsänderung
- § 164 Bedingungsanpassung
- § 165 Prämienfreie Versicherung
- § 166 Kündigung des Versicherers
- § 167 Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes
- § 168 Kündigung des Versicherungsnehmers
- § 169 Rückkaufswert
- § 170 Eintrittsrecht
- § 171 Abweichende Vereinbarungen

Kapitel 6

Berufsunfähigkeitsversicherung

- § 172 Leistung des Versicherers
- § 173 Anerkenntnis
- § 174 Leistungsfreiheit
- § 175 Abweichende Vereinbarungen
- § 176 Anzuwendende Vorschriften
- § 177 Ähnliche Versicherungsverträge

Kapitel 7

Unfallversicherung

- § 178 Leistung des Versicherers
- § 179 Versicherte Person
- § 180 Invalidität
- § 181 Gefährerhöhung
- § 182 Mitwirkende Ursachen
- § 183 Herbeiführung des Versicherungsfalles
- § 184 Abwendung und Minderung des Schadens
- § 185 Bezugsberechtigung
- § 186 Hinweispflicht des Versicherers
- § 187 Anerkenntnis
- § 188 Neubemessung der Invalidität
- § 189 Sachverständigenverfahren, Schadensermittlungskosten
- § 190 Pflichtversicherung
- § 191 Abweichende Vereinbarungen

Kapitel 8

Krankenversicherung

§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers

§ 193 Versicherte Person

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

§ 195 Versicherungsdauer

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

§ 197 Wartezeiten

§ 198 Kindernachversicherung

§ 199 Beihilfeempfänger

§ 200 Bereicherungsverbot

§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles

§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

§ 204 Tarifwechsel

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

§ 206 Kündigung des Versicherers

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

§ 208 Abweichende Vereinbarungen

Teil 3

Schlussvorschriften

§ 209 Rückversicherung, Seeversicherung

§ 210 Großrisiken, laufende Versicherung

§ 211 Pensionskassen, kleinere Versicherungsvereine, Versicherungen mit kleineren Beträgen

§ 212 Fortsetzung der Lebensversicherung nach der Elternzeit

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

§ 214 Schlichtungsstelle

§ 215 Gerichtsstand

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, an den Versicherer die vereinbarte Zahlung (Prämie) zu leisten.

§ 2

Rückwärtsversicherung

(1) Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass der Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses beginnt (Rückwärtsversicherung).

(2) Hat der Versicherer bei Abgabe seiner Vertragserklärung davon Kenntnis, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles ausgeschlossen ist, steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. Hat der Versicherungsnehmer bei Abgabe seiner Vertragserklärung davon Kenntnis, dass ein Versicherungsfall schon eingetreten ist, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Wird der Vertrag von einem Vertreter geschlossen, ist in den Fällen des Absatzes 2 sowohl die Kenntnis des Vertreters als auch die Kenntnis des Vertretenen zu berücksichtigen.

(4) § 37 Abs. 2 ist auf die Rückwärtsversicherung nicht anzuwenden.

§ 3

Versicherungsschein

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer einen Versicherungsschein in Textform, auf dessen Verlangen als Urkunde, zu übermitteln.

(2) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Inland geschlossen, ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag geschlossen worden ist, anzugeben.

(3) Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins verlangen. Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.

(4) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Versicherer Abschriften der Erklärungen verlangen, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Benötigt der Versicherungsnehmer die Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer übermittelt worden, ist der Lauf der Frist vom Zugang des Verlangens beim Versicherer bis zum Eingang der Abschriften beim Versicherungsnehmer gehemmt.

(5) Die Kosten für die Erteilung eines neuen Versicherungsscheins nach Absatz 3 und der Abschriften nach Absatz 4 hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.

§ 4

Versicherungsschein auf den Inhaber

(1) Auf einen als Urkunde auf den Inhaber ausgestellten Versicherungsschein ist § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.

(2) Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins zu leisten hat, genügt, wenn der Versiche-

rungsnehmer erklärt, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.

§ 5

Abweichender Versicherungsschein

(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, gilt die Abweichung als genehmigt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind und der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.

(2) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinzuweisen, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. Auf jede Abweichung und die hiermit verbundenen Rechtsfolgen ist der Versicherungsnehmer durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam zu machen.

(3) Hat der Versicherer die Verpflichtungen nach Absatz 2 nicht erfüllt, gilt der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags des Versicherungsnehmers geschlossen.

(4) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

§ 6

Beratung des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. Er hat dies unter Berücksichtigung der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags zu dokumentieren. Die Sätze 1 und 2 sind nicht anzuwenden, wenn der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird oder wenn es sich um einen Vertrag im Fernabsatz im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs handelt.

(2) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer den erteilten Rat und die Gründe hierfür klar und verständlich vor dem Abschluss des Vertrags in Textform zu übermitteln. Die Angaben dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. In diesen Fällen sind die Angaben unverzüglich nach Vertragsschluss dem Versicherungsnehmer in Textform zu übermitteln; dies gilt nicht, wenn ein Vertrag nicht zustande kommt und für Verträge über vorläufige Deckung bei Pflichtversicherungen.

(3) Der Versicherungsnehmer kann auf die Beratung und Dokumentation nach den Absätzen 1 und 2 durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten, in der er vom

Versicherer ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass sich ein Verzicht nachteilig auf seine Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer einen Schadensersatzanspruch nach Absatz 5 geltend zu machen.

(4) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, soweit für den Versicherer ein Anlass für eine Nachfrage und Beratung des Versicherungsnehmers erkennbar ist. Der Versicherungsnehmer kann im Einzelfall auf eine Beratung durch schriftliche Erklärung verzichten.

(5) Verletzt der Versicherer eine Verpflichtung nach den Absätzen 1, 2 oder 4, ist er dem Versicherungsnehmer zum Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

(6) Die Absätze 1 bis 5 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz nicht anzuwenden.

§ 7

Information des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung seine Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. Die Mitteilungen sind in einer dem eingesetzten Kommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Information in Textform vor der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers nicht gestattet, muss die Information unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden; dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer durch eine gesonderte schriftliche Erklärung auf eine Information vor Abgabe seiner Vertragserklärung ausdrücklich verzichtet.

(2) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zum Zweck einer umfassenden Information des Versicherungsnehmers festzulegen,

1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,
2. welche weiteren Informationen dem Versicherungsnehmer bei der Lebensversicherung insbesondere über die zu erwartenden Leistungen, ihre Ermittlung und Berechnung, über eine Modellrechnung sowie über die Abschluss- und Vertriebskosten, soweit eine Verrechnung mit Prämien erfolgt, und über sonstige Kosten mitzuteilen sind,
3. welche weiteren Informationen bei der Krankenversicherung, insbesondere über die Prämienentwicklung

- und -gestaltung sowie die Abschluss- und Vertriebskosten, mitzuteilen sind,
4. was dem Versicherungsnehmer mitzuteilen ist, wenn der Versicherer mit ihm telefonisch Kontakt aufgenommen hat und
 5. in welcher Art und Weise die Informationen zu erteilen sind.

Bei der Festlegung der Mitteilungen nach Satz 1 sind die vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG (ABl. EG Nr. L 228 S. 1), der Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher und zur Änderung der Richtlinie 90/619/EWG des Rates und der Richtlinien 97/7/EG und 98/27/EG (ABl. EG Nr. L 271 S. 16) sowie der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen (ABl. EG Nr. L 345 S. 1) zu beachten.

(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ist ferner zu bestimmen, was der Versicherer während der Laufzeit des Vertrags in Textform mitteilen muss; dies gilt insbesondere bei Änderungen früherer Informationen, ferner bei der Krankenversicherung bei Prämien erhöhungen und hinsichtlich der Möglichkeit eines Tarifwechsels sowie bei der Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung hinsichtlich der Entwicklung der Ansprüche des Versicherungsnehmers.

(4) Der Versicherungsnehmer kann während der Laufzeit des Vertrags jederzeit vom Versicherer verlangen, dass ihm dieser die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in einer Urkunde übermittelt; die Kosten für die erste Übermittlung hat der Versicherer zu tragen.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz nicht anzuwenden. Ist bei einem solchen Vertrag der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, hat ihm der Versicherer vor Vertragsschluss das anwendbare Recht und die zuständige Aufsichtsbehörde in Textform mitzuteilen.

§ 8

Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und

2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
3. bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz.

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

(4) Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.

(5) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Inhalt und Gestaltung der dem Versicherungsnehmer nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Widerrufsrecht festzulegen.

§ 9

Rechtsfolgen des Widerrufs

Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs. 1 aus, hat der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer in der Belehrung nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 auf sein Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden ist und zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt; die Erstattungspflicht ist unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen. Ist der in Satz 1 genannte Hinweis unterblieben, hat der Versicherer zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien zu erstatten; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen hat.

§ 10

Beginn und Ende der Versicherung

Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, beginnt die Versicherung mit Beginn des Tages, an dem der Vertrag geschlossen wird; er endet mit Ablauf des letzten Tages der Vertragszeit.

§ 11

Verlängerung, Kündigung

(1) Wird bei einem auf eine bestimmte Zeit eingegangenen Versicherungsverhältnis im Voraus eine Verlängerung für den Fall vereinbart, dass das Versicherungsverhältnis nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist die Verlängerung unwirksam, soweit sie sich jeweils auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, kann es von beiden Vertragsparteien nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Auf das Kündigungsrecht können sie einvernehmlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Die Kündigungsfrist muss für beide Vertragsparteien gleich sein; sie darf nicht weniger als einen Monat und nicht mehr als drei Monate betragen.

(4) Ein Versicherungsvertrag, der für die Dauer von mehr als drei Jahren geschlossen worden ist, kann vom Versicherungsnehmer zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

§ 12

Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.

§ 13

Änderung von Anschrift und Name

(1) Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, ist bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung Absatz 1 Satz 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

§ 14

Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 15

Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 16

Insolvenz des Versicherers

(1) Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf eines Monats seit der Eröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam.

(2) Die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes über die Wirkungen der Insolvenzeröffnung bleiben unberührt.

§ 17

Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen

Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann eine Forderung aus der Versicherung nur auf solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.

§ 18

Abweichende Vereinbarungen

Von § 3 Abs. 1 bis 4, § 5 Abs. 1 bis 3, den §§ 6 bis 9 und 11 Abs. 2 bis 4, § 14 Abs. 2 Satz 1 und § 15 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Abschnitt 2

Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten

§ 19

Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als zehn Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20

Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21

Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzei-

gepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 22

Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

§ 23

Gefahrerhöhung

(1) Der Versicherungsnehmer darf nach Abgabe seiner Vertragserklärung ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erkennt der Versicherungsnehmer nachträglich, dass er ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet hat, hat er die Gefahrerhöhung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(3) Tritt nach Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers eine Gefahrerhöhung unabhängig von seinem Willen ein, hat er die Gefahrerhöhung, nachdem er von ihr Kenntnis erlangt hat, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 24

Kündigung wegen Gefahrerhöhung

(1) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach § 23 Abs. 1, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Verpflichtung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Beruht die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(2) In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 23 Abs. 2 und 3 kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(3) Das Kündigungsrecht nach den Absätzen 1 und 2 erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Erhöhung der Gefahr ausgeübt wird oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.

§ 25

Prämienerhöhung wegen Gefahrerhöhung

(1) Der Versicherer kann an Stelle einer Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung eine seinen Geschäftsgrundsätzen für diese höhere Gefahr entsprechende Prämie verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr aus-

schließen. Für das Erlöschen dieses Rechtes gilt § 24 Abs. 3 entsprechend.

(2) Erhöht sich die Prämie als Folge der Gefahrerhöhung um mehr als zehn Prozent oder schließt der Versicherer die Absicherung der höheren Gefahr aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 26

Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung

(1) Tritt der Versicherungsfall nach einer Gefahrerhöhung ein, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach § 23 Abs. 1 vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(2) In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 23 Abs. 2 und 3 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugegangen sein müssen, es sei denn, dem Versicherer war die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt. Er ist zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nach § 23 Abs. 2 und 3 nicht auf Vorsatz beruht; im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung gilt Absatz 1 Satz 2.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 Satz 1 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet,

1. soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war, oder
2. wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt war.

§ 27

Unerhebliche Gefahrerhöhung

Die §§ 23 bis 26 sind nicht anzuwenden, wenn nur eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr vorliegt oder wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass die Gefahrerhöhung mitversichert sein soll.

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden ver-

traglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 29

Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit

(1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Abschnittes zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur bezüglich eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, steht dem Versicherer das Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bedingungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung bezüglich eines Teils der Gegenstände oder Personen Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt oder die Kündigung des Versicherers wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung ganz oder teilweise leistungsfrei ist, nur bezüglich eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, ist auf die Leistungsfreiheit Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

§ 30

Anzeige des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherungsnehmer hat den Eintritt des Versicherungsfalles, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, ist auch dieser zur Anzeige verpflichtet.

(2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer im Fall der Verletzung der Anzeigepflicht nach Absatz 1 Satz 1 nicht zur Leistung verpflichtet ist, kann sich der Versicherer nicht berufen, wenn er auf andere Weise vom Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.

§ 31

Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist. Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.

(2) Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, hat auch dieser die Pflichten nach Absatz 1 zu erfüllen.

§ 32

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 19 bis 28 Abs. 4 und § 31 Abs.1 Satz 2 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden. Für Anzeigen nach diesem Abschnitt, zu denen der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, kann jedoch die Schrift- oder die Textform vereinbart werden.

Abschnitt 3 Prämie

§ 33

Fälligkeit

(1) Der Versicherungsnehmer hat eine einmalige Prämie oder, wenn laufende Prämien vereinbart sind, die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(2) Ist die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden, ist der Versicherungsnehmer zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

§ 34

Zahlung durch Dritte

(1) Der Versicherer muss fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrags zustehende Zahlungen vom Versicherten bei einer Versicherung für fremde Rechnung, von einem Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie von einem Pfandgläubiger auch dann annehmen, wenn er die Zahlung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zurückweisen könnte.

(2) Ein Pfandrecht an der Versicherungsforderung kann auch wegen der Beträge einschließlich ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur Zahlung von Prämien oder zu sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrags zustehenden Zahlungen verwendet hat.

§ 35

Aufrechnung durch den Versicherer

Der Versicherer kann eine fällige Prämienforderung oder eine andere ihm aus dem Vertrag zustehende fällige Forderung gegen eine Forderung aus der Versicherung auch dann aufrechnen, wenn diese Forderung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.

§ 36

Leistungsort

(1) Leistungsort für die Zahlung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers. Der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und seine Kosten die Prämie dem Versicherer zu übermitteln.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Ver-

sicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 39

Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 40

Kündigung bei Prämienhöhung

(1) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung der Prämie zugehen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel den Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne die Prämie entsprechend herabzusetzen.

§ 41

Herabsetzung der Prämie

Ist wegen bestimmter gefahrerhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart und sind diese Umstände nach Antragstellung des Versicherungsnehmers oder nach Vertragsschluss weggefallen oder bedeutungslos geworden, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Prämie ab Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen herabgesetzt wird. Dies gilt auch, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch unrichtige, auf einem Irrtum des Versicherungsnehmers beruhende Angaben über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.

§ 42

Abweichende Vereinbarungen

Von § 33 Abs. 2 und den §§ 37 bis 41 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Abschnitt 4

Versicherung für fremde Rechnung

§ 43

Begriffsbestimmung

(1) Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, schließen (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen, ist, auch wenn dieser benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Versicherungsnehmer nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

(3) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen werden soll, gilt er als für eigene Rechnung geschlossen.

§ 44

Rechte des Versicherten

(1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung des Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers nur dann über seine Rechte verfügen und diese Rechte gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.

§ 45

Rechte des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann über die Rechte, die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehen, im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten zur Annahme der Leistung des Versicherers und zur Übertragung der Rechte des Versicherten nur befugt, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn der Versicherte seine Zustimmung zu der Versicherung erteilt hat.

§ 46

Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist, der Insolvenzmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen seiner Ansprüche gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Ent-

schädigungsforderung gegen den Versicherer und nach deren Einziehung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 47

Kenntnis und Verhalten des Versicherten

(1) Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, sind bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen.

(2) Die Kenntnis des Versicherten ist nicht zu berücksichtigen, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht möglich oder nicht zumutbar war. Der Versicherer braucht den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei Vertragsschluss dem Versicherer nicht angezeigt hat, dass er den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten schließt.

§ 48

Versicherung für Rechnung „wen es angeht“

Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist dem Vertrag in sonstiger Weise zu entnehmen, dass unbestimmt bleiben soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, sind die §§ 43 bis 47 anzuwenden, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.

Abschnitt 5

Vorläufige Deckung

§ 49

Inhalt des Vertrags

(1) Bei einem Versicherungsvertrag, dessen wesentlicher Inhalt die Gewährung einer vorläufigen Deckung durch den Versicherer ist, kann vereinbart werden, dass dem Versicherungsnehmer die Vertragsbestimmungen und die Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 nur auf Anforderung und spätestens mit dem Versicherungsschein vom Versicherer zu übermitteln sind. Auf einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist Satz 1 nicht anzuwenden.

(2) Werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss nicht übermittelt, werden die vom Versicherer zu diesem Zeitpunkt für den vorläufigen Versicherungsschutz üblicherweise verwendeten Bedingungen, bei Fehlen solcher Bedingungen die für den Hauptvertrag vom Versicherer verwendeten Bedingungen auch ohne ausdrücklichen Hinweis hierauf Vertragsbestandteil. Bestehen Zweifel, welche Bedingungen für den Vertrag gelten sollen, werden die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses vom Versicherer verwendeten Bedingungen, die für den Versicherungsnehmer am günstigsten sind, Vertragsbestandteil.

§ 50

Nichtzustandekommen des Hauptvertrags

Ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, im Fall des Nichtzustandekommens des Hauptvertrags eine Prämie für die vorläufige Deckung zu zahlen, steht dem Versicherer ein Anspruch auf einen der Laufzeit der vorläufigen Deckung entsprechenden Teil der Prämie zu, die beim Zustandekommen des Hauptvertrags für diesen zu zahlen wäre.

§ 51

Prämienzahlung

(1) Der Beginn des Versicherungsschutzes kann von der Zahlung der Prämie abhängig gemacht werden, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Voraussetzung aufmerksam gemacht hat.

(2) Von Absatz 1 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

§ 52

Beendigung des Vertrags

(1) Der Vertrag über vorläufige Deckung endet spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem nach einem vom Versicherungsnehmer geschlossenen Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung ein gleichartiger Versicherungsschutz beginnt. Ist der Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag oder dem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung von der Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer abhängig, endet der Vertrag über vorläufige Deckung bei Nichtzahlung oder verspäteter Zahlung der Prämie abweichend von Satz 1 spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlung in Verzug ist, vorausgesetzt dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht hat.

(2) Absatz 1 ist auch anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag oder den weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer schließt. Der Versicherungsnehmer hat dem bisherigen Versicherer den Vertragsschluss unverzüglich mitzuteilen.

(3) Kommt der Hauptvertrag mit dem Versicherer, mit dem der Vertrag über vorläufige Deckung besteht, nicht zustande, weil der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung nach § 8 widerruft oder nach § 5 Abs. 1 und 2 einen Widerspruch erklärt, endet der Vertrag über vorläufige Deckung spätestens mit dem Zugang des Widerrufs oder des Widerspruchs beim Versicherer.

(4) Ist das Vertragsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, kann jede Vertragspartei den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung des Versicherers wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang wirksam.

(5) Von den Absätzen 1 bis 4 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Abschnitt 6
Laufende Versicherung

§ 53
Anmeldepflicht

Wird ein Vertrag in der Weise geschlossen, dass das versicherte Interesse bei Vertragsschluss nur der Gattung nach bezeichnet und erst nach seiner Entstehung dem Versicherer einzeln aufgegeben wird (laufende Versicherung), ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, entweder die versicherten Risiken einzeln oder, wenn der Versicherer darauf verzichtet hat, die vereinbarte Prämiengrundlage unverzüglich anzumelden oder, wenn dies vereinbart ist, jeweils Deckungszusage zu beantragen.

§ 54
Verletzung der Anmeldepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer die Anmeldung eines versicherten Risikos oder der vereinbarten Prämiengrundlage oder die Beantragung der Deckungszusage unterlassen oder fehlerhaft vorgenommen, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Anmelde- oder Antragspflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat und die Anmeldung oder den Antrag unverzüglich nach Kenntniserlangung von dem Fehler nachholt oder berichtigt.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer die Anmelde- oder Antragspflicht vorsätzlich, kann der Versicherer den Vertrag fristlos kündigen. Die Versicherung von Einzelrisiken, für die der Versicherungsschutz begonnen hat, bleibt, wenn anderes nicht vereinbart ist, über das Ende der laufenden Versicherung hinaus bis zu dem Zeitpunkt bestehen, zu dem die vereinbarte Dauer der Versicherung dieser Einzelrisiken endet. Der Versicherer kann ferner die Prämie verlangen, die bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu zahlen gewesen wäre, wenn der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht erfüllt hätte.

§ 55
Einzelpolice

(1) Ist bei einer laufenden Versicherung ein Versicherungsschein für ein einzelnes Risiko (Einzelpolice) oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden, ist der Versicherer nur gegen Vorlage der Urkunde zur Leistung verpflichtet. Durch die Leistung an den Inhaber der Urkunde wird er befreit.

(2) Ist die Urkunde abhanden gekommen oder vernichtet, ist der Versicherer zur Leistung erst verpflichtet, wenn die Urkunde für kraftlos erklärt oder Sicherheit geleistet ist; eine Sicherheitsleistung durch Bürgen ist ausgeschlossen. Dies gilt auch für die Verpflichtung des Versicherers zur Ausstellung einer Ersatzurkunde.

(3) Der Inhalt der Einzelpolice oder eines Versicherungszertifikats gilt abweichend von § 5 als vom Versicherungsnehmer genehmigt, wenn dieser nicht unverzüglich nach der Übermittlung widerspricht. Das Recht des Versicherungs-

nehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

§ 56
Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Abweichend von § 19 Abs. 2 ist bei Verletzung der Anzeigepflicht der Rücktritt des Versicherers ausgeschlossen; der Versicherer kann innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an, zu dem er Kenntnis von dem nicht oder unrichtig angezeigten Umstand erlangt hat, den Vertrag kündigen und die Leistung verweigern. Der Versicherer bleibt zur Leistung verpflichtet, soweit der nicht oder unrichtig angezeigte Umstand nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war.

(2) Verweigert der Versicherer die Leistung, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu welchem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers, die Leistung zu verweigern, zugeht.

§ 57
Gefahränderung

(1) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer eine Änderung der Gefahr unverzüglich anzuzeigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer eine Gefahrerhöhung nicht angezeigt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Er ist zur Leistung verpflichtet,

1. wenn ihm die Gefahrerhöhung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen,
2. wenn die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist oder
3. soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war.

(3) Der Versicherer ist abweichend von § 24 nicht berechtigt, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen.

§ 58
Obliegenheitsverletzung

(1) Verletzt der Versicherungsnehmer bei einer laufenden Versicherung schuldhaft eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit, ist der Versicherer in Bezug auf ein versichertes Einzelrisiko, für das die verletzte Obliegenheit gilt, nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Bei schuldhafter Verletzung einer Obliegenheit kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er Kenntnis von der Verletzung erlangt hat, mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Abschnitt 7

Versicherungsvermittler, Versicherungsberater

Unterabschnitt 1

Mitteilungs- und Beratungspflichten

§ 59

Begriffsbestimmungen

(1) Versicherungsvermittler im Sinn dieses Gesetzes sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler.

(2) Versicherungsvertreter im Sinn dieses Gesetzes ist, wer von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter damit betraut ist, gewerbsmäßig Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen.

(3) Versicherungsmakler im Sinn dieses Gesetzes ist, wer gewerbsmäßig für den Auftraggeber die Vermittlung oder den Abschluss von Versicherungsverträgen übernimmt, ohne von einem Versicherer oder von einem Versicherungsvertreter damit betraut zu sein. Als Versicherungsmakler gilt, wer gegenüber dem Versicherungsnehmer den Anschein erweckt, er erbringe seine Leistungen als Versicherungsmakler nach Satz 1.

(4) Versicherungsberater im Sinn dieses Gesetzes ist, wer gewerbsmäßig Dritte bei der Vereinbarung, Änderung oder Prüfung von Versicherungsverträgen oder bei der Wahrnehmung von Ansprüchen aus Versicherungsverträgen im Versicherungsfall berät oder gegenüber dem Versicherer außergerichtlich vertritt, ohne von einem Versicherer einen wirtschaftlichen Vorteil zu erhalten oder in anderer Weise von ihm abhängig zu sein.

§ 60

Beratungsgrundlage des Versicherungsvermittlers

(1) Der Versicherungsmakler ist verpflichtet, seinem Rat eine hinreichende Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen und von Versicherern zu Grunde zu legen, so dass er nach fachlichen Kriterien eine Empfehlung dahin abgeben kann, welcher Versicherungsvertrag geeignet ist, die Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfüllen. Dies gilt nicht, soweit er im Einzelfall vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers diesen ausdrücklich auf eine eingeschränkte Versicherer- und Vertragsauswahl hinweist.

(2) Der Versicherungsmakler, der nach Absatz 1 Satz 2 auf eine eingeschränkte Auswahl hinweist, und der Versicherungsvertreter haben dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, auf welcher Markt- und Informationsgrundlage sie ihre Leistung erbringen, und die Namen der ihrem Rat zu Grunde gelegten Versicherer anzugeben. Der Versicherungsvertreter hat außerdem mitzuteilen, für welche Versicherer er seine Tätigkeit ausübt und ob er für diese ausschließlich tätig ist.

(3) Der Versicherungsnehmer kann auf die Mitteilungen und Angaben nach Absatz 2 durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten.

§ 61

Beratungs- und Dokumentationspflichten des Versicherungsvermittlers

(1) Der Versicherungsvermittler hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und dem vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. Er hat dies unter Berücksichtigung der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags nach § 62 zu dokumentieren.

(2) Der Versicherungsnehmer kann auf die Beratung oder die Dokumentation nach Absatz 1 durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten, in der er vom Versicherungsvermittler ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass sich ein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken kann, gegen den Versicherungsvermittler einen Schadensersatzanspruch nach § 63 geltend zu machen.

§ 62

Zeitpunkt und Form der Information

(1) Dem Versicherungsnehmer sind die Informationen nach § 60 Abs. 2 vor Abgabe seiner Vertragserklärung, die Informationen nach § 61 Abs. 1 vor dem Abschluss des Vertrags klar und verständlich in Textform zu übermitteln.

(2) Die Informationen nach Absatz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. In diesen Fällen sind die Informationen unverzüglich nach Vertragsschluss, spätestens mit dem Versicherungsschein dem Versicherungsnehmer in Textform zu übermitteln; dies gilt nicht für Verträge über vorläufige Deckung bei Pflichtversicherungen.

§ 63

Schadensersatzpflicht

Der Versicherungsvermittler ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der dem Versicherungsnehmer durch die Verletzung einer Pflicht nach § 60 oder § 61 entsteht. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsvermittler die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

§ 64

Zahlungssicherung zugunsten des Versicherungsnehmers

Eine Bevollmächtigung des Versicherungsvermittlers durch den Versicherungsnehmer zur Annahme von Leistungen des Versicherers, die dieser auf Grund eines Versicherungsvertrags an den Versicherungsnehmer zu erbringen hat, bedarf einer gesonderten schriftlichen Erklärung des Versicherungsnehmers.

§ 65

Großrisiken

Die §§ 60 bis 63 gelten nicht für die Vermittlung von Versicherungsverträgen über Großrisiken im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz.

§ 66

Nicht gewerbsmäßig tätige Vermittler

Auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen, ohne gewerbsmäßig tätig zu sein, sind die §§ 60 bis 65 entsprechend anzuwenden.

§ 67

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 60 bis 66 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

§ 68

Versicherungsberater

Die für Versicherungsmakler geltenden Vorschriften des § 60 Abs. 1 Satz 1, des § 61 Abs. 1 und der §§ 62 bis 65 und 67 sind auf Versicherungsberater entsprechend anzuwenden. Weitergehende Pflichten des Versicherungsberaters aus dem Auftragsverhältnis bleiben unberührt.

**Unterabschnitt 2
Vertretungsmacht**

§ 69

Gesetzliche Vollmacht

- (1) Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt,
1. Anträge, die auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags gerichtet sind, und deren Widerruf sowie die vor Vertragsschluss abzugebenden Anzeigen und sonstigen Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegenzunehmen,
 2. Anträge auf Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrags und deren Widerruf, die Kündigung, den Rücktritt und sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen sowie die während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu erstattenden Anzeigen vom Versicherungsnehmer entgegenzunehmen und
 3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine dem Versicherungsnehmer zu übermitteln.
- (2) Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an ihn leistet, anzunehmen. Eine Beschränkung dieser Vollmacht muss der Versicherungsnehmer nur gegen sich gelten lassen, wenn er die Beschränkung bei der Vornahme der Zahlung kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.
- (3) Der Versicherungsnehmer trägt die Beweislast für die Abgabe oder den Inhalt eines Antrags oder einer sonstigen

Willenserklärung nach Absatz 1 Nr. 1 und 2. Die Beweislast für die Verletzung der Anzeigepflicht oder einer Obliegenheit durch den Versicherungsnehmer trägt der Versicherer.

§ 70

Kenntnis des Versicherungsvertreters

Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis des Versicherers erheblich ist, steht die Kenntnis des Versicherungsvertreters der Kenntnis des Versicherers gleich. Dies gilt nicht für die Kenntnis des Versicherungsvertreters, die er außerhalb seiner Tätigkeit als Vertreter und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt hat.

§ 71

Abschlussvollmacht

Ist der Versicherungsvertreter zum Abschluss von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben.

§ 72

Beschränkung der Vertretungsmacht

Eine Beschränkung der dem Versicherungsvertreter nach den §§ 69 und 71 zustehenden Vertretungsmacht durch Allgemeine Versicherungsbedingungen ist gegenüber dem Versicherungsnehmer und Dritten unwirksam.

§ 73

Angestellte und nicht gewerbsmäßig tätige Vermittler

Die §§ 69 bis 72 sind auf Angestellte eines Versicherers, die mit der Vermittlung oder dem Abschluss von Versicherungsverträgen betraut sind, und auf Personen, die als Vertreter selbständig Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen, ohne gewerbsmäßig tätig zu sein, entsprechend anzuwenden.

Kapitel 2**Schadensversicherung****Abschnitt 1****Allgemeine Vorschriften**

§ 74

Überversicherung

(1) Übersteigt die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich, kann jede Vertragspartei verlangen, dass die Versicherungssumme zur Beseitigung der Überversicherung unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.

(2) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.

§ 75

Unterversicherung

Ist die Versicherungssumme erheblich niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles, ist der Versicherer nur verpflichtet, die Leistung nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert zu erbringen.

§ 76

Taxe

Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse bei Eintritt des Versicherungsfalles hat, es sei denn, sie übersteigt den wirklichen Versicherungswert zu diesem Zeitpunkt erheblich. Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, hat der Versicherer, auch wenn die Taxe erheblich übersetzt ist, den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe zu ersetzen.

§ 77

Mehrere Versicherer

(1) Wer bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert, ist verpflichtet, jedem Versicherer die andere Versicherung unverzüglich mitzuteilen. In der Mitteilung sind der andere Versicherer und die Versicherungssumme anzugeben.

(2) Wird bezüglich desselben Interesses bei einem Versicherer der entgehende Gewinn, bei einem anderen Versicherer der sonstige Schaden versichert, ist Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

§ 78

Haftung bei Mehrfachversicherung

(1) Ist bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Mehrfachversicherung), haften die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner, dass jeder Versicherer den von ihm nach dem Vertrag zu leistenden Betrag zu zahlen hat, der Versicherungsnehmer aber insgesamt nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.

(2) Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet, die sie dem Versicherungsnehmer nach dem jeweiligen Vertrag zu zahlen haben. Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgeblichen Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist.

(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Mehrfachversicherung in der Absicht vereinbart, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer

steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.

§ 79

Beseitigung der Mehrfachversicherung

(1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch den die Mehrfachversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Mehrfachversicherung geschlossen, kann er verlangen, dass der später geschlossene Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.

(2) Absatz 1 ist auch anzuwenden, wenn die Mehrfachversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluss der mehreren Versicherungsverträge der Versicherungswert gesunken ist. Sind in diesem Fall die mehreren Versicherungsverträge gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer geschlossen worden, kann der Versicherungsnehmer nur die verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämien verlangen.

§ 80

Fehlendes versichertes Interesse

(1) Der Versicherungsnehmer ist nicht zur Zahlung der Prämie verpflichtet, wenn das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht; dies gilt auch, wenn das Interesse bei einer Versicherung, die für ein künftiges Unternehmen oder für ein anderes künftiges Interesse genommen ist, nicht entsteht. Der Versicherer kann jedoch eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, steht dem Versicherer die Prämie zu, die er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt hat.

(3) Hat der Versicherungsnehmer ein nicht bestehendes Interesse in der Absicht versichert, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.

§ 81

Herbeiführung des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeiführt.

(2) Führt der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 82

Abwendung und Minderung des Schadens

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 83

Aufwendungsersatz

(1) Der Versicherer hat Aufwendungen des Versicherungsnehmers nach § 82 Abs. 1 und 2, auch wenn sie erfolgreich bleiben, insoweit zu erstatten, als der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. Der Versicherer hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

(2) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, kann er auch den Aufwendungsersatz nach Absatz 1 entsprechend kürzen.

(3) Aufwendungen des Versicherungsnehmers, die er gemäß den Weisungen des Versicherers macht, sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(4) Bei der Tierversicherung gehören die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht zu den vom Versicherer nach den Absätzen 1 bis 3 zu erstattenden Aufwendungen.

§ 84

Sachverständigenverfahren

(1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliche Entscheidung. Dies gilt auch, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, ist für die Ernennung das Amtsge-

richt zuständig, in dessen Bezirk der Schaden entstanden ist. Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet werden. Die Verfügung, durch die dem Antrag auf Ernennung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.

§ 85

Schadensermittlungskosten

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, die durch die Ermittlung und Feststellung des von ihm zu ersetzenden Schadens entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war. Diese Kosten sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(2) Kosten, die dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu erstatten, es sei denn, der Versicherungsnehmer ist zu der Zuziehung vertraglich verpflichtet oder vom Versicherer aufgefordert worden.

(3) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, kann er auch den Kostenersatz entsprechend kürzen.

§ 86

Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 87

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 74, 78 Abs. 3, den §§ 80, 82 bis 84 Abs. 1 Satz 1 und § 86 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Abschnitt 2
Sachversicherung

§ 88

Versicherungswert

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Versicherungswert, wenn sich die Versicherung auf eine Sache oder einen Inbegriff von Sachen bezieht, der Betrag, den der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles für die Wiederbeschaffung oder Wiederherstellung der versicherten Sache in neuwertigem Zustand unter Abzug des sich aus dem Unterschied zwischen alt und neu ergebenden Minderwertes aufzuwenden hat.

§ 89

Versicherung für Inbegriff von Sachen

(1) Eine Versicherung, die für einen Inbegriff von Sachen genommen ist, umfasst die jeweils dem Inbegriff zugehörigen Sachen.

(2) Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, erstreckt sie sich auf die Sachen der Personen, mit denen der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt oder die zu diesem Zeitpunkt in einem Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer stehen und ihre Tätigkeit an dem Ort ausüben, für den die Versicherung gilt. Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.

§ 90

Erweiterter Aufwendungsersatz

Macht der Versicherungsnehmer Aufwendungen, um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, ist § 83 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

§ 91

Verzinsung der Entschädigung

Die vom Versicherer zu zahlende Entschädigung ist nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles für das Jahr mit vier Prozent zu verzinsen, soweit nicht aus einem anderen Rechtsgrund höhere Zinsen verlangt werden können. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange der Schaden infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht festgestellt werden kann.

§ 92

Kündigung nach Versicherungsfall

(1) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei das Versicherungsverhältnis kündigen.

(2) Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(3) Bei der Hagelversicherung kann der Versicherer nur für den Schluss der Versicherungsperiode kündigen, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist. Kündigt der

Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt als den Schluss dieser Versicherungsperiode, steht dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu.

§ 93

Wiederherstellungsklausel

Ist der Versicherer nach dem Vertrag verpflichtet, einen Teil der Entschädigung nur bei Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung der versicherten Sache zu zahlen, kann der Versicherungsnehmer die Zahlung eines über den Versicherungswert hinausgehenden Betrags erst verlangen, wenn die Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung gesichert ist. Der Versicherungsnehmer ist zur Rückzahlung der vom Versicherer geleisteten Entschädigung abzüglich des Versicherungswertes der Sache verpflichtet, wenn die Sache infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht innerhalb einer angemessenen Frist wiederhergestellt oder wiederbeschafft worden ist.

§ 94

Wirksamkeit der Zahlung gegenüber Hypothekengläubigern

(1) Im Fall des § 93 Satz 1 ist eine Zahlung, die ohne die Sicherung der Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung geleistet wird, einem Hypothekengläubiger gegenüber nur wirksam, wenn ihm der Versicherer oder der Versicherungsnehmer mitgeteilt hat, dass ohne die Sicherung geleistet werden soll und seit dem Zugang der Mitteilung mindestens ein Monat verstrichen ist.

(2) Soweit die Entschädigungssumme nicht zu einer den Vertragsbestimmungen entsprechenden Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung verwendet werden soll, kann der Versicherer mit Wirkung gegen einen Hypothekengläubiger erst zahlen, wenn er oder der Versicherungsnehmer diese Absicht dem Hypothekengläubiger mitgeteilt hat und seit dem Zugang der Mitteilung mindestens ein Monat verstrichen ist.

(3) Der Hypothekengläubiger kann bis zum Ablauf der Frist von einem Monat dem Versicherer gegenüber der Zahlung widersprechen. Die Mitteilungen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen unterbleiben, wenn sie einen unangemessenen Aufwand erfordern würden; in diesem Fall läuft die Frist ab dem Zeitpunkt der Fälligkeit der Entschädigungssumme.

(4) Hat der Hypothekengläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, ist eine Zahlung, die ohne die Sicherung der Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung geleistet wird, dem Hypothekengläubiger gegenüber nur wirksam, wenn dieser in Textform der Zahlung zugestimmt hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind entsprechend anzuwenden, wenn das Grundstück mit einer Grundschuld, Rentenschuld oder Reallast belastet ist.

§ 95

Veräußerung der versicherten Sache

(1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, tritt an dessen Stelle der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versiche-

rungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

(2) Der Veräußerer und der Erwerber haften für die Prämie, die auf die zur Zeit des Eintrittes des Erwerbers laufende Versicherungsperiode entfällt, als Gesamtschuldner.

(3) Der Versicherer muss den Eintritt des Erwerbers erst gegen sich gelten lassen, wenn er hiervon Kenntnis erlangt hat.

§ 96

Kündigung nach Veräußerung

(1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber einer versicherten Sache das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Veräußerung ausgeübt wird.

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung oder für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb, bei fehlender Kenntnis des Erwerbers vom Bestehen der Versicherung innerhalb eines Monats ab Erlangung der Kenntnis, ausgeübt wird.

(3) Im Fall der Kündigung des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 oder Absatz 2 ist der Veräußerer zur Zahlung der Prämie verpflichtet; eine Haftung des Erwerbers für die Prämie besteht nicht.

§ 97

Anzeige der Veräußerung

(1) Die Veräußerung ist dem Versicherer vom Veräußerer oder Erwerber unverzüglich anzuzeigen. Ist die Anzeige unterblieben, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn ihm die Veräußerung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen war und er nicht gekündigt hat.

§ 98

Schutz des Erwerbers

Der Versicherer kann sich auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrags, durch die von den §§ 95 bis 97 zum Nachteil des Erwerbers abgewichen wird, nicht berufen. Jedoch kann für die Kündigung des Erwerbers nach § 96 Abs. 2 und die Anzeige der Veräußerung die Schriftform oder die Textform bestimmt werden.

§ 99

Zwangsversteigerung, Erwerb des Nutzungsrechts

Geht das Eigentum an der versicherten Sache im Wege der Zwangsversteigerung über oder erwirbt ein Dritter auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses das Nutzungsrecht daran, sind die §§ 95 bis 98 entsprechend anzuwenden.

Teil 2

Einzelne Versicherungszweige

Kapitel 1

Haftpflichtversicherung

Abschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

§ 100

Leistung des Versicherers

Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, die von einem Dritten auf Grund der Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache geltend gemacht werden, und unbegründete Ansprüche abzuwehren.

§ 101

Kosten des Rechtsschutzes

(1) Die Versicherung umfasst auch die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Abwehr der von einem Dritten geltend gemachten Ansprüche entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. Die Versicherung umfasst ferner die auf Weisung des Versicherers aufgewendeten Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnte. Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

(2) Ist eine Versicherungssumme bestimmt, hat der Versicherer die Kosten eines auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreits und die Kosten der Verteidigung nach Absatz 1 Satz 2 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit den Aufwendungen des Versicherers zur Freistellung des Versicherungsnehmers die Versicherungssumme übersteigen. Dies gilt auch für Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlassten Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem schuldet.

(3) Ist dem Versicherungsnehmer nachgelassen, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, hat der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. Diese Verpflichtung besteht nur bis zum Betrag der Versicherungssumme; ist der Versicherer nach Absatz 2 über diesen Betrag hinaus verpflichtet, tritt der Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. Der Versicherer ist von der Verpflichtung nach Satz 1 frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet anerkennt.

§ 102

Betriebshaftpflichtversicherung

(1) Besteht die Versicherung für ein Unternehmen, erstreckt sie sich auf die Haftpflicht der zur Vertretung des Unternehmens befugten Personen sowie der Personen, die in einem Dienstverhältnis zu dem Unternehmen stehen. Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.

(2) Wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, tritt der Dritte an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. § 95 Abs. 2 und 3 sowie die §§ 96 und 97 sind entsprechend anzuwenden.

§ 103

Herbeiführung des Versicherungsfalles

Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich und widerrechtlich den bei dem Dritten eingetretenen Schaden herbeigeführt hat.

§ 104

Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, ist der Versicherungsnehmer zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Geltendmachung verpflichtet.

(2) Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, hat er dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch, wenn gegen den Versicherungsnehmer wegen des den Anspruch begründenden Schadensereignisses ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.

(3) Zur Wahrung der Fristen nach den Absätzen 1 und 2 genügt die rechtzeitige Absendung der Anzeige. § 30 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

§ 105

Anerkenntnis des Versicherungsnehmers

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam.

§ 106

Fälligkeit der Versicherungsleistung

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen von dem Zeitpunkt an, zu dem der Anspruch des Dritten mit bindender Wirkung für den Versicherer durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist, vom Anspruch des Dritten

freizustellen. Ist der Dritte von dem Versicherungsnehmer mit bindender Wirkung für den Versicherer befriedigt worden, hat der Versicherer die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen nach der Befriedigung des Dritten an den Versicherungsnehmer zu zahlen. Kosten, die nach § 101 zu ersetzen sind, hat der Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach der Mitteilung der Berechnung zu zahlen.

§ 107

Rentenanspruch

(1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Zahlung einer Rente verpflichtet, ist der Versicherer, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur zur Zahlung eines verhältnismäßigen Teils der Rente verpflichtet.

(2) Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit. Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 108

Verfügung über den Freistellungsanspruch

(1) Verfügungen des Versicherungsnehmers über den Freistellungsanspruch gegen den Versicherer sind dem Dritten gegenüber unwirksam. Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung im Wege der Zwangsvollstreckung oder Arrestvollziehung gleich.

(2) Die Abtretung des Freistellungsanspruchs an den Dritten kann nicht durch Allgemeine Versicherungsbedingungen ausgeschlossen werden.

§ 109

Mehrere Geschädigte

Ist der Versicherungsnehmer gegenüber mehreren Dritten verantwortlich und übersteigen deren Ansprüche die Versicherungssumme, hat der Versicherer diese Ansprüche nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu erfüllen. Ist hierbei die Versicherungssumme erschöpft, kann sich ein bei der Verteilung nicht berücksichtigter Dritter nachträglich auf § 108 Abs. 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.

§ 110

Insolvenz des Versicherungsnehmers

Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet, kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruchs abgesonderte Befriedigung aus dem Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers verlangen.

§ 111

Kündigung nach Versicherungsfall

(1) Hat der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den Anspruch des Versicherungsnehmers auf Freistellung anerkannt oder zu Unrecht abgelehnt, kann jede Vertragspartei das Versicherungsverhältnis kündigen. Dies gilt auch, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer

die Weisung erteilt, es zum Rechtsstreit über den Anspruch des Dritten kommen zu lassen.

(2) Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung oder Ablehnung des Freistellungsanspruchs oder seit der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteils zulässig. § 92 Abs. 2 Satz 2 und 3 ist anzuwenden.

§ 112

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 104 und 106 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Abschnitt 2

Pflichtversicherung

§ 113

Pflichtversicherung

(1) Eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine Verpflichtung durch Rechtsvorschrift besteht (Pflichtversicherung), ist mit einem im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmen abzuschließen.

(2) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine der zu bezeichnenden Rechtsvorschrift entsprechende Pflichtversicherung besteht.

(3) Die Vorschriften dieses Abschnittes sind auch insoweit anzuwenden, als der Versicherungsvertrag eine über die vorgeschriebenen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.

§ 114

Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die Mindestversicherungssumme beträgt bei einer Pflichtversicherung, soweit durch Rechtsvorschrift nichts anderes bestimmt ist, 250 000 Euro je Versicherungsfall und eine Million Euro für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres.

(2) Der Versicherungsvertrag kann Inhalt und Umfang der Pflichtversicherung näher bestimmen, soweit dadurch die Erreichung des jeweiligen Zwecks der Pflichtversicherung nicht gefährdet wird und durch Rechtsvorschrift nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist. Ein Selbstbehalt des Versicherungsnehmers kann dem Anspruch des Dritten nach § 115 Abs. 1 in Verbindung mit § 117 Abs. 1 nicht entgegengehalten und gegenüber einer mitversicherten Person nicht geltend gemacht werden.

§ 115

Direktanspruch

(1) Der Dritte kann im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis und, soweit eine Leistungspflicht nicht besteht, im Rahmen des § 117 Abs. 1 bis 4 seinen Anspruch auf Schadensersatz auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer hat den Schadensersatz in Geld zu leisten. Der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherungsnehmer haften als Gesamtschuldner.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 unterliegt der gleichen Verjährung wie der Schadensersatzanspruch gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer. Die Verjährung beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Verjährung des Schadensersatzanspruchs gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer beginnt; sie endet jedoch spätestens nach zehn Jahren von dem Schadensereignis an. Ist der Anspruch des Dritten bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht. Die Hemmung, die Ablaufhemmung und der Neubeginn der Verjährung des Anspruchs gegen den Versicherer wirken auch gegenüber dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer und umgekehrt.

§ 116

Gesamtschuldner

(1) Im Verhältnis der Gesamtschuldner nach § 115 Abs. 1 Satz 3 zueinander ist der Versicherer allein verpflichtet, soweit er dem Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Soweit eine solche Verpflichtung nicht besteht, ist in ihrem Verhältnis zueinander der Versicherungsnehmer allein verpflichtet. Der Versicherer kann Ersatz der Aufwendungen verlangen, die er den Umständen nach für erforderlich halten durfte.

(2) Die Verjährung der sich aus Absatz 1 ergebenden Ansprüche beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch des Dritten erfüllt wird.

§ 117

Leistungspflicht gegenüber Dritten

(1) Dem Anspruch des Dritten nach § 115 kann nicht entgegengehalten werden, dass der Versicherer dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer nicht oder nur teilweise zur Leistung verpflichtet ist.

(2) Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, kann dem Anspruch des Dritten nach § 115 nur entgegengehalten werden, wenn das Schadensereignis später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eingetreten ist, zu dem der Versicherer diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat. Dies gilt auch, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endet. Der Lauf der Frist beginnt nicht vor Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ein in den Sätzen 1 und 2 bezeichneter Umstand kann dem Anspruch des Dritten auch dann entgegengehalten werden, wenn vor dem Zeitpunkt des Schadensereignisses der hierfür zuständigen Stelle die Bestätigung einer entsprechend den Rechtsvorschriften abgeschlossenen neuen Versicherung zugegangen ist. Die vorstehenden Vorschriften dieses Absatzes gelten nicht, wenn eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht bestimmt ist.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 ist der Versicherer nur im Rahmen der vorgeschriebenen Mindestversicherungssumme und der von ihm übernommenen Gefahr zur Leistung verpflichtet. Er ist leistungsfrei, soweit der Dritte Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadensversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger erlangen kann.

(4) Trifft die Leistungspflicht des Versicherers nach Absatz 1 oder Absatz 2 mit einer Ersatzpflicht auf Grund fahrlässiger Amtspflichtverletzung zusammen, wird die Ersatzpflicht nach § 839 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs im Verhältnis zum Versicherer nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers vorliegen. Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuchs persönlich haftet.

(5) Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, endet das Versicherungsverhältnis abweichend von § 16 erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem der Insolvenzverwalter diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. Ist eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht bestimmt, endet das Versicherungsverhältnis einen Monat nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers von der Eröffnung des Insolvenzverfahrens; die Benachrichtigung bedarf der Textform.

§ 118

Rangfolge mehrerer Ansprüche

(1) Übersteigen die Ansprüche auf Entschädigung, die auf Grund desselben Schadensereignisses zu leisten ist, die Versicherungssumme, wird die Versicherungssumme nach folgender Rangfolge, bei gleichem Rang nach dem Verhältnis ihrer Beträge, an die Ersatzberechtigten ausgezahlt:

1. für Ansprüche wegen Personenschäden, soweit die Geschädigten nicht vom Schädiger, von einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer, einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Dritten Ersatz ihrer Schäden erlangen können;
2. für Ansprüche wegen sonstiger Schäden natürlicher und juristischer Personen des Privatrechts, soweit die Geschädigten nicht vom Schädiger, einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer oder einem Dritten Ersatz ihrer Schäden erlangen können;
3. für Ansprüche, die nach Privatrecht auf Versicherer oder sonstige Dritte wegen Personen- und sonstiger Schäden übergegangen sind;
4. für Ansprüche, die auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind;
5. für alle sonstigen Ansprüche.

(2) Ist die Versicherungssumme unter Berücksichtigung nachrangiger Ansprüche erschöpft, kann sich ein vorrangig zu befriedigender Anspruchsberechtigter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf Absatz 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieses Anspruchs nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.

§ 119

Obliegenheiten des Dritten

(1) Der Dritte hat ein Schadensereignis, aus dem er einen Anspruch nach § 115 Abs. 1 herleiten will, dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen, nachdem er von dem Schadensereignis Kenntnis erlangt hat, in Textform anzuzeigen; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Macht der Dritte den Anspruch gegen den Versicherungsnehmer gerichtlich geltend, hat er dies dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(3) Der Versicherer kann von dem Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Dritten billigerweise zugemutet werden kann.

§ 120

Obliegenheitsverletzung des Dritten

Verletzt der Dritte schuldhaft die Obliegenheit nach § 119 Abs. 2 oder 3, beschränkt sich die Haftung des Versicherers nach den §§ 115 und 117 auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheit zu leisten gehabt hätte, sofern der Dritte vorher ausdrücklich und in Textform auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist.

§ 121

Aufrechnung gegenüber Dritten

§ 35 ist gegenüber Dritten nicht anzuwenden.

§ 122

Veräußerung der von der Versicherung erfassten Sache

Die §§ 95 bis 98 über die Veräußerung der versicherten Sache sind entsprechend anzuwenden.

§ 123

Rückgriff bei mehreren Versicherten

(1) Ist bei einer Versicherung für fremde Rechnung der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber nicht zur Leistung verpflichtet, kann er dies einem Versicherten, der zur selbständigen Geltendmachung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag befugt ist, nur entgegenhalten, wenn die der Leistungsfreiheit zu Grunde liegenden Umstände in der Person dieses Versicherten vorliegen oder wenn diese Umstände dem Versicherten bekannt oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt waren.

(2) Der Umfang der Leistungspflicht nach Absatz 1 bestimmt sich nach § 117 Abs. 3 Satz 1; § 117 Abs. 3 Satz 2 ist nicht anzuwenden. § 117 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.

(3) Soweit der Versicherer nach Absatz 1 leistet, kann er beim Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind entsprechend anzuwenden, wenn die Frist nach § 117 Abs. 2 Satz 1 und 2 noch nicht abgelaufen ist oder der Versicherer die Beendigung des Versicherungsverhältnisses der hierfür zuständigen Stelle nicht angezeigt hat.

§ 124

Rechtskrafterstreckung

(1) Soweit durch rechtskräftiges Urteil festgestellt wird, dass dem Dritten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens nicht zusteht, wirkt das Urteil, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherer ergeht, auch zugunsten des Versicherungsnehmers, wenn es zwischen dem Dritten und dem

Versicherungsnehmer ergeht, auch zugunsten des Versicherers.

(2) Ist der Anspruch des Dritten gegenüber dem Versicherer durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden, muss der Versicherungsnehmer, gegen den von dem Versicherer Ansprüche auf Grund des § 116 Abs. 1 Satz 2 geltend gemacht werden, diese Feststellung gegen sich gelten lassen, es sei denn, der Versicherer hat die Pflicht zur Abwehr unbegründeter Entschädigungsansprüche sowie zur Minderung oder zur sachgemäßen Feststellung des Schadens schuldhaft verletzt.

Kapitel 2 Rechtsschutzversicherung

§ 125 Leistung des Versicherers

Bei der Rechtsschutzversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten erforderlichen Leistungen im vereinbarten Umfang zu erbringen.

§ 126 Schadensabwicklungsunternehmen

(1) Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, müssen im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. Beauftragt der Versicherer mit der Leistungsbearbeitung ein selbständiges Schadensabwicklungsunternehmen, ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen.

(2) Ansprüche auf die Versicherungsleistung aus einem Vertrag über eine Rechtsschutzversicherung können, wenn ein selbständiges Schadensabwicklungsunternehmen mit der Leistungsbearbeitung beauftragt ist, nur gegen dieses geltend gemacht werden. Der Titel wirkt für und gegen den Rechtsschutzversicherer. § 727 der Zivilprozessordnung ist entsprechend anzuwenden.

§ 127 Freie Anwaltswahl

(1) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren den Rechtsanwalt, der seine Interessen wahrnehmen soll, aus dem Kreis der Rechtsanwälte, deren Vergütung der Versicherer nach dem Versicherungsvertrag trägt, frei zu wählen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer Rechtsschutz für die sonstige Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Anspruch nehmen kann.

(2) Rechtsanwalt ist auch, wer berechtigt ist, unter einer der in der Anlage zu § 1 des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182, 1349), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Oktober 2003 (BGBl. I S. 2074) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung genannten Bezeichnungen beruflich tätig zu werden.

§ 128

Gutachterverfahren

Für den Fall, dass der Versicherer seine Leistungspflicht verneint, weil die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete oder mutwillig sei, hat der Versicherungsvertrag ein Gutachterverfahren oder ein anderes Verfahren mit vergleichbaren Garantien für die Unparteilichkeit vorzusehen, in dem Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragsparteien über die Erfolgsaussichten oder die Mutwilligkeit einer Rechtsverfolgung entschieden werden. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Verneinung seiner Leistungspflicht hierauf hinzuweisen. Sieht der Versicherungsvertrag kein derartiges Verfahren vor oder unterlässt der Versicherer den Hinweis, gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.

§ 129

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 126 bis 128 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Kapitel 3 Transportversicherung

§ 130

Umfang der Gefahrtragung

(1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande oder auf Binnengewässern sowie der damit verbundenen Lagerung trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind.

(2) Bei der Versicherung eines Schiffes gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. Der Versicherer haftet auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen oder eines Schiffes mit festen oder schwimmenden Gegenständen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat.

(3) Die Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt umfasst die Beiträge zur großen Haverei, soweit durch die Haverei-Maßnahme ein vom Versicherer zu ersetzender Schaden abgewendet werden sollte.

§ 131

Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Abweichend von § 19 Abs. 2 ist bei Verletzung der Anzeigepflicht der Rücktritt des Versicherers ausgeschlossen; der Versicherer kann innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an, zu dem er Kenntnis von dem nicht oder unrichtig angezeigten Umstand erlangt hat, den Vertrag kündigen und die Leistung verweigern. Der Versicherer bleibt zur Leistung verpflichtet, soweit der nicht oder unrichtig angezeigte Umstand nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war.

(2) Verweigert der Versicherer die Leistung, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen. Das Kündi-

gungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu welchem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers, die Leistung zu verweigern, zugeht.

§ 132

Gefahränderung

(1) Der Versicherungsnehmer darf abweichend von § 23 die Gefahr erhöhen oder in anderer Weise ändern und die Änderung durch einen Dritten gestatten. Die Änderung hat er dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer eine Gefahrerhöhung nicht angezeigt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Er ist zur Leistung verpflichtet,

1. wenn ihm die Gefahrerhöhung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen,
2. wenn die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist oder
3. soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war.

(3) Der Versicherer ist abweichend von § 24 nicht berechtigt, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen.

§ 133

Vertragswidrige Beförderung

(1) Werden die Güter mit einem Beförderungsmittel anderer Art befördert als vereinbart oder werden sie umgeladen, obwohl direkter Transport vereinbart ist, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt auch, wenn ausschließlich ein bestimmtes Beförderungsmittel oder ein bestimmter Transportweg vereinbart ist.

(2) Der Versicherer bleibt zur Leistung verpflichtet, wenn nach Beginn der Versicherung die Beförderung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers oder infolge eines versicherten Ereignisses geändert oder aufgegeben wird. § 132 ist anzuwenden.

(3) Die Versicherung umfasst in den Fällen des Absatzes 2 die Kosten der Umladung oder der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.

§ 134

Ungeeignete Beförderungsmittel

(1) Ist für die Beförderung der Güter kein bestimmtes Beförderungsmittel vereinbart, ist der Versicherungsnehmer, soweit er auf dessen Auswahl Einfluss hat, verpflichtet, Beförderungsmittel einzusetzen, die für die Aufnahme und Beförderung der Güter geeignet sind.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung war nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht.

(3) Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis von der mangelnden Eignung des Beförderungsmittels, hat er diesen Umstand dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. § 132 ist anzuwenden.

§ 135

Aufwendungsersatz

(1) Aufwendungen, die dem Versicherungsnehmer zur Abwendung oder Minderung des Schadens entstehen, sowie die Kosten für die Ermittlung und Feststellung des Schadens hat der Versicherer auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, hat der Versicherer den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die von ihm zu erstattenden früheren Aufwendungen und Beiträge zu ersetzen.

§ 136

Versicherungswert

(1) Als Versicherungswert der Güter gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermangelung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung bei Beginn der Versicherung haben, zuzüglich der Versicherungskosten, der Kosten, die bis zur Annahme der Güter durch den Beförderer entstehen, und der endgültig bezahlten Fracht.

(2) Der sich nach Absatz 1 ergebende Wert gilt auch bei Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert.

(3) Bei Gütern, die beschädigt am Ablieferungsort ankommen, ist der Wert, den sie dort in beschädigtem Zustand haben, von dem Wert abzuziehen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand hätten. Der dem Verhältnis der Wertminderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes gilt als Betrag des Schadens.

§ 137

Herbeiführung des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig den Versicherungsfall herbeiführt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat das Verhalten der Schiffsbesatzung bei der Führung des Schiffes nicht zu vertreten.

§ 138

Haftungsausschluss bei Schiffen

Bei der Versicherung eines Schiffes ist der Versicherer nicht zum Ersatz eines Schadens verpflichtet, der daraus entsteht, dass das Schiff in einem nicht fahrtüchtigen Zustand oder nicht ausreichend ausgerüstet oder personell ausgestattet die Reise antritt. Dies gilt auch für einen Schaden,

der nur eine Folge der Abnutzung des Schiffes in gewöhnlichem Gebrauch ist.

§ 139

Veräußerung der versicherten Sache oder Güter

(1) Ist eine versicherte Sache, für die eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden ist, veräußert worden, haftet der Erwerber abweichend von § 95 nicht für die Prämie. Der Versicherer kann sich gegenüber dem Erwerber nicht auf Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Prämie oder wegen Nichtleistung einer Sicherheit berufen, es sei denn, der Erwerber kannte den Grund für die Leistungsfreiheit oder hätte ihn kennen müssen.

(2) Der Versicherer ist abweichend von § 96 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen.

(3) Der Versicherungsnehmer ist abweichend von § 97 nicht verpflichtet, dem Versicherer die Veräußerung anzuzeigen.

§ 140

Veräußerung des versicherten Schiffes

Wird ein versichertes Schiff veräußert, endet abweichend von § 95 die Versicherung mit der Übergabe des Schiffes an den Erwerber, für unterwegs befindliche Schiffe mit der Übergabe an den Erwerber im Bestimmungshafen.

§ 141

Befreiung durch Zahlung der Versicherungssumme

(1) Der Versicherer ist nach Eintritt des Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. Der Versicherer bleibt zum Ersatz der Kosten verpflichtet, die zur Abwendung oder Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache aufgewendet worden sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.

(2) Das Recht des Versicherers, sich durch Zahlung der Versicherungssumme zu befreien, erlischt, wenn die Erklärung dem Versicherungsnehmer nicht innerhalb einer Woche nach dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von dem Versicherungsfall und seinen unmittelbaren Folgen erlangt hat, zugeht.

Kapitel 4

Gebäudefeuerversicherung

§ 142

Anzeigen an Hypothekengläubiger

(1) Bei der Gebäudefeuerversicherung hat der Versicherer einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, unverzüglich in Textform anzuzeigen, wenn die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt oder wenn dem Versicherungsnehmer für die Zahlung einer Folgeprämie eine Frist bestimmt wird. Dies gilt auch, wenn das Versicherungsverhältnis nach Ablauf der Frist wegen unterbliebener Zahlung der Folgeprämie gekündigt wird.

(2) Der Versicherer hat den Eintritt des Versicherungsfalles innerhalb einer Woche, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, in Textform anzuzeigen, es sei denn, der Schaden ist unbedeutend.

§ 143

Fortdauer der Leistungspflicht gegenüber Hypothekengläubigern

(1) Bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Folgeprämie bleibt der Versicherer gegenüber einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, bis zum Ablauf eines Monats ab dem Zeitpunkt zur Leistung verpflichtet, zu welchem dem Hypothekengläubiger die Bestimmung der Zahlungsfrist oder, wenn diese Mitteilung unterblieben ist, die Kündigung mitgeteilt worden ist.

(2) Die Beendigung des Versicherungsverhältnisses wird gegenüber einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, erst mit dem Ablauf von zwei Monaten wirksam, nachdem ihm die Beendigung und, sofern diese noch nicht eingetreten war, der Zeitpunkt der Beendigung durch den Versicherer mitgeteilt worden ist oder er auf andere Weise hiervon Kenntnis erlangt hat. Satz 1 gilt nicht, wenn das Versicherungsverhältnis wegen unterbliebener Prämienzahlung durch Rücktritt oder Kündigung des Versicherers oder durch Kündigung des Versicherungsnehmers, welcher der Hypothekengläubiger zugestimmt hat, beendet wird.

(3) Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend für die Wirksamkeit einer Vereinbarung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, durch die der Umfang des Versicherungsschutzes gemindert wird oder nach welcher der Versicherer nur verpflichtet ist, die Entschädigung zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes zu zahlen.

(4) Die Nichtigkeit des Versicherungsvertrags kann gegenüber einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, nicht geltend gemacht werden. Das Versicherungsverhältnis endet jedoch ihm gegenüber nach Ablauf von zwei Monaten, nachdem ihm die Nichtigkeit durch den Versicherer mitgeteilt worden ist oder er auf andere Weise von der Nichtigkeit Kenntnis erlangt hat.

§ 144

Kündigung des Versicherungsnehmers

Hat ein Hypothekengläubiger seine Hypothek angemeldet, ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherungsnehmer unbeschadet des § 92 Abs. 1 und des § 96 Abs. 2 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrags nachgewiesen hat, dass zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung spätestens zulässig war, das Grundstück nicht mit der Hypothek belastet war oder dass der Hypothekengläubiger der Kündigung zugestimmt hat. Die Zustimmung darf nicht ohne ausreichenden Grund verweigert werden.

§ 145

Übergang der Hypothek

Soweit der Versicherer den Hypothekengläubiger nach § 143 befriedigt, geht die Hypothek auf ihn über. Der Über-

gang kann nicht zum Nachteil eines gleich- oder nachstehenden Hypothekengläubigers geltend gemacht werden, dem gegenüber die Leistungspflicht des Versicherers bestehen geblieben ist.

§ 146

Bestätigungs- und Auskunftspflicht des Versicherers

Der Versicherer ist verpflichtet, einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, die Anmeldung zu bestätigen und auf Verlangen Auskunft über das Bestehen von Versicherungsschutz sowie über die Höhe der Versicherungssumme zu erteilen.

§ 147

Änderung von Anschrift und Name des Hypothekengläubigers

Hat der Hypothekengläubiger dem Versicherer eine Änderung seiner Anschrift oder seines Namens nicht mitgeteilt, ist § 13 Abs. 1 auf die Anzeigen und Mitteilungen des Versicherers nach den §§ 142 und 143 entsprechend anzuwenden.

§ 148

Andere Grundpfandrechte

Ist das Grundstück mit einer Grundschuld, Rentenschuld oder Reallast belastet, sind die §§ 142 bis 147 entsprechend anzuwenden.

§ 149

Eigentümergegrundpfandrechte

Die durch die §§ 142 bis 148 begründeten Rechte können nicht zugunsten von Hypotheken, Grundschulden oder Rentenschulden, die dem Versicherungsnehmer zustehen, geltend gemacht werden.

Kapitel 5

Lebensversicherung

§ 150

Versicherte Person

(1) Die Lebensversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich; dies gilt nicht bei Kollektivlebensversicherungen im Bereich der betrieblichen Altersversorgung. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.

(3) Nimmt ein Elternteil die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für

diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt.

(4) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.

§ 151

Ärztliche Untersuchung

Durch die Vereinbarung einer ärztlichen Untersuchung der versicherten Person wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.

§ 152

Widerruf des Versicherungsnehmers

(1) Abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 beträgt die Widerrufsfrist 30 Tage.

(2) Der Versicherer hat abweichend von § 9 Satz 1 auch den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 zu zahlen. Im Fall des § 9 Satz 2 hat der Versicherer den Rückkaufswert oder, wenn dies für den Versicherungsnehmer günstiger ist, die für das erste Jahr gezahlten Prämien zu erstatten.

(3) Abweichend von § 33 Abs. 1 ist die einmalige oder die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

§ 153

Überschussbeteiligung

(1) Dem Versicherungsnehmer steht eine Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung) zu, es sei denn, die Überschussbeteiligung ist durch ausdrückliche Vereinbarung ausgeschlossen.

(2) Der Versicherer hat die Beteiligung an dem Überschuss nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen; andere vergleichbare angemessene Verteilungsgrundsätze können vereinbart werden.

(3) Der Versicherer hat die Bewertungsreserven jährlich neu zu ermitteln und nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zuzuordnen. Bei der Beendigung des Vertrags wird der für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag zur Hälfte zugeweiht und an den Versicherungsnehmer ausbezahlt; eine frühere Zuteilung kann vereinbart werden. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(4) Bei Rentenversicherungen ist die Beendigung der Ansparphase der nach Absatz 3 Satz 2 maßgebliche Zeitpunkt.

§ 154

Modellrechnung

(1) Macht der Versicherer im Zusammenhang mit dem Angebot oder dem Abschluss einer Lebensversicherung bezifferte Angaben zur Höhe von möglichen Leistungen über die vertraglich garantierten Leistungen hinaus, hat er dem Versicherungsnehmer eine Modellrechnung zu übermitteln, bei der die mögliche Ablaufleistung unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation mit drei verschiedenen Zinssätzen dargestellt wird. Dies gilt nicht für Risikoversicherungen und Verträge, die Leistun-

gen der in § 54b Abs. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen.

(2) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer klar und verständlich darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Modellrechnung nur um ein Rechenmodell handelt, dem fiktive Annahmen zugrunde liegen, und dass der Versicherungsnehmer aus der Modellrechnung keine vertraglichen Ansprüche gegen den Versicherer ableiten kann.

§ 155

Jährliche Unterrichtung

Bei Versicherungen mit Überschussbeteiligung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer jährlich in Textform über die Entwicklung seiner Ansprüche unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung zu unterrichten. Ferner hat der Versicherer, wenn er bezifferte Angaben zur möglichen zukünftigen Entwicklung der Überschussbeteiligung gemacht hat, den Versicherungsnehmer auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung von den anfänglichen Angaben hinzuweisen.

§ 156

Kenntnis und Verhalten derversicherten Person

Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.

§ 157

Unrichtige Altersangabe

Ist das Alter der versicherten Person unrichtig angegeben worden, verändert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. Das Recht, wegen der Verletzung der Anzeigepflicht von dem Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer abweichend von § 19 Abs. 2 nur zu, wenn er den Vertrag bei richtiger Altersangabe nicht geschlossen hätte.

§ 158

Gefahränderung

(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.

(2) Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung fünf Jahre verstrichen sind. Hat der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach § 23 vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

(3) § 41 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Herabsetzung der Prämie nur wegen einer solchen Minderung der Gefahrumstände verlangt werden kann, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrminderung angesehen werden soll.

§ 159

Bezugsberechtigung

(1) Der Versicherungsnehmer ist im Zweifel berechtigt, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen sowie an die Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen.

(2) Ein widerruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles.

(3) Ein unwiderruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers bereits mit der Bezeichnung als Bezugsberechtigter.

§ 160

Auslegung der Bezugsberechtigung

(1) Sind mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt. Der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu.

(2) Soll die Leistung des Versicherers nach dem Tod des Versicherungsnehmers an dessen Erben erfolgen, sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluss.

(3) Wird das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, steht es dem Versicherungsnehmer zu.

(4) Ist der Fiskus als Erbe berufen, steht ihm ein Bezugsrecht im Sinn des Absatzes 2 Satz 1 nicht zu.

§ 161

Selbsttötung

(1) Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person sich vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrags vorsätzlich selbst getötet hat. Dies gilt nicht, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(2) Die Frist nach Absatz 1 Satz 1 kann durch Einzelvereinbarung erhöht werden.

(3) Ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, hat er den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 zu zahlen.

§ 162

Tötung durch Leistungsberechtigten

(1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführt.

(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätz-

lich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod der versicherten Person herbeiführt.

§ 163

Prämien- und Leistungsänderung

(1) Der Versicherer ist zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer prämienfreien Versicherung ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

(3) Die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 164

Bedingungsanpassung

(1) Ist eine Bestimmung in allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 165

Prämienfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Wird diese nicht erreicht, hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 zu zahlen.

(2) Die prämienfreie Leistung ist nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach § 169 Abs. 3 bis 5 zu berechnen und im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben.

(3) Die prämienfreie Leistung ist für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers aus der Überschussbeteiligung bleiben unberührt.

§ 166

Kündigung des Versicherers

(1) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis, wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. Auf die Umwandlung ist § 165 anzuwenden.

(2) Im Fall des § 38 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die er erbringen müsste, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte.

(3) Bei der Bestimmung einer Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 hat der Versicherer auf die eintretende Umwandlung der Versicherung hinzuweisen.

(4) Bei einer Lebensversicherung, die vom Arbeitgeber zugunsten seiner Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abgeschlossen worden ist, hat der Versicherer die Bezugsberechtigten über die Bestimmung der Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 und die eintretende Umwandlung der Versicherung in Textform zu informieren und ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Monaten einzuräumen.

§ 167

Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes

Der Versicherungsnehmer einer Lebensversicherung kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine Versicherung verlangen, die den Anforderungen des § 851c Abs. 1 der Zivilprozessordnung entspricht. Die Kosten der Umwandlung hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

§ 168

Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Sind laufende Prämien zu zahlen, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(2) Bei einer Versicherung, die Versicherungsschutz für ein Risiko bietet, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des

Versicherers gewiss ist, steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.

(3) Die Absätze 1 und 2 sind nicht auf einen für die Altersvorsorge bestimmten Versicherungsvertrag anzuwenden, bei dem der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer eine Verwertung vor dem Eintritt in den Ruhestand ausgeschlossen hat; der Wert der vom Ausschluss der Verwertbarkeit betroffenen Ansprüche darf die in § 12 Abs. 2 Nr. 3 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Beträge nicht übersteigen. Entsprechendes gilt, soweit die Ansprüche nach § 851c der Zivilprozessordnung nicht gepfändet werden dürfen.

§ 169

Rückkaufswert

(1) Wird eine Versicherung, die Versicherungsschutz für ein Risiko bietet, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, durch Kündigung des Versicherungsnehmers oder durch Rücktritt oder Anfechtung des Versicherers aufgehoben, hat der Versicherer den Rückkaufswert zu zahlen.

(2) Der Rückkaufswert ist nur insoweit zu zahlen, als dieser die Leistung bei einem Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Kündigung nicht übersteigt. Der danach nicht gezahlte Teil des Rückkaufswertes ist für eine prämienfreie Versicherung zu verwenden. Im Fall des Rücktrittes oder der Anfechtung ist der volle Rückkaufswert zu zahlen.

(3) Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung, bei einer Kündigung des Versicherungsverhältnisses jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Der Rückkaufswert ist im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben. Hat der Versicherer seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, kann er für die Berechnung des Rückkaufswertes anstelle des Deckungskapitals den in diesem Staat vergleichbaren anderen Bezugswert zu Grunde legen.

(4) Bei fondsgebundenen Versicherungen und anderen Versicherungen, die Leistungen der in § 54b des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen, ist der Rückkaufswert nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik als Zeitwert der Versicherung zu berechnen, soweit nicht der Versicherer eine bestimmte Leistung garantiert; im Übrigen gilt Absatz 3. Die Grundsätze der Berechnung sind im Vertrag anzugeben.

(5) Der Versicherer ist zu einem Abzug von dem nach Absatz 3 oder 4 berechneten Betrag nur berechtigt, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die Vereinbarung eines Abzugs für noch nicht getilgte Abschluss- und Vertriebskosten ist unwirksam.

(6) Der Versicherer kann den nach Absatz 3 berechneten Betrag angemessen herabsetzen, soweit dies erforderlich ist,

um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(7) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer zusätzlich zu dem nach den Absätzen 3 bis 6 berechneten Betrag die diesem bereits zugeteilten Überschussanteile, soweit sie nicht bereits in dem Betrag nach den Absätzen 3 bis 6 enthalten sind, sowie den nach den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Fall der Kündigung vorgesehenen Schlussüberschussanteil zu zahlen; § 153 Abs. 3 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 170

Eintrittsrecht

(1) Wird in die Versicherungsforderung ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen oder wird das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers eröffnet, kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an seiner Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. Tritt der Bezugsberechtigte ein, hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Insolvenzmasse bis zur Höhe des Betrags zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Fall der Kündigung des Versicherungsverhältnisses vom Versicherer verlangen könnte.

(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, steht das gleiche Recht dem Ehegatten oder Lebenspartner und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.

(3) Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist.

§ 171

Abweichende Vereinbarungen

Von § 152 Abs. 1 und 2 und den §§ 153 bis 155, 157, 158, 161 und 163 bis 170 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder des Eintrittsberechtigten abgewichen werden. Für das Verlangen des Versicherungsnehmers auf Umwandlung nach § 165 und für seine Kündigung nach § 168 kann die Schrift- oder die Textform vereinbart werden.

Kapitel 6

Berufsunfähigkeitsversicherung

§ 172

Leistung des Versicherers

(1) Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Versicherer verpflichtet, für eine nach Beginn der Versicherung eingetretene Berufsunfähigkeit die vereinbarten Leistungen zu erbringen.

(2) Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder

mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.

(3) Als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht des Versicherers kann vereinbart werden, dass die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt oder ausüben kann, die zu übernehmen sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 173

Anerkenntnis

(1) Der Versicherer hat nach einem Leistungsantrag bei Fälligkeit in Textform zu erklären, ob er seine Leistungspflicht anerkennt.

(2) Das Anerkenntnis darf nur einmal zeitlich begrenzt werden. Es ist bis zum Ablauf der Frist bindend.

§ 174

Leistungsfreiheit

(1) Stellt der Versicherer fest, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind, wird er nur leistungsfrei, wenn er dem Versicherungsnehmer diese Veränderung in Textform dargelegt hat.

(2) Der Versicherer wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang der Erklärung nach Absatz 1 beim Versicherungsnehmer leistungsfrei.

§ 175

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 173 und 174 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

§ 176

Anzuwendende Vorschriften

Die §§ 150 bis 170 sind auf die Berufsunfähigkeitsversicherung entsprechend anzuwenden, soweit die Besonderheiten dieser Versicherung nicht entgegenstehen.

§ 177

Ähnliche Versicherungsverträge

(1) Die §§ 173 bis 176 sind auf alle Versicherungsverträge, bei denen der Versicherer für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eine Leistung verspricht, entsprechend anzuwenden.

(2) Auf die Unfallversicherung sowie auf Krankenversicherungsverträge, die das Risiko der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zum Gegenstand haben, ist Absatz 1 nicht anzuwenden.

Kapitel 7

Unfallversicherung

§ 178

Leistung des Versicherers

(1) Bei der Unfallversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei einem Unfall der versicherten Person oder

einem vertraglich dem Unfall gleich gestellten Ereignis die vereinbarten Leistungen zu erbringen.

(2) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

§ 179

Versicherte Person

(1) Die Unfallversicherung kann für den Eintritt eines Unfalles des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle eines anderen gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen.

(2) Wird die Versicherung gegen Unfälle eines anderen von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.

(3) Soweit im Fall des Absatzes 2 nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen zu berücksichtigen.

§ 180

Invalidität

Der Versicherer schuldet die für den Fall der Invalidität versprochenen Leistungen im vereinbarten Umfang, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.

§ 181

Gefahrerhöhung

(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Umstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.

(2) Ergeben sich im Fall einer erhöhten Gefahr nach dem geltenden Tarif des Versicherers bei unveränderter Prämie niedrigere Versicherungsleistungen, gelten diese mit Ablauf eines Monats nach Eintritt der Gefahrerhöhung als vereinbart. Weitergehende Rechte kann der Versicherer nur geltend machen, wenn der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung arglistig nicht angezeigt hat.

§ 182

Mitwirkende Ursachen

Ist vereinbart, dass der Anspruch auf die vereinbarten Leistungen entfällt oder sich mindert, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Versicherungsfall verur-

sachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, hat der Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalles oder der Minderung des Anspruchs nachzuweisen.

§ 183

Herbeiführung des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn im Fall des § 179 Abs. 2 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeiführt.

(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeiführt.

§ 184

Abwendung und Minderung des Schadens

Die §§ 82 und 83 sind auf die Unfallversicherung nicht anzuwenden.

§ 185

Bezugsberechtigung

Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, sind die §§ 159 und 160 entsprechend anzuwenden.

§ 186

Hinweispflicht des Versicherers

Zeigt der Versicherungsnehmer einen Versicherungsfall an, hat der Versicherer ihn auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen in Textform hinzuweisen. Unterbleibt dieser Hinweis, kann sich der Versicherer auf Fristversäumnis nicht berufen.

§ 187

Anerkenntnis

(1) Der Versicherer hat nach einem Leistungsantrag innerhalb eines Monats nach Vorlage der zu dessen Beurteilung erforderlichen Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Wird eine Invaliditätsleistung beantragt, beträgt die Frist drei Monate.

(2) Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe des Anspruchs geeinigt, wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen fällig. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers einen angemessenen Vorschuss zu leisten.

§ 188

Neubemessung der Invalidität

(1) Sind Leistungen für den Fall der Invalidität vereinbart, ist jede Vertragspartei berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach Eintritt des Unfalles, neu bemessen zu lassen. In der Kinderunfallversi-

cherung kann die Frist, innerhalb derer eine Neubemessung verlangt werden kann, verlängert werden.

(2) Mit der Erklärung des Versicherers über die Leistungspflicht ist der Versicherungsnehmer über sein Recht zu unterrichten, den Grad der Invalidität neu bemessen zu lassen. Unterbleibt diese Unterrichtung, kann sich der Versicherer auf eine Verspätung des Verlangens des Versicherungsnehmers, den Grad der Invalidität neu zu bemessen, nicht berufen.

§ 189

Sachverständigenverfahren, Schadensermittlungskosten

Die §§ 84 und 85 Abs. 1 und 3 sind entsprechend anzuwenden.

§ 190

Pflichtversicherung

Besteht für den Abschluss einer Unfallversicherung eine Verpflichtung durch Rechtsvorschrift, hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine der zu bezeichnenden Rechtsvorschrift entsprechende Unfallversicherung besteht.

§ 191

Abweichende Vereinbarungen

Von § 178 Abs. 2 Satz 2 und den §§ 181, 186 bis 188 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.

Kapitel 8

Krankenversicherung

§ 192

Vertragstypische Leistungen des Versicherers

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nach Absatz 1 insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

(3) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können zusätzliche Dienstleistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz 1 stehen, vereinbart werden, insbesondere

1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;
2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;

4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen;

5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 mit deren Erbringern.

(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.

(6) Bei der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). Absatz 2 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend. Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die private Pflegeversicherung bleiben unberührt.

§ 193

Versicherte Person

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.

§ 194

Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass

1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,

2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,

3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

(3) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(4) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerprüflich oder unwiderrüflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195

Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196

Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis

zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 197

Wartezeiten

(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. Bei der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

§ 198

Kindernachversicherung

(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversiche-

rungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 199

Beihilfeempfänger

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes endet.

(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.

§ 200

Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 201

Herbeiführung des Versicherungsfalles

Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst herbeiführt.

§ 202

Auskunftspflicht des Versicherers

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 203

Prämien- und Bedingungsanpassung

(1) Bei einer Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbin-

dung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren, bleibt unberührt.

(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

(4) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist § 164 anzuwenden.

(5) Die Neufestsetzung der Prämie und die Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 204

Tarifwechsel

Bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss

oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

§ 205

Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminde- rung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der

Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

§ 206

Kündigung des Versicherers

(1) Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Sie ist ferner ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

(4) Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

(5) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 4 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.

§ 207

Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen,

gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 208

Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 194 bis 199 und 201 bis 207 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden. Für die Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 205 kann die Schrift- oder die Textform vereinbart werden.

Teil 3

Schlussvorschriften

§ 209

Rückversicherung, Seeversicherung

Die Vorschriften dieses Gesetzes sind auf die Rückversicherung und die Versicherung gegen die Gefahren der Seeschifffahrt (Seeversicherung) nicht anzuwenden.

§ 210

Großrisiken, laufende Versicherung

Die Beschränkungen der Vertragsfreiheit nach diesem Gesetz sind auf die in Artikel 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz genannten Großrisiken und auf laufende Versicherungen nicht anzuwenden.

§ 211

Pensionskassen, kleinere Versicherungsvereine, Versicherungen mit kleineren Beträgen

(1) Die §§ 37, 38, 165, 166, 168 und 169 sind, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind, nicht anzuwenden auf

1. Versicherungen bei Pensionskassen im Sinn des § 118b Abs. 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
2. Versicherungen, die bei einem Verein genommen werden, der als kleinerer Verein im Sinn des Versicherungsaufsichtsgesetzes anerkannt ist,

3. Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen und
4. Unfallversicherungen mit kleineren Beträgen.

(2) Auf die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Pensionskassen sind ferner nicht anzuwenden

1. die §§ 6 bis 9, 11, 150 Abs. 2 bis 4 und § 152 Abs. 1 und 2; für die §§ 7 bis 9 und 152 Abs. 1 und 2 gilt dies nicht für Fernabsatzverträge im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs;
2. § 153, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind.

(3) Sind für Versicherungen mit kleineren Beträgen im Sinn von Absatz 1 Nr. 3 und 4 abweichende Bestimmungen getroffen, kann deren Wirksamkeit nicht unter Berufung darauf angefochten werden, dass es sich nicht um Versicherungen mit kleineren Beträgen handele.

§ 212

Fortsetzung der Lebensversicherung nach der Elternzeit

Besteht während einer Elternzeit ein Arbeitsverhältnis ohne Entgelt gemäß § 1a Abs. 4 des Betriebsrentengesetzes fort und wird eine vom Arbeitgeber zugunsten der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers abgeschlossene Lebensversicherung wegen Nichtzahlung der während der Elternzeit fälligen Prämien in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, kann die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Elternzeit verlangen, dass die Versicherung zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird.

§ 213

Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer bei Dritten ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, die Daten bei einer der in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 des Strafgesetzbuchs genannten Personen erhoben werden und die betroffene Person im Einzelfall eine Einwilligung nach § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes erteilt hat.

§ 214

Schlichtungsstelle

(1) Das Bundesministerium der Justiz kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz privatrechtlich organisierte Einrichtungen als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten

1. bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern im Sinn des § 13 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
 2. zwischen Versicherungsvermittlern, Vermittlern nach § 66 oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen
- anerkennen.

Die Anerkennung ist im Bundesanzeiger oder im elektronischen Bundesanzeiger bekannt zu machen. Die Beteiligten können diese Schlichtungsstelle anrufen; das Recht, die Gerichte anzurufen, bleibt unberührt.

(2) Privatrechtlich organisierte Einrichtungen können als Schlichtungsstelle anerkannt werden, wenn sie hinsichtlich ihrer Antworten und Vorschläge oder Entscheidungen unabhängig und keinen Weisungen unterworfen sind und in organisatorischer und fachlicher Hinsicht die Aufgaben erfüllen können.

(3) Die anerkannten Schlichtungsstellen sind verpflichtet, jede Beschwerde über einen Versicherer oder einen Versicherungsvermittler, Vermittler nach § 66 und Versicherungsberater zu beantworten.

(4) Die anerkannten Schlichtungsstellen können von dem Versicherungsvermittler, Vermittler nach § 66 oder Versicherungsberater ein Entgelt erheben. Bei offensichtlich missbräuchlichen Beschwerden kann auch von dem Versicherungsnehmer ein Entgelt verlangt werden. Die Höhe des Entgeltes muss im Verhältnis zum Aufwand der anerkannten Schlichtungsstelle angemessen sein.

(5) Soweit keine privatrechtlich organisierte Einrichtung als Schlichtungsstelle anerkannt wird, kann das Bundesministerium der Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz die Aufgaben der Schlichtungsstelle durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates einer Bundesoberbehörde oder Bundesanstalt zuweisen und deren Verfahren sowie die Erhebung von Gebühren und Auslagen regeln.

§ 215

Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

(2) § 33 Abs. 2 der Zivilprozessordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.

(3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Artikel 2

Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

Das Einführungsgesetz zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 25. Februar 2000 (BGBl. I S. 154), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung des Gesetzes wird wie folgt gefasst:
„Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz“.

2. Das Erste Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Erstes Kapitel

Übergangsvorschriften zum Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

Artikel 1

Altverträge, Allgemeine Versicherungsbedingungen

(1) Auf Versicherungsverhältnisse, die bis zum Inkrafttreten des Versicherungsvertragsgesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) am 1. Januar 2008 entstanden sind (Altverträge), ist das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der bis dahin geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2008 anzuwenden, soweit in Absatz 2 und den Artikeln 2 bis 6 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Ist bei Altverträgen ein Versicherungsfall bis zum 31. Dezember 2008 eingetreten, ist insoweit das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(3) Der Versicherer kann seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Altverträge, soweit sie von den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes abweichen, zum 1. Januar 2009 ändern, sofern er dem Versicherungsnehmer die geänderten Versicherungsbedingungen unter Kenntlichmachung der Unterschiede spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt in Textform mitteilt, zu dem die Änderungen wirksam werden sollen.

Artikel 2

Vollmacht des Versicherungsvertreters, Krankenversicherung

Auf Altverträge sind die folgenden Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes bereits ab 1. Januar 2008 anzuwenden:

1. die §§ 69 bis 73 über die Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters und der in § 73 erfassten Vermittler;
2. die §§ 192 bis 208 für die Krankenversicherung, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die auf Grund dieser Vorschriften geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen unter Kenntlichmachung der Unterschiede spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt in Textform mitgeteilt hat, zu dem die Änderungen wirksam werden sollen.

Artikel 3

Verjährung

(1) § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist auf Ansprüche anzuwenden, die am 1. Januar 2008 noch nicht verjährt sind.

(2) Wenn die Verjährungsfrist nach § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs länger ist als die Frist nach § 12 Abs. 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung, ist die Verjährung mit dem Ablauf der in § 12 Abs. 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum

31. Dezember 2007 geltenden Fassung bestimmten Frist vollendet.

(3) Wenn die Verjährungsfrist nach § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs kürzer ist als die Frist nach § 12 Abs. 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung, wird die kürzere Frist vom 1. Januar 2008 an berechnet. Läuft jedoch die längere Frist nach § 12 Abs. 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung früher als die Frist nach § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ab, ist die Verjährung mit dem Ablauf der längeren Frist vollendet.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind entsprechend auf Fristen anzuwenden, die für die Geltendmachung oder den Erwerb oder Verlust eines Rechtes maßgebend sind.

Artikel 4

Lebensversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung

(1) § 153 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ist auf Altverträge auch nach dem 31. Dezember 2008 nicht anzuwenden. § 153 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes ist auf Altverträge, für die eine Überschussbeteiligung vereinbart worden ist, ab dem 1. Januar 2008 anzuwenden. Vereinbarte Verteilungsgrundsätze gelten als angemessen.

(2) Die §§ 165, 166 und 169 des Versicherungsvertragsgesetzes sind auf Altverträge ab dem 1. Januar 2008 anzuwenden; § 11c des Versicherungsaufsichtsgesetzes bleibt unberührt.

(3) Auf Altverträge über eine Berufsunfähigkeitsversicherung ist Teil 2 Kapitel 6 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht anzuwenden.

Artikel 5

Rechte der Gläubiger von Grundpfandrechten

(1) Rechte, die Gläubigern von Grundpfandrechten gegenüber dem Versicherer nach den §§ 99 bis 107c des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung zustehen, bestimmen sich auch nach dem 31. Dezember 2008 nach diesen Vorschriften. Die Anmeldung eines Grundpfandrechts beim Versicherer kann nur bis zum 31. Dezember 2008 erklärt werden.

(2) Hypotheken, Grundschulden, Rentenschulden und Reallasten,

1. die in der Zeit vom 1. Januar 1943 bis zum 30. Juni 1994 zu Lasten von Grundstücken begründet worden sind,
2. für die eine Gebäudeversicherung bei einer öffentlichen Anstalt unmittelbar Kraft Gesetzes oder infolge eines gesetzlichen Zwanges bei einer solchen Anstalt genommen worden ist und
3. die nach der Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1-1, veröffentlichten bereinigten Fassung als angemeldet im Sinn der §§ 99 bis 106 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag gelten,

sind, wenn das Versicherungsverhältnis nach Überleitung in ein vertragliches Versicherungsverhältnis auf Grund des Gesetzes zur Überleitung landesrechtlicher Gebäudeversicherungsverhältnisse vom 22. Juli 1993 (BGBl. I S. 1282, 1286) fortbesteht, zur Erhaltung der durch die Fiktion begründeten Rechte bis spätestens 31. Dezember 2008 beim Versicherer anzumelden. Die durch die Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag begründete Fiktion erlischt mit Ablauf des 31. Dezember 2008.

Artikel 6

Versicherungsverhältnisse nach § 190 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Das Versicherungsvertragsgesetz gilt nicht für die in § 190 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung bezeichneten Altverträge.“

3. Artikel 10 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für einen Versicherungsvertrag über ein Großrisiko können die Parteien das Recht eines anderen Staates wählen.“

Artikel 3

Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 330 wie folgt gefasst:

„§ 330 Auslegungsregel bei Leibrentenvertrag“.

2. § 330 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 330
Auslegungsregel bei Leibrentenvertrag“.

b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird in einem Leibrentenvertrag die Zahlung der Leibrente an einen Dritten vereinbart, ist im Zweifel anzunehmen, dass der Dritte unmittelbar das Recht erwerben soll, die Leistung zu fordern.“

Artikel 4

Änderung des Handelsgesetzbuchs

Der Zehnte Abschnitt des Fünften Buchs und § 905 des Handelsgesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 5

Änderung des Einführungsgesetzes zum Handelsgesetzbuch

Dem Einführungsgesetz zum Handelsgesetzbuch in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4101-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird folgender Sechszwanzigster Abschnitt angefügt:

„Sechszwanzigster Abschnitt
Übergangsvorschrift zum Gesetz zur Reform
des Versicherungsvertragsrechts

Artikel 63

Der Zehnte Abschnitt des Fünften Buchs und § 905 des Handelsgesetzbuchs sind auf Versicherungsverhältnisse, die bis zum Inkrafttreten des Versicherungsvertragsgesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) am 1. Januar 2008 entstanden sind, bis zum 31. Dezember 2008 anzuwenden.“

Artikel 6

Änderung der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung

Die Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung vom 8. November 1994 (BGBl. I S. 3378), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 29. Mai 2006 (BGBl. I S. 1278), wird wie folgt geändert:

1. In § 31 Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „§ 68 Abs. 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 80“ ersetzt.

2. § 54 wird wie folgt gefasst:

„§ 54
Zeitwert der Kapitalanlagen

Für zum Anschaffungswert oder zum Nennwert ausgewiesene Kapitalanlagen ist im Anhang jeweils der Zeitwert anzugeben. Die Ermittlung des Zeitwerts erfolgt

1. für Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken nach § 55 sowie

2. für die übrigen Kapitalanlagen nach § 56.

Zudem sind die Gesamtsumme der Anschaffungskosten der in die Überschussbeteiligung einzubeziehenden Kapitalanlagen, die Gesamtsumme des beizulegenden Zeitwerts selbiger Kapitalanlagen und der sich daraus ergebende Saldo anzugeben.“

3. Dem § 64 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) § 54 in der vom 1. Januar 2008 an geltenden Fassung ist erstmals auf den Jahresabschluss für das nach dem 31. Dezember 2006 beginnende Geschäftsjahr anzuwenden.“

Artikel 7

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I

S. 2), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 10a wird wie folgt gefasst:

„§ 10a Mehrere Anträge; Information bei betrieblicher Altersversorgung und bei Krankenversicherung“.

b) Die Angabe zu § 11b wird wie folgt gefasst:

„§ 11b Treuhänder in der Lebensversicherung“.

c) Die Angabe zu § 85a wird wie folgt gefasst:

„§ 85a Information über Geschäftstätigkeit im Ausland“.

d) Die Angabe zu Anlage D wird wie folgt gefasst:

„Information bei Pensionsfonds“.

2. In § 8 Abs. 1 Satz 1 werden der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:

„4. im Fall des Betriebs der Krankenversicherung Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, dass das Versicherungsunternehmen Tarife einführen wird, die im Sinn des § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes einen gleichartigen Versicherungsschutz gewähren wie die Tarife eines anderen mit ihm konzernmäßig verbundenen Versicherungsunternehmens, sofern durch die Einführung solcher Tarife die Belange der Versicherten nicht ausreichend gewahrt werden.“

3. In § 10 Abs. 3 werden die Wörter „Artikel 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „Artikel 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz“ ersetzt.

4. § 10a wird wie folgt gefasst:

„§ 10a

Mehrere Anträge; Information bei betrieblicher Altersversorgung und bei Krankenversicherung

(1) Antragsvordrucke dürfen nur so viele Anträge auf Abschluss rechtlich selbständiger Versicherungsverträge enthalten, dass die Übersichtlichkeit, Lesbarkeit und Verständlichkeit nicht beeinträchtigt werden. Der Antragsteller ist schriftlich und unter besonderer Hervorhebung auf die rechtliche Selbständigkeit der beantragten Verträge einschließlich der für sie vorgesehenen Versicherungsbedingungen sowie auf die jeweils geltenden Antragsbindungsfristen und Vertragslaufzeiten hinzuweisen.

(2) Lebensversicherungen und Pensionskassen, soweit sie Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erbringen, haben die Versorgungsanwärter und Versorgungsempfänger, die nicht zugleich Versicherungsnehmer sind, nach Maßgabe der Anlage D zu informieren.

(3) Vor Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags ist von dem Interessenten der Empfang eines amtlichen Informationsblattes der Bundesanstalt zu bestätigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt.“

5. § 11b wird wie folgt gefasst:

„§ 11b

Treuhänder in der Lebensversicherung

Soweit bei den nach dem 28. Juli 1994 geschlossenen Lebensversicherungsverträgen die Prämien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge geändert werden können, dürfen entsprechende Änderungen erst in Kraft gesetzt werden, nachdem ihnen ein unabhängiger Treuhänder zugestimmt hat. Für den Treuhänder gilt § 12b Abs. 3 und 4 entsprechend. Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn Änderungen nach Satz 1 der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.“

6. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der Satzteil vor Nummer 1 wie folgt gefasst:

„Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei“.

b) Absatz 4a Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.“

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 sowie § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.“

7. § 12b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „dies hätte erkennen müssen“ durch die Wörter „dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen“ ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Das Versicherungsunternehmen hat für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten zu vergleichen. Ergibt die der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 5 vom Hundert, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen. Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

c) In Absatz 5 wird die Angabe „§ 178g Abs. 3“ durch die Angabe „§ 203 Abs. 3“ ersetzt.

8. § 12c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

„5. das Verfahren zur Gegenüberstellung der kalkulierten mit den zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten nach § 12b Abs. 2a Satz 1 und 2 sowie die Frist für die Vorlage der Gegenüberstellung an die Aufsichtsbehörde und den Treuhänder festzulegen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Rechtsverordnungen nach Absatz 1 Satz 1 und 2 sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz zu erlassen.“

9. Die Überschrift des § 85a wird wie folgt gefasst:

„§ 85a

Information über Geschäftstätigkeit im Ausland“.

10. In § 110a Abs. 4 Nr. 2 werden die Wörter „§§ 10 und 10a mit der Maßgabe, dass in der Verbraucherinformation nach Anlage D Abschnitt I Nr. 1 Buchstabe h auch die Anschrift einer sonstigen Stelle anzugeben ist, an die sich der Versicherungsnehmer bei Beschwerden über den Versicherer nach dem ausländischen Recht wenden kann, §§“ durch die Wörter „die §§ 10, 10a,“ ersetzt.

11. In § 111 Abs. 2 werden die Wörter „des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz“ ersetzt.

12. In § 113 Abs. 2 Nr. 4 wird die Angabe „Abschnitt III“ gestrichen.

13. In § 118e Abs. 5 Satz 3 wird die Angabe „Abschnitt III“ gestrichen.

14. Die Anlage D wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Information bei Pensionsfonds“ .

b) Die Abschnitte I und II werden aufgehoben sowie die Angabe „Abschnitt III“ gestrichen.

Artikel 8

Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes

Das Pflichtversicherungsgesetz vom 5. April 1965 (BGBl. I S. 213), zuletzt geändert durch Artikel 234 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Wörter „des Sechsten Titels des Zweiten Abschnitts des Gesetzes über den Versicherungsvertrag und des § 3“ durch die Wörter „der §§ 100 bis 124 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie der §§ 3 und 3b“ ersetzt.

b) In Satz 4 werden die Wörter „des § 3 Nr. 9 bis 11“ durch die Wörter „der §§ 116 und 124 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

2. § 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 3

Ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht zur Leistung verpflichtet, weil das Fahrzeug

den Bau- und Betriebsvorschriften der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung nicht entsprach oder von einem unberechtigten Fahrer oder von einem Fahrer ohne die vorgeschriebene Fahrerlaubnis geführt wurde, kann der Versicherer den Dritten abweichend von § 117 Abs. 3 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht auf die Möglichkeit verweisen, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadensversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen. Soweit der Dritte jedoch von einem nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 von der Versicherungspflicht befreiten Fahrzeughalter Ersatz seines Schadens erlangen kann, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.“

3. In § 3a Satz 1 wird die Angabe „§ 3 Nr. 1“ durch die Wörter „§ 115 Abs.1 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

4. Nach § 3a wird folgender § 3b eingefügt:

„§ 3b

Schließt der Erwerber eines veräußerten Fahrzeugs eine neue Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung, ohne das auf ihn übergegangene Versicherungsverhältnis zu kündigen, gilt dieses mit Beginn des neuen Versicherungsverhältnisses als gekündigt.“

5. In § 4 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 3 Nr. 4 und 5“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung weiterer Rechtsvorschriften

(1) § 94 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das durch Artikel 12 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 werden die Wörter „§§ 158c bis 158k des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 263), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 30. Juni 1967 (BGBl. I S. 609)“ durch die Wörter „§ 113 Abs. 3 und die §§ 114 bis 124 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

2. In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§§ 158c bis 158k des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 113 Abs. 3 und die §§ 114 bis 124 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

3. In Absatz 4 werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(2) In § 19a Abs. 5 der Bundesnotarordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 303-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch das Gesetz vom 15. Juli 2006 (BGBl. I S. 1531) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(3) In § 51 Abs. 7 der Bundesrechtsanwaltsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 303-8,

veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 42 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. I S. 866) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(4) Das Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 315-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1911), wird wie folgt geändert:

1. In § 145 Abs. 2 wird die Angabe „§ 884 Nr. 4“ gestrichen.
2. In § 146 Abs. 3 wird die Angabe „und § 884 Nr. 4“ gestrichen.

(5) In § 20 Abs. 1 Nr. 5 des Umwelthaftungsgesetzes vom 10. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2634), das zuletzt durch Artikel 129 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. I S. 866) geändert worden ist, werden jeweils die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(6) § 7 Abs. 2 Nr. 3 des Gesetzes über die Verjährung von deutschen Auslandsschulden und ähnlichen Schulden in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 401-5, veröffentlichten bereinigten Fassung wird gestrichen.

(7) In § 45 Abs. 7 der Patentanwaltsordnung vom 7. September 1966 (BGBl. I S. 557), die zuletzt durch Artikel 163 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. I S. 866) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(8) In § 25 Abs. 2 Satz 2 und § 67 Satz 2 des Steuerberatungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. November 1975 (BGBl. I S. 2735), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 21. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3599) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(9) In § 54 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftsprüferordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 1975 (BGBl. I S. 2803), die zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3846) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(10) In § 6 Abs. 3 der Bewachungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juli 2003 (BGBl. I S. 1378), die zuletzt durch Artikel 84 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 158c Abs. 2“ durch die Angabe „§ 117 Abs. 2“ ersetzt.

(11) Das Atomgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 1985 (BGBl. I S. 1565), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. August 2005 (BGBl. I S. 2365), wird wie folgt geändert:

1. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Wird die Deckungsvorsorge bei Anlagen und Tätigkeiten, bei denen eine Haftung nach dem Pariser

Übereinkommen in Verbindung mit § 25 Abs. 1 bis 4, nach § 25a, nach einem der in § 25a Abs. 2 genannten internationalen Verträge oder nach § 26 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1a in Betracht kommt, durch eine Haftpflichtversicherung erbracht, gelten für diese die §§ 117 und 119 bis 122 des Versicherungsvertragsgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist des § 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes zwei Monate beträgt und ihr Ablauf bei der Haftung für die Beförderung von Kernmaterialien und radioaktiven Stoffen, die ihnen nach § 26 Abs. 1a gleichgestellt sind, für die Dauer der Beförderung gehemmt ist; bei Anwendung des § 117 Abs. 3 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes bleibt die Freistellungsverpflichtung nach § 34 außer Betracht. § 109 des Versicherungsvertragsgesetzes ist nicht anzuwenden.“

2. § 34 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Im Übrigen finden auf die Freistellungsverpflichtung die §§ 83 und 87 und die Vorschriften des Teils 2 Kapitel 1 des Versicherungsvertragsgesetzes mit Ausnahme der §§ 103, 115 und 118 entsprechende Anwendung.“

(12) In § 5 Abs. 4 der Atomrechtlichen Deckungsvorsorge-Verordnung vom 25. Januar 1977 (BGBl. I S. 220), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. August 2005 (BGBl. I S. 2365, 2976) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 158c Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(13) In § 6 Abs. 1 Satz 6 der Verordnung über die Lebens- und Rentenversicherung aus Anlass der Neuordnung des Geldwesens in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7602-6-a, veröffentlichten bereinigten Fassung werden die Wörter „§§ 39, 189 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§§ 38, 211 des Versicherungsvertragsgesetzes“ entsprechend ersetzt.

(14) In § 4 Satz 1 der Zweiten Verordnung über die Schadens-, Unfall- und Krankenversicherung aus Anlass der Neuordnung des Geldwesens in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7602-7-2-a, veröffentlichten bereinigten Fassung werden die Wörter „§ 51 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 74 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

(15) In § 9 Abs. 4 des Fünften Vermögensbildungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. März 1994 (BGBl. I S. 406), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1911) geändert worden ist, werden die Angabe „§ 176“ durch die Angabe „§ 169“ und die Angabe „§ 174“ durch die Angabe „§ 165“ ersetzt.

(16) Das Betriebsrentengesetz vom 19. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3610), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2546), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 werden die Wörter „§ 176 Abs. 3 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag berechneten Zeitwerts“ durch die Wörter „§ 169 Abs. 3 und 4 des Ver-

sicherungsvertragsgesetzes berechneten Wertes“ ersetzt.

- b) In Satz 6 werden die Wörter „§ 176 Abs. 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 169 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

2. In § 7 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 11“ durch die Angabe „§ 14“ ersetzt.

(17) § 10 Abs. 3 des Gesetzes betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-1, veröffentlichten bereinigten Fassung wird aufgehoben.

(18) § 9 Abs. 2 Nr. 1 der Signaturverordnung vom 16. November 2001 (BGBl. I S. 3074), die durch Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Januar 2005 (BGBl. I S. 2) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „§ 158b Abs. 2 und die §§ 158c bis 158k des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „§ 113 Abs. 2 und 3 und die §§ 114 bis 124 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

2. Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zuständige Behörde nach § 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist die Behörde nach § 116 des Telekommunikationsgesetzes.“

(19) In § 3 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 der Eisenbahnhaftpflichtversicherungsverordnung vom 21. Dezember 1995 (BGBl. I S. 2101), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. August 2005 (BGBl. I S. 2270) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „§ 158c Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 117 Abs. 2 Satz 1“ ersetzt.

(20) In § 43 Abs. 3 und § 50 Abs. 2 des Luftverkehrsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. März 1999 (BGBl. I S. 550), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Mai 2006 (BGBl. I S. 1223) geändert worden ist, werden jeweils

1. das Wort „besonderen“ gestrichen und die Wörter „Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch das Wort „Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt und

2. folgender Satz angefügt:

„§ 114 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt nicht.“

(21) § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 9 wird aufgehoben.
2. Absatz 10 wird Absatz 9 und ihm wird folgender Satz angefügt:

„Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.“

Artikel 10

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3102);
2. die Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1-1, veröffentlichten bereinigten Fassung;
3. die Dritte Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1-3, veröffentlichten bereinigten Fassung;
4. die Verordnung zur Vereinheitlichung des Rechts der Vertragsversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-3, veröffentlichten bereinigten Fassung;
5. das Gesetz zur Überleitung landesrechtlicher Gebäudeversicherungsverhältnisse vom 22. Juli 1993 (BGBl. I S. 1282, 1286).

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Einleitung

Das geltende Versicherungsvertragsgesetz (VVG) stammt aus dem Jahre 1908. Es beruht auf dem damaligen Denken und Rechtsgefühl. Den Bedürfnissen eines modernen Verbraucherschutzes wird das Gesetz nicht mehr vollständig gerecht. Punktuelle Änderungen oder Ergänzungen reichen nicht mehr aus, um das Gesetz zu reformieren; eine Gesamtreform ist erforderlich. Wichtige Bereiche dieser Reform sind die Beratungs-, Aufklärungs- und Informationspflichten der Versicherer, die Schaffung gesetzlicher Mindeststandards für einzelne Versicherungszweige, z. B. für die Rechtsschutzversicherung, für die Berufsunfähigkeitsversicherung und für die Pflichtversicherung, neue Regelungen zur Laufzeit von Verträgen und zu Widerrufs-, Rücktritts- und Kündigungsrechten, z. B. im Zusammenhang mit einer unvollständigen Information durch den Versicherer oder mit Obliegenheitsverletzungen durch den Versicherungsnehmer. Sowohl im Recht der Lebensversicherung als auch im Recht der Krankenversicherung stellen sich weitere Probleme. Diese nicht abschließende Aufzählung verdeutlicht den umfassenden Reformbedarf.

Zur Vorbereitung der Reform hat das Bundesministerium der Justiz am 7. Juni 2000 die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG-Kommission) eingesetzt, die am 19. April 2004 ihren Abschlussbericht übergeben hat (Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004; VersR-Schriftenreihe, Heft 25). Dieser Bericht lag den Ressorts, den Ländern und den interessierten Verbänden zur Stellungnahme vor. Auf der Grundlage des Abschlussberichtes und der zum Referentenentwurf vom 13. März 2006 eingegangenen Stellungnahmen wurde der Gesetzentwurf erstellt.

Der Entwurf (VVG-E) übernimmt dabei zunächst die grundsätzlichen Überlegungen der VVG-Kommission. Keine Neuregelung einzelner Punkte ist erforderlich, wenn sich die bisherige Regelung insgesamt bewährt hat und Vorteile einer anderen Regelung nicht ersichtlich sind. Die Zahl der vorzuschlagenden Neuregelungen ist gleichwohl recht groß. Ihre Einarbeitung in das geltende VVG wäre sehr schwierig geworden und hätte eine erhebliche Unübersichtlichkeit des reformierten Gesetzes zur Folge gehabt. Deshalb wird eine Neufassung des Gesetzes vorgeschlagen, die allerdings in vielen Punkten bewährte Regelungen teils wörtlich, teils inhaltlich unverändert übernimmt.

Ein wichtiges Ziel einer Neuregelung ist es, das Versicherungsvertragsrecht mit der rechtspolitischen und -tatsächlichen Entwicklung der letzten Jahrzehnte wieder in Einklang zu bringen. Abweichungen vom allgemeinen, in wesentlichen Punkten durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz seit 1. Januar 2002 reformierten Schuldrecht sollen auf diejenigen Punkte beschränkt bleiben, bei denen sachliche Unterschiede dies rechtfertigen. Berücksichtigt werden muss aber auch die Reduzierung der Regulierung aller Versicherungszweige, insbesondere durch die dritte Generation der Versicherungsrichtlinien der Europäischen

Union, unter Betonung der Entscheidungsfreiheit der Versicherungsnehmer, deren notwendige Information bei Vertragsschluss allerdings sicherzustellen ist. Ein so modernisiertes deutsches Versicherungsvertragsrecht kann möglicherweise auch eher bei einer – allerdings in absehbarer Zeit nicht anstehenden – europäischen Harmonisierung als Ansatzpunkt dienen, als ein jetzt schon fast 100 Jahre altes Gesetz, das durch die Rechtsprechung vielfach über den Wortlaut hinaus interpretiert und ergänzt worden ist.

Mit der Neufassung des Gesetzes ist eine Neugliederung verbunden. Auf nicht mehr zeitgemäße Sonderregelungen z. B. bei der Tier- und Hagelversicherung wird verzichtet.

Im Folgenden wird zunächst auf einige zentrale Punkte des Entwurfes eingegangen; Einzelheiten ergeben sich aus dem Besonderen Teil der Begründung. Eine überaus ausführliche Darstellung des Reformbedarfs findet sich im Abschlussbericht der VVG-Kommission (S. 6 bis 194), auf die ausdrücklich hingewiesen wird.

II. Zentrale Punkte der Reform

1. Information und Beratung des Versicherungsnehmers

Ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen Versicherern setzt voraus, dass die Versicherungsnehmer ihre Entscheidung auf der Grundlage einer rationalen Auswahl aus den unterschiedlichen Versicherungsangeboten treffen können. Dazu benötigen sie Informationen über das jeweils angebotene Versicherungsprodukt. Deshalb hat der Gesetzgeber bereits mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG vom 21. Juli 1994 (BGBl. I S. 1630, 1667) § 10a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) in das Aufsichtsrecht eingefügt und die Versicherer verpflichtet, die Versicherungsnehmer über die dort näher festgelegten Umstände zu unterrichten.

§ 10a VAG als Grundlage für die Verbraucherinformation ist durch seine Stellung im Aufsichtsrecht als öffentlich-rechtliche Vorschrift und damit als öffentlich-rechtliche Pflicht des Versicherers gegenüber der Aufsichtsbehörde gekennzeichnet. Da die Verbraucherinformation aber bezweckt, den Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags und während dessen Laufzeit über das Versicherungsprodukt zu informieren, war es von Anfang an umstritten, ob nicht auch eine entsprechende zivilrechtliche Pflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer vorgesehen werden soll. Die erst im Lauf des Gesetzgebungsverfahrens eingefügte Vorschrift des § 5a VVG bestätigt bereits ausdrücklich die vertragsrechtliche Relevanz der Vorschriften über die Verbraucherinformation.

Der Entwurf regelt nunmehr in § 7 VVG-E die Informationspflicht des Versicherers gegenüber allen Versicherungsnehmern insgesamt und unmittelbar im Vertragsrecht. Damit wird nicht nur § 10a VAG abgelöst, sondern zugleich werden die Vorgaben des Gemeinschaftsrechts erfüllt, soweit sie sich auf alle Versicherungszweige erstrecken. Dabei handelt es sich zum einen um die sehr beschränkten Vorgaben nach Artikel 31 der Richtlinie 92/49/EWG (3. Scha-

densrichtlinie). Zum anderen handelt es sich um die umfangreichen Informationspflichten, die den Versicherern nach den Artikeln 3 und 5 der Richtlinie 2002/65/EG (Fernabsatzrichtlinie für Finanzdienstleistungen – Fernabsatzrichtlinie II) obliegen. Diese Verpflichtungen gelten zwar nur für Fernabsatzverträge. Der überwiegende Teil dieser Informationen ist aber für die Versicherungsnehmer unabhängig von der Vertriebsform von Bedeutung. Im Hinblick auf die den deutschen Gesetzgeber bindende Umsetzungsfrist in der genannten Richtlinie wurden die Informationspflichten bei Fernabsatzverträgen schon vor dieser Reform in das VVG (§ 48b und Anlage) übernommen (vgl. Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen vom 2. Dezember 2004 – BGBl. I S. 3102, 3106).

Das geltende VVG enthält keine Vorschriften über die Beratung des Versicherungsnehmers vor Abschluss eines Versicherungsvertrags. Der Versicherer und die in seinen Vertrieb eingeschalteten Vermittler schulden dem Versicherungsnehmer nicht schon deswegen, weil sie ihm einen Versicherungsvertrag anbieten, einen umfassenden, sachkundigen und bedarfsorientierten Rat. Allerdings wird sich ein Verbraucher vielfach an einen Versicherungsvermittler mit der Bitte um eine fachkundige Beratung wenden; dann wird es schon bisher zu einer vertraglichen Beratungspflicht kommen, für deren Erfüllung derjenige Versicherer haftet, der den Vermittler mit der Vermittlung betraut hat.

Mit dem Erlass der Richtlinie 2002/92/EG über Versicherungsvermittlung (Vermittlerrichtlinie) ist insoweit eine neue rechtliche Situation entstanden. Die Vermittlerrichtlinie und ihre Umsetzung führen vertragsrechtliche Pflichten des Versicherungsvertreeters und des Versicherungsmaklers sowie des Versicherungsberaters gegenüber dem Versicherungsnehmer ein, obwohl der Vermittler nicht Vertragspartei des vermittelten Versicherungsvertrags ist. Der Entwurf regelt darüber hinaus die vertraglichen Beziehungen zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern insgesamt und ohne Rücksicht darauf, wie der einzelne Versicherer seinen Vertrieb gestaltet hat.

Die Einführung der Pflichten des Vermittlers ist im Wesentlichen durch die Richtlinie ohne Spielraum für den nationalen Gesetzgeber vorgegeben. Um sachlich nicht vertretbare Unterschiede, die nur zu Unklarheiten führen können, zu vermeiden, werden auch die entsprechenden Pflichten des Versicherers weitgehend an der Richtlinie orientiert.

Da die Umsetzungsfrist für diese Richtlinie bereits abgelaufen ist, sollen die Beratungspflichten der Versicherungsvermittler und Versicherungsberater vor dieser Reform durch das Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechtes in das VVG übernommen werden (vgl. Bundesratsdrucksache 16/1935, Artikel 2 des Gesetzentwurfes).

2. Abschluss von Versicherungsverträgen

Für den Abschluss von Versicherungsverträgen gilt § 116 ff. BGB über die Willenserklärung und § 145 ff. BGB über den Vertrag. Gründe für eine abweichende Regelung bestehen nicht. Demnach kann der Versicherungsvertrag in der Weise geschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer einen Antrag im Sinn des § 145 BGB erklärt, den der Versicherer anschließend innerhalb der regelmäßig nach § 148 BGB bestimmten Frist annimmt oder ablehnt. Diese Vorgehenswei-

se wird von den deutschen Versicherern insbesondere bei Standardverträgen weitgehend praktiziert. Wenn in dem Antrag des Versicherungsnehmers alle für die Annahmehandlung des Versicherers notwendigen Angaben enthalten sind und der Versicherungsnehmer vorher bereits alle vorgeschriebenen Informationen erhalten hat, kommt der Vertrag auf diese Weise relativ einfach und möglicherweise auch schnell zu Stande; üblicherweise wird dies als Vertragsschluss nach dem „Antragsmodell“ bezeichnet.

Allerdings erhält der Versicherungsnehmer für ihn wichtige Informationen und Versicherungsbedingungen in der Praxis meist erst mit der Annahmeerklärung des Versicherers, d. h. regelmäßig mit dem Versicherungsschein; unter dieser Voraussetzung wird das als Vertragsschluss nach dem „Policenmodell“ bezeichnet.

Der Entwurf sieht ausdrückliche Pflichten des Versicherers zur Aufklärung und Beratung (§ 6 VVG-E) vor, außerdem Pflichten zur Information (§ 7 Abs. 1 VVG-E), die zu erfüllen sind, bevor der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung, an die er nach § 145 BGB gebunden ist, abgibt (abweichend vom Vorschlag der VVG-Kommission, die auf die Bindung an die Vertragserklärung abgestellt hat). Dies geschieht zur Verbesserung des Verbraucherschutzes; dem Verbraucher wird Gelegenheit gegeben, sich vor Abgabe einer Vertragserklärung mit den Einzelheiten des Vertrags vertraut zu machen. Gleichzeitig wird aber vorgesehen, dass die Vertragsparteien eine abweichende Vereinbarung hinsichtlich des Zeitpunktes der Information treffen können, insbesondere dann, wenn der Versicherungsnehmer sofortigen Versicherungsschutz benötigt oder den Vertrag auf der Grundlage ihm bereits vorliegender Informationen schließen möchte.

Der Gesetzentwurf geht insoweit davon aus, dass der „mündige Verbraucher“ in der Lage ist, zu entscheiden, ob er die ihm regelmäßig vor seiner Vertragserklärung zu überlassenden Informationen zunächst durchsehen möchte, um danach zu entscheiden, welchen Versicherungsvertrag er schließen möchte, oder ob er sofortigen Versicherungsschutz haben möchte und die Details des Vertrags erst nach seiner Vertragserklärung erhalten und zur Kenntnis nehmen will. Dabei wird nicht verkannt, dass viele Verbraucher die ihnen überlassenen Informationen aus unterschiedlichen Gründen nicht vollständig zur Kenntnis nehmen. Diese Entscheidung muss jedoch jedem Verbraucher überlassen bleiben. Eine gesetzliche Regelung, nach der ein Verbraucher einen Vertrag erst schließen darf, wenn eine bestimmte Frist zwischen Informationserteilung und Vertragserklärung verstrichen ist, kommt nicht in Betracht; dies würde – um den Begriff des „mündigen Verbrauchers“ erneut aufzugreifen – eine Entmündigung des Verbrauchers bedeuten und dem Ziel, den Verbraucher in seiner Eigenverantwortung zu stärken, widersprechen.

3. Festlaufzeit

Es bleibt grundsätzlich der freien Entscheidung der Vertragsparteien überlassen, für welchen Zeitraum sie einen Versicherungsvertrag schließen wollen. Im Interesse der Versicherungsnehmer sieht der Entwurf jedoch ein zwingendes Sonderkündigungsrecht zum Ende des dritten und jedes folgenden Versicherungsjahres vor. Damit wird zwar die tatsächliche Laufzeit eines derartigen Vertrags nicht beschränkt; er läuft so lange, bis der Versicherungsnehmer

oder der Versicherer von dem vereinbarten ordentlichen Kündigungsrecht, von anderen Kündigungsrechten oder von diesem Sonderkündigungsrecht Gebrauch macht. Die Vertragsparteien können aber den Vertrag nicht mehr für länger als drei Jahre unkündbar schließen, da der Versicherungsnehmer nach drei Jahren immer zum Ende eines Versicherungsjahres ein Sonderkündigungsrecht hat; der Versicherer kann sich ein entsprechendes Kündigungsrecht in seinen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vorbehalten. Damit setzt der Entwurf die Festlaufzeit im Sinn der Regelung des § 8 Abs. 3 VVG von fünf auf drei Jahre herab. Mit diesem Vorschlag geht der Entwurf einen Mittelweg zwischen der Forderung nach einem Kündigungsrecht schon nach dem ersten Versicherungsjahr und der geltenden Regelung, die nach mehreren vorangegangenen Regelungen das Kündigungsrecht erst nach fünf Jahren sichert; damit werden die Interessen der Beteiligten angemessen berücksichtigt.

4. Aufgabe des Alles-oder-nichts-Prinzips

Das geltende VVG sanktioniert die Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Obliegenheiten und des Verbots der Gefährdung (§§ 6, 23 ff., 61 f. und 71 VVG) sowie von Anzeigepflichten (§ 16 ff. VVG) durch den Versicherungsnehmer regelmäßig in der Weise, dass der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen von der Leistungspflicht frei ist; damit verliert der Versicherungsnehmer wegen eines ihm angelasteten Verstoßes insoweit den Versicherungsschutz. Die unterschiedlichen Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit sind zum Teil sachlich nicht gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer auch nicht durchschaubar. Vor allem hat sich in der Praxis als unbefriedigend erwiesen, dass alle Regelungen auf dem Alles-oder-nichts-Prinzip basieren: Entweder erhält der Versicherungsnehmer die volle vertragliche Versicherungsleistung oder der Versicherer ist insgesamt leistungsfrei.

Dies ist zwar eine relativ einfache Regelung, weil die Leistungsfreiheit nach Feststellung einer Vertragsverletzung und eines hinreichenden Verschuldens des Versicherungsnehmers ohne weiteres und insgesamt eintritt; sie erfordert aber eine exakte Feststellung des Verschuldens, weil die Grenze z. B. zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit, zwischen bedingtem Vorsatz und bewusster Fahrlässigkeit oder zwischen grober und einfacher Fahrlässigkeit über die Versicherungsleistung entscheidet. Vor allem befriedigt aber die bisherige Regelung deswegen nicht, weil bei nur geringem Unterschied des Verschuldens – die Grenze zwischen einfacher und grober Fahrlässigkeit ist gerade überschritten – gegensätzliche Rechtsfolgen eintreten, nämlich in dem einen Fall voller Versicherungsschutz und in dem anderen, fast identischen Fall völlige Leistungsfreiheit. Dies wäre allenfalls weiterhin vertretbar, wenn das Verschulden des Versicherungsnehmers wie ein Datum oder ein Betrag rechnerisch feststellbar wäre; tatsächlich kann Verschulden aber nur aufgrund einer Bewertung festgestellt werden, die nie frei von subjektiven Einschätzungen desjenigen ist, der sie vornimmt. Der Entwurf beschränkt sich nicht auf Korrekturen bei den einzelnen Vorschriften, sondern sieht für sämtliche Verletzungen vertraglicher Pflichten und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers (Anzeige von Gefährdung, Verbot der Gefährdung) ein weitgehend einheitliches Regime von Rechtsfolgen vor. Ziel ist ein allgemeines

System, das für alle Beteiligten verständlich ist und ihre Interessen angemessen berücksichtigt.

Die Grundsätze dieses Systems sind:

- Auf die Leistungsfreiheit als Rechtsfolge wird nicht verzichtet; in manchen Fällen erscheint es aber ausreichend, wenn der Versicherer kündigt oder eine höhere Prämie verlangen kann.
- Zur Leistungsfreiheit können grundsätzlich nur solche Verstöße führen, die kausal für den Versicherungsfall oder den Umfang der Leistung des Versicherers sind. Nur betrügerisches Verhalten des Versicherungsnehmers vor und nach dem Versicherungsfall führt ausnahmsweise, auch wenn es nicht kausal geworden ist, zur Leistungsfreiheit.
- Einfach fahrlässig verursachte Verstöße bleiben folgenlos.
- Vorsätzliche Verstöße führen – vorbehaltlich des zweiten Grundsatzes – zur Leistungsfreiheit.
- Bei grob fahrlässigen Verstößen des Versicherungsnehmers gegen Obliegenheiten kann der Versicherer seine Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen.
- Der Versicherungsnehmer soll nicht von der Leistungsfreiheit überrascht werden: Es werden Belehrungspflichten des Versicherers vorgesehen, die den Versicherungsnehmer warnen und ihn zu richtigem Verhalten anhalten sollen.
- Die Beweislast wird klar und einheitlich geregelt: Bei objektiver Tatbestandsverwirklichung wird von grober Fahrlässigkeit ausgegangen, d. h. die Beweislast für Vorsatz trägt der Versicherer, von grober Fahrlässigkeit muss sich der Versicherungsnehmer entlasten. Die Beweislast für Kausalität soll dagegen unverändert bleiben; Obliegenheitsverletzungen bleiben folgenlos, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass sein Verhalten nicht kausal war.

Eine vollständige Vereinheitlichung der Sanktionen bei Obliegenheitsverletzungen wäre zwar wünschenswert, entspräche aber nicht der Interessenlage der Vertragsparteien, da diese vor Abschluss einer Versicherung anders zu beurteilen ist als bei einem bereits bestehenden Versicherungsverhältnis. Der Versicherer übernimmt in aller Regel ein konkretes Risiko, dessen Einschätzung ihm nur auf der Grundlage von zutreffenden Angaben des Versicherungsnehmers möglich ist. Deshalb sind Anzeigepflichten ebenso erforderlich wie unter Umständen weit reichende Rechtsfolgen für den Fall unzutreffender Angaben des Versicherungsnehmers. Daran hält der Entwurf – mit Änderung in einzelnen Fällen – fest.

Ein Verstoß gegen die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers ist dann irrelevant, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefährdungszustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. In diesem Zusammenhang hat die VVG-Kommission vorgeschlagen, dass ein Versicherer sich in Ausnahmefällen das Wissen eines anderen Versicherers zurechnen lassen muss, nämlich dann, wenn der Versicherungsnehmer auf Unterlagen anderer Versicherer hingewiesen hat, die der Versicherer abrufen kann (§ 32 des Kommissionsentwurfes). Diesen Vorschlag übernimmt der Gesetzentwurf nicht;

er wirft erhebliche datenschutzrechtliche Probleme auf, soweit er über die bisherige Rechtsprechung hinausgeht. Die Entscheidung darüber, in welchen Fällen sich der Versicherer dieses Wissen zurechnen lassen muss, kann weiterhin der Rechtsprechung überlassen werden.

5. Vorläufige Deckung

Die vorläufige Deckung hat in einigen Versicherungszweigen erhebliche wirtschaftliche Bedeutung – sowohl für die Versicherer als auch für die Versicherungsnehmer. Vielfach besteht ein erhebliches Interesse, Versicherungsschutz bereits vor Abschluss eines beabsichtigten Versicherungsvertrags zu erhalten. Damit wird die Zeit überbrückt, die für Verhandlungen über einen endgültigen Vertrag, für die Beibringung der notwendigen Unterlagen durch den Versicherungsnehmer, für die Prüfung des Antrags durch den Versicherer einschließlich der Risikoprüfung und Tarifierung sowie für gesetzlich vorgeschriebene Informationen benötigt wird. Die vorläufige Deckung kann auch ein Wettbewerbsmittel des Versicherers sein, um einen vertraglich noch nicht gebundenen Interessenten zu bevorzugten Vertragsverhandlungen mit dem betreffenden Versicherer zu veranlassen.

Das geltende VVG erwähnt die vorläufige Deckung nicht. Lediglich die Bestimmungen über die Kfz-Pflichtversicherung treffen einige notwendige Regelungen für die vorläufige Deckung, da der Versicherungsschutz einerseits Voraussetzung für die Zulassung ist, andererseits aber der endgültige Vertrag erst nach der Zulassung geschlossen werden kann. Dies ist angesichts der Verbreitung und Bedeutung der vorläufigen Deckung nicht sachgerecht. Der Entwurf sieht deshalb grundlegende Bestimmungen für die vorläufige Deckung vor (§§ 49 bis 52 VVG-E).

6. Laufende Versicherung

§ 187 Abs. 2 VVG enthielt ursprünglich die ausdrückliche Regelung, dass Beschränkungen der Vertragsfreiheit für eine Schadensversicherung nicht gelten, wenn sie als laufende Versicherung genommen ist. Die Vorschrift ist mit Wirkung vom 1. Juli 1990 durch die Ausnahmeregelung des § 187 VVG geltender Fassung abgelöst worden, die jetzt auf die in Artikel 10 Abs. 1 EGVVG genannten Großrisiken Bezug nimmt, auf die Beschränkungen der Vertragsfreiheit nicht anwendbar sein sollen. Damit enthält das geltende Recht keinerlei Regelungen mehr für die laufende Versicherung.

Dies ist nicht sachgerecht. Die laufende Versicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass das versicherte Interesse bei Vertragsschluss nur der Gattung nach bezeichnet und erst später, nach seinem Entstehen, dem Versicherer mit den Einzelrisiken aufgegeben wird. Diese Vertragsgestaltung erfordert erhebliche Abweichungen von den Bestimmungen des Allgemeinen Teils von § 1 ff. des Entwurfes; sie sollen zumindest in ihren Grundzügen im Gesetz selbst festgelegt werden (vgl. §§ 53 bis 58 VVG-E). Es bleibt allerdings dabei, dass alle Vorschriften für die laufende Versicherung dispositiv sind. Dies betrifft insbesondere die Rechtsfolgen bei einer Verletzung der Anmeldepflicht oder sonstiger Obliegenheiten.

7. Neuregelungen für die Pflichtversicherung

Eine Versicherungspflicht wird immer zumindest auch im Interesse der Geschädigten angeordnet, um ihnen – aller-

dings nur im Rahmen der Mindestversicherungssummen – einen verhandlungs- und zahlungsbereiten, weitgehend insolvenz sicheren Schuldner zu sichern. Nicht nur wirtschaftlich, sondern auch rechtlich tritt der jeweilige Versicherer weitgehend an die Stelle des versicherten Schädigers, und dies – nach den jeweiligen Vorschriften – in manchen Fällen selbst dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz verloren haben sollte.

Dies hat den Gesetzgeber bereits veranlasst, dem Geschädigten in § 3 des Pflichtversicherungsgesetzes (PflVG) für die Kfz-Haftpflichtversicherung einen Direktanspruch gegen den Versicherer einzuräumen. Diese Regelung hat sich bewährt. Der Entwurf überträgt sie allgemein auf Pflichtversicherungen. Dadurch soll dem Geschädigten über die Unfälle im Straßenverkehr hinaus die Realisierung von Ersatzansprüchen erleichtert werden.

Die rechtlichen Auswirkungen des Direktanspruchs sind begrenzt. So kann der Versicherer bei einer Pflichtversicherung schon bisher nicht gegenüber dem Geschädigten einwenden, er sei auf der Grundlage des Versicherungsvertrags gegenüber dem Versicherungsnehmer leistungsfrei (§ 158c Abs. 1 VVG, jetzt § 117 Abs. 1 VVG-E); er ist insoweit auf den Rückgriff bei seinem Vertragspartner angewiesen und trägt dabei das Insolvenzrisiko. Eine Risikoverlagerung gibt es allerdings bei der Vereinbarung eines Selbstbehaltes (vgl. § 114 Abs. 2 VVG-E). Bisher ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber zur Freistellung nur unter Berücksichtigung des Selbstbehaltes verpflichtet; das Insolvenzrisiko für den Selbstbehaltsbetrag trägt also der Geschädigte. In Zukunft macht dieser den Direktanspruch in voller Höhe gegen den Versicherer geltend, so dass der Versicherer auf den Rückgriff in der Höhe des wirksam vereinbarten Selbstbehaltes bei dem Versicherungsnehmer angewiesen ist.

8. Neuregelungen im Bereich der Lebensversicherung

Besondere wirtschaftliche Bedeutung der Lebensversicherung

Die Lebensversicherung hat in dreifacher Hinsicht besondere wirtschaftliche Bedeutung. Dem einzelnen Versicherungsnehmer dient sie zur Absicherung seiner Familie im Fall des vorzeitigen Todes oder zur eigenen Altersversorgung. Damit ist sie existentieller Teil seiner Vorsorge insbesondere dann, wenn andere Sicherungsinstrumente wie die Sozialversicherung nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Die von dem Versicherungsnehmer dafür aufgewandten Prämien sind häufig im Verhältnis zum laufenden Einkommen des Versicherungsnehmers erheblich, da die private Altersversorgung nur durch die Ansammlung eines hohen Sparkapitals gesichert werden kann.

Für die Versicherungswirtschaft stellt die Lebensversicherung – an welcher Kennzahl (Prämieneinnahmen, Erträge, Ergebnis, Kapitalanlagen usw.) auch immer gemessen – einen der wichtigsten Geschäftsbereiche dar. Auf sie entfällt fast die Hälfte der Prämieneinnahmen der deutschen Versicherungsunternehmen im Inlandsgeschäft.

Die besondere gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Lebensversicherung schließlich folgt daraus, dass sie eine herausragende Kapitalsammelfunktion hat. Dies beruht insbesondere auf dem Teilbereich der kapitalbildenden Lebensversicherung, die vor allem dem Aufbau einer Altersvorsorge

der Versicherungsnehmer dient. Die deutschen Lebensversicherungsunternehmen sind mit ihren Kapitalanlagen von 625,4 Mrd. Euro (Quelle: GDV, Statistisches Taschenbuch 2005, Tabelle 28; Betrag für 2004) ein wesentlicher Faktor des deutschen Kapitalmarktes.

Gerade an der kapitalbildenden Lebensversicherung wird aber auch erhebliche Kritik geübt. Die Abschlusskosten seien häufig sehr hoch. Sie würden dem Versicherungsnehmer zum großen Teil zu Beginn des Vertrags angelastet, so dass eine vorzeitige Lösung von dem Vertrag für ihn mit wirtschaftlichen Einbußen verbunden sei; er könne deshalb sein jederzeitiges gesetzliches Kündigungsrecht nur unter Inkaufnahme finanzieller Nachteile ausüben. Es sei auch fraglich, ob der Verbraucher im Allgemeinen vor dem Vertragsabschluss einen hinreichenden Überblick über seinen Absicherungsbedarf im Alter und für den Fall des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf habe und über andere Anlage- und Absicherungsmöglichkeiten ausreichend informiert sei. Weitere Gesichtspunkte sind die Unübersichtlichkeit der Berechnung der Überschussbeteiligung und der Rückkaufswerte.

Unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes ist daher der vertragsrechtlichen Seite der Lebensversicherung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Allerdings muss den Unternehmen die Freiheit der Gestaltung ihres Lebensversicherungsgeschäftes und ihrer Produkte ebenso erhalten bleiben wie dem Versicherungsnehmer die Auswahlfreiheit. Eine wohlmeinend unter Verbraucherschutzgesichtspunkten verordnete Reglementierung würde letztlich zu einer Verteuerung der Versicherungsprodukte führen, ohne dem Versicherungsnehmer entscheidende Vorteile zu bringen. Auch bei der Lebensversicherung bestätigt sich der Erfahrungssatz, dass die Kosten gesetzlicher Vorschriften von dem Endnachfrager, hier dem Versicherungsnehmer, auch dann getragen werden, wenn der Produzent, hier der Versicherer, Adressat der Vorschriften ist.

Verbindliche Vorschriften über eine Trennung von Versicherungsschutz und Sparvorgang werden nicht vorgeschlagen. Bei der kapitalbildenden Lebensversicherung handelt es sich um ein nicht nur in Deutschland seit langer Zeit eingeführtes und weit verbreitetes Versicherungsprodukt. Nur ganz schwerwiegende Gründe könnten es rechtfertigen, dieses Produkt in seiner jetzigen Form zukünftig nicht mehr zuzulassen. Ein wesentliches Ziel der Aufteilung soll im Übrigen die Verbesserung der Transparenz sein. Dieses Ziel wird anders erreicht, zum Teil, indem den besonderen vertragsrechtlichen Regelungen des Altersvermögensgesetzes gefolgt wird. In einer Verordnung auf der Grundlage des § 7 VVG-E soll außerdem geregelt werden, dass über die Höhe von Abschluss- und Vertriebskosten informiert werden muss; auch dies verbessert die Transparenz deutlich. Hinsichtlich des Angebots der in Deutschland zulässigerweise tätigen ausländischen Unternehmen gingen verbindliche Vorschriften über eine Trennung von Versicherungsschutz und Sparvorgang ohnedies ins Leere.

Leitbilder

Unter den Oberbegriff der Lebensversicherung fallen so unterschiedliche Versicherungen wie die

- Risikolebensversicherung
- Rentenversicherung

- Kapitalbildende Lebensversicherung
- Fondsgebundene Lebensversicherung.

Diese Begriffe bezeichnen keine in sich geschlossenen Kategorien. Sie unterscheiden sich u. U. nur in einem einzigen grundlegenden Element. Kapitalbildend ist z. B. auch die Rentenversicherung; sie kann auch auf einer Fondsgrundlage betrieben werden. Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung wird im Unterschied zu anderen Versicherungen ein unmittelbarer Bezug zwischen der Kapitalanlage und der Höhe der Versicherungsleistung hergestellt. Der größte Unterschied besteht zwischen diesen drei Formen der Lebensversicherung einerseits und einer Risikolebensversicherung andererseits, bei der ein Versicherungsnehmer grundsätzlich keine Leistung erhält, wenn er den vereinbarten Vertragsablauf erlebt.

Der Entwurf verzichtet generell darauf, für die einzelnen Versicherungszweige gesetzliche „Leitbilder“ oder „Standardverträge“ festzulegen. Für die vorstehenden vier Grundformen der Lebensversicherung ist dies in besonderer Weise geboten, weil in der Praxis Mischformen die Regel sind, die Elemente mehrerer Grundformen aufweisen. So enthalten die Verträge oft ein Wahlrecht, bei Vertragsablauf anstelle der vereinbarten einmaligen Leistung eine Rentenzahlung zu verlangen. Rentenversicherungsverträge sehen oft eine einmalige Kapitalleistung an die Hinterbliebenen vor, wenn die versicherte Person noch vor Beginn der Rentenzahlung oder nach wenigen Rentenjahren stirbt. Kapitalbildende Lebensversicherungen für die Altersvorsorge des Versicherungsnehmers selbst sehen immer auch die für die Risikolebensversicherung prägende Todesfallleistung zur Sicherung der hinterbliebenen Familienangehörigen vor.

Deshalb wird auch davon abgesehen, die wichtigsten unterschiedlichen Grundformen der Lebensversicherung auch nur ansatzweise zu umschreiben, wie dies bei anderen Versicherungen vorgeschlagen wird, um dort den Anwendungsbereich der Vorschriften für bestimmte Versicherungszweige wenigstens ganz allgemein zu umschreiben. Von ausdrücklichen Ausnahmen abgesehen gelten die Vorschriften über die Lebensversicherung für alle Formen von Lebensversicherungen. Die betriebliche Altersversorgung fällt zwar unter die Regelung des Versicherungsvertragsrechts, soweit dabei Lebensversicherungsverträge geschlossen werden; um ihren Besonderheiten Rechnung zu tragen, muss sie aber von einer Reihe von Vorschriften des VVG-E ausgenommen werden (vgl. § 150 Abs. 2 Satz 1, § 211 VVG-E).

Überschussbeteiligung

Lebensversicherungen haben meist eine sehr lange Vertragsdauer; bei der Kapitallebensversicherung sind es durchschnittlich 26 Jahre. Unter dieser Voraussetzung ist die tatsächliche Entwicklung bis zum Vertragsende nicht annähernd sicher abzuschätzen. Dies muss den Versicherer schon aus kaufmännischen Gründen veranlassen, die verbindlich versprochene Leistung und die vereinbarte Prämie sehr vorsichtig zu kalkulieren, d. h. bei Vertragsabschluss weniger vertraglich zuzusagen, als er bei Vertragsablauf unter unveränderten Umständen tatsächlich leisten könnte. Umgekehrt ausgedrückt, der Versicherer verlangt als Prämie einen deutlich höheren Betrag, als er ihn bei einer Nachkalkulation am Ende der Vertragslaufzeit verlangen würde.

Diese Vorsicht wird dem Versicherer – aus guten Gründen – aufsichtsrechtlich sogar zur Pflicht gemacht (§ 11 VAG).

Unter diesen Umständen gliedern die Versicherer ihre im Vertrag vorgesehenen Leistungen regelmäßig auf. Sie verpflichten sich nur zu den vorsichtig kalkulierten Basisleistungen (z. B. zur Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme), stellen aber darüber hinaus Zusatzleistungen oder Prämienreduzierungen in Aussicht. Die rechtliche Qualität solcher Aussagen kann zwar sehr unterschiedlich sein; in keinem Fall ist aber die Höhe der Zusatzleistung bzw. Prämienreduzierung schon bei Vertragsschluss verbindlich beziffert.

Um einerseits vorsichtig kalkulieren zu können, andererseits aber unakzeptable Nachteile für die Versicherungsnehmer zu vermeiden, haben die Versicherer in der Lebensversicherung die Überschussbeteiligung als zusätzliche Leistung über die fest vereinbarte „garantierte“ Versicherungsleistung hinaus eingeführt; das Aufsichtsrecht hat sie in § 81c VAG teilweise geregelt. Die Überschussbeteiligung spielt für den Versicherungsnehmer eine außerordentlich große Rolle. Bei den langfristigen Verträgen der Kapitallebensversicherung kann die Summe aller derartigen Zuschreibungen einschließlich der darauf entfallenden Zinsen die fest vereinbarte Versicherungssumme übersteigen; bei Rentenversicherungen mit langer Ansparphase und einer langen Auszahlungsphase kann die aus den Zuschreibungen finanzierte zusätzliche Rente höher sein als die bei Vertragsschluss vereinbarte „garantierte“ Rente.

Im geltenden VVG wird die Überschussbeteiligung nicht geregelt. Auch das Aufsichtsrecht enthält keine Regelungen, nach denen ein Versicherer unmittelbar verpflichtet wäre, allgemein oder für bestimmte Verträge eine Überschussbeteiligung einzuräumen. Deshalb beruhen alle entsprechenden Zusagen zunächst auf der autonomen Entscheidung des jeweiligen Versicherers, in seinen Verträgen – regelmäßig durch AVB – eine solche Regelung vorzusehen. Allerdings wird der Wettbewerb jeden Versicherer in weiten Teilbereichen zwingen, seinen Versicherungsnehmern eine Überschussbeteiligung einzuräumen. Für Verträge, in denen der Versicherer eine Überschussbeteiligung eingeräumt hat, gelten bestimmte aufsichtsrechtliche Regeln.

Bei der Berechnung von neu zu schaffenden vertragsrechtlichen Ansprüchen des Versicherungsnehmers ist auch weiterhin von den geltenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen auszugehen. Wird eine Überschussbeteiligung zugesagt, soll der Versicherer verpflichtet werden, die jährliche Verteilung (Deklaration) aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung auf die Gesamtheit der berechtigten Versicherungsnehmer nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen. Für die Ermittlung des Überschusses eines Versicherungsunternehmens bleiben die entsprechenden handelsrechtlichen Vorschriften maßgebend. Der Versicherer wird durch die gesetzliche Vorgabe im Übrigen nicht gehindert, Verträge ohne Überschussbeteiligung zu schließen.

Modellrechnung

Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung hat der Versicherungsnehmer regelmäßig ein großes Interesse daran, schon bei der Vertragsvorbereitung zu erfahren, welche Leistungen er von dem Versicherer über die garantierten Leistungen

hinaus zu erwarten hat. Auch der Versicherer und ein eingeschalteter Vermittler haben ein Interesse an einer derartigen Information, da sie damit die Leistungsfähigkeit ihres Angebots gegenüber anderen Versicherern und im Vergleich zu anderen Finanzdienstleistungen herausstellen werden. Deshalb geben die Versicherer den Interessenten in vielen Fällen eine Beispielrechnung, die bisher ohne gesetzliche Regelung ist.

Solche Beispielrechnungen sind in einem besonderen Maße missbrauchsanfällig. Auch wenn der Versicherungsnehmer deutlich über deren Unverbindlichkeit aufgeklärt wird, kann er sie als eine sachverständige Prognose ansehen, die sie aber in Wirklichkeit nicht sind. Es gibt keine verlässlichen Prognosen über die Kapitalmarktentwicklung für einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren. Der Entwurf sieht vor, dass die einem Versicherungsnehmer übergebene Modellrechnung zukünftig bestimmten Vorgaben entsprechen muss. Dabei soll die mögliche Ablaufleistung des Vertrags unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation mit drei verschiedenen Zinssätzen dargestellt werden. Auch dann ist zwar eine Fehlinformation des Versicherungsnehmers durch zusätzliche unternehmensindividuelle Beispielrechnungen und Prognoseangaben nicht ausgeschlossen, aber er hat wenigstens eine vertretbare Berechnung der möglichen Entwicklung der Ablaufleistung, der wichtigsten Versicherungsleistung; dabei wird diese Berechnung von allen Versicherern auf einheitlichen und vertretbaren Zinsgrundlagen zu erstellen sein. Mit einer Modellrechnung müssen bestimmte Erläuterungen verbunden werden.

Rückkaufswert

Lebensversicherungsverträge werden in aller Regel für eine sehr lange Laufzeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer kann seine wirtschaftlichen Verhältnisse für eine derart lange Zeit nicht voraussehen; ihm kann auch unabhängig davon eine feste Verpflichtung zu einer Prämienzahlung über Jahrzehnte hinweg nicht zugemutet werden. Das Versicherungsvertragsrecht sichert ihm deshalb seit jeher ein ordentliches Kündigungsrecht und einen Anspruch auf Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung durch die zwingenden Regelungen der §§ 165 und 174 VVG.

Diese Vorschriften sollen beibehalten werden. Zu ihrer Funktionsfähigkeit gehören aber auch weitergehende gesetzliche Regelungen für den Fall, dass der Versicherungsnehmer von seinem Recht auf Kündigung oder Umwandlung Gebrauch macht. Der Versicherer darf das nicht abdingbare Recht des Versicherungsnehmers nicht dadurch in Frage stellen, dass er im Vertrag besondere Nachteile für den Fall der Kündigung oder Umwandlung vorsieht, die der Versicherungsnehmer möglicherweise bei Abschluss des Vertrags nicht erkennen und bewerten kann.

Die Höhe des vom Versicherer bei einer Kündigung zu zahlenden Rückkaufswertes ist derzeit durch § 176 Abs. 3 Satz 1 VVG bestimmt. Diese durch das Dritte Durchführgesetz/EWG zum VAG im Jahre 1994 eingeführte Regelung hat keine ausreichende Transparenz gebracht. An die Stelle des Zeitwertes soll eine nachvollziehbare Berechnung des Rückkaufswertes treten, die einerseits dem Versicherungsnehmer bei der Inanspruchnahme des Kündigungsrechts den durch die bisherigen Prämien angesparten Wert des Vertrags erhält, andererseits den Versicherer weder über seine bereits

entstandenen Verpflichtungen hinaus belastet noch ihm gestattet, Vorteile aus der Tatsache der Kündigung zu ziehen. Dies wird erreicht, indem die Auszahlung des Deckungskapitals vorgeschrieben wird. Nur bei der fondsgebundenen Lebensversicherung, bei der die Versicherungsnehmer unmittelbar die Chancen und Risiken der Anlage am Kapitalmarkt tragen, bleibt es bei der Zeitwertberechnung.

Lebensversicherungsverträge, die durch Zahlung der Erstprämie zunächst einmal eingelöst worden sind, werden zu einem nicht unerheblichen Teil bereits in den ersten Jahren nach Vertragsschluss vom Versicherungsnehmer gekündigt. Die Gründe für die frühzeitige Kündigung sind von Fall zu Fall unterschiedlich. Die übliche Praxis der Versicherer, die ersten Prämien zur Deckung der Abschlusskosten zu verwenden (zillmern), führt dazu, dass bei einer Kündigung in den ersten Jahren kein Rückkaufwert gezahlt wird. Der Entwurf schlägt nach dem Vorbild des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1322), geändert durch Artikel 7 des Alterseinkünftegesetzes vom 5. Juli 2004 (BGBl. I S. 1427, 1443) in § 169 Abs. 3 VVG-E vor, dass bei der Berechnung des Rückkaufwertes die Abschlusskosten auf einen Zeitraum von fünf Jahren verteilt werden müssen; außerdem soll durch Verordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E geregelt werden, dass bei der Lebensversicherung über die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten informiert werden muss, soweit eine Verrechnung mit den Prämien erfolgt, weil sich die Verrechnung auf die Rückkaufwerte auswirkt. Die Regelung schließt nicht aus, dass eine gesonderte Vereinbarung über die Zahlung der Abschlusskosten getroffen und nicht gezillmert (hier: Verrechnung der Abschlusskosten mit Prämienzahlungen) wird. Wird eine gesonderte Vereinbarung getroffen und nicht verrechnet, ist allein schon dadurch volle Transparenz hinsichtlich der Höhe der Abschlusskosten hergestellt.

Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juli 2005

Das Bundesverfassungsgericht hat in drei Verfahren (Urteile vom 26. Juli 2005, 1 BvR 80/95; 1 BvR 782/94; 1 BvR 957/96) entschieden, dass einige Regelungen, die für das Recht der Lebensversicherung Bedeutung haben, nicht mit Artikel 2 Abs. 1 und Artikel 14 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) vereinbar sind.

Zu den Verfahren 1 BvR 782/94 und 1 BvR 957/96:

In beiden Verfahren ging es um Bestandsübertragungen, im Verfahren 1 BvR 782/94 um eine Bestandsübertragung von einem Versicherungsunternehmen auf eine zu diesem Zweck gegründete Tochtergesellschaft, im Verfahren 1 BvR 957/96 um die Übertragung von einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit auf ein anderes Unternehmen. Die Bestandsübertragung ist in den §§ 14, 8 VAG geregelt. Die Aufsichtsbehörde (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – BaFin) genehmigt die Bestandsübertragung dann nicht, wenn die Belange der Versicherten nicht ausreichend gewahrt sind (§ 14 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 VAG). Zugleich sind die Mitwirkungsrechte der Versicherungsnehmer beschränkt; insbesondere ist § 415 BGB – Genehmigung des Schuldnerwechsels – nicht anzuwenden (§ 14 Abs. 1 Satz 4 VAG). Das Bundesverfassungsgericht hat § 14 Abs. 1 i. V. m. § 8 VAG insoweit für mit Artikel 2 Abs. 1, Artikel 14 Abs. 1 GG unvereinbar erklärt. Wenn ei-

nerseits als Einschränkung der Privatautonomie (Artikel 2 GG) die Mitwirkungsrechte – hier aus guten Gründen (Massenverfahren) – ausgeschlossen seien, müsse andererseits sichergestellt werden, dass die Rechte und Rechtspositionen der betroffenen Versicherungsnehmer, die auch durch Artikel 14 GG geschützt seien, gleichwohl voll zur Geltung kämen; dies gelte insbesondere für die Überschussbeteiligung. Der vom Gesetzgeber gewählte Maßstab („nicht ausreichend gewahrt“) sei zu niedrig; bei einer Bestandsübertragung müssten die Belange der Versicherungsnehmer vielmehr ungeschmälert berücksichtigt werden. Es müsse gewährleistet werden, dass das Vermögen, das Grundlage der Überschussbeteiligung sei, vollständig übertragen werde; anderenfalls werde die Überschussbeteiligung unzulässig vermindert.

Mit der Bestandsübertragung von einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit auf ein anderes Unternehmen verlären die Vereinsmitglieder ihre Mitgliedschaft; dafür müsse ein Entgelt in angemessener Höhe festgesetzt werden. Auch insoweit fänden die §§ 14, 8 VAG Anwendung. Der dort vorgesehene Maßstab sei nicht mit den Artikeln 2 und 14 GG vereinbar. Der insoweit vorgesehene Rechtsschutz stelle eine angemessene Berücksichtigung der Belange der Vereinsmitglieder nicht sicher; im Verwaltungsrechtsweg (Überprüfung der Genehmigung der Bestandsübertragung) werde der vom VAG vorgegebene Maßstab angelegt; im Zivilrechtsweg (Überprüfung der Entgelthöhe) könne die Angemessenheit des Entgeltes nicht umfassend geprüft werden, wenn das zuständige Gericht gehindert sei, die Rechtmäßigkeit anderer Faktoren, etwa den Einbehalt von Aktiva, zu prüfen. Im Übrigen könne auch nicht erwartet werden, dass ein einzelner Versicherungsnehmer ein solches Verfahren tatsächlich durchführe, da das Entgelt nicht sehr hoch sei.

Die Entscheidung berührt in erster Linie das Versicherungsaufsichtsrecht. Änderungen im VVG oder im Bilanzrecht erscheinen nicht erforderlich.

Im Verfahren 1 BvR 80/95 ging es um Folgendes:

Der Kläger – die Beschwerdeführer sind seine Erben – hat geltend gemacht, der an ihn ausgeschüttete Gewinnanteil sei zu niedrig gewesen; insbesondere müsse sich die Überschussbeteiligung auch auf die stillen Reserven erstrecken. In diesem Umfang bestehe ein Zahlungsanspruch. Der beklagte Versicherer sei im Übrigen verpflichtet, Auskunft zu den Überschüssen und Erträgen einschließlich daraus gebildeter stiller Reserven zu geben.

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass der Gesetzgeber für den Bereich der kapitalbildenden Lebensversicherung Vorkehrungen dafür treffen muss, dass bei der Ermittlung des bei Vertragsende zuzuteilenden Schlussüberschusses die durch die Prämienzahlungen geschaffenen Vermögenswerte angemessen berücksichtigt werden. Gemeint sind sog. stille Reserven, die dadurch entstehen, dass Vermögenswerte u. U. unter dem aktuellen Zeitwert bilanziert werden (z. B. durch Nichtberücksichtigung von Wertsteigerungen bei Immobilien oder Aktien). Erforderlich seien Vorgaben dafür, ob und wie weit stille Reserven bei der Berechnung des Rohüberschusses zu berücksichtigen seien und Querverrechnungen (Verrechnung der durch Prämienkalkulation nicht gedeckten Kosten mit Überschüssen) den Schlussüberschuss verringern dürften.

Ein Versicherungsnehmer habe insoweit eine durch Artikel 2 Abs. 1 und Artikel 14 Abs. 1 GG geschützte Rechtsposition. Der Gesetzgeber sei auch deswegen gefordert (besondere Schutzpflicht), weil der einzelne Versicherungsnehmer keine Möglichkeit der Klärung habe (Defizit privatautonomer Interessendurchsetzung), ob die ihm zugewiesenen Schlussüberschussanteile zu gering festgesetzt worden seien. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) habe ein Versicherungsnehmer lediglich Anspruch auf den Rohüberschuss, der sich aus den Rechnungsabschlüssen ergebe. Das Zivilrecht regle nicht die Feststellung des Überschusses selbst. Auch das Aufsichtsrecht helfe nicht, da es lediglich generalklauselartig die Missstandsaufsicht ermögliche, der dabei anzulegende Maßstab aber nicht das einzelne Versicherungsvertragsverhältnis sei. Vielmehr berücksichtige die Aufsicht in erster Linie die Sicherung der Funktionsfähigkeit des Versicherungswesens. Rechtlich schutzwürdige Belange des einzelnen Versicherten könnten dagegen unberücksichtigt bleiben. Die Effektivität des Grundrechtsschutzes erfordere dagegen Maßstäbe und Möglichkeiten einer rechtlichen Überprüfung daraufhin, ob die maßgebenden Vermögenswerte bei der Berechnung des Schlussüberschusses angemessen berücksichtigt worden seien.

Allerdings sei der Gesetzgeber gehindert, die Feststellung des Schlussüberschusses ausschließlich am Interesse eines einzelnen Versicherten oder gar an dem Interesse eines ausscheidenden Versicherungsnehmers an einer Optimierung der an ihn auszukehrenden Leistung auszurichten. Dies widerspräche dem für das Versicherungsrecht typischen Grundgedanken der Risikogemeinschaft.

Das Bundesverfassungsgericht zeigt Möglichkeiten auf (Randnummern 96 und 97 des Urteils), wie der Gesetzgeber das bisher bestehende Schutzdefizit beheben kann. Das Gericht weist zunächst auf das Aufsichts- und Vertragsrecht hin. Weitere Wege stünden offen. Insbesondere kämen in Betracht:

- Sicherung größerer Transparenz hinsichtlich der Entwicklung von Überschussquellen und der Auskehrung von Überschüssen,
- Verbesserung des Informationszugangs für die Betroffenen,
- neue verfahrensmäßige Wege zum Schutz der betroffenen Belange,
- Verbesserung der Funktionsweise des Wettbewerbs durch ergänzende Information, etwa über Abschluss- und Verwaltungskosten, Möglichkeiten der Querverrechnung und sonstige Konditionen der weiteren Abwicklung des Vertrags,
- erleichterte Möglichkeiten zum Wechsel unter weitgehendem Erhalt schon angesparter Rechtspositionen, in Anlehnung an die §§ 7, 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes,
- Regelungen über eine versicherungsspezifische Bilanzierung der Vermögenswerte unter detaillierter Offenlegung von Bewertungsreserven (stille Reserven), die eine teilweise Berücksichtigung bei der Überschussbeteiligung ermöglichen, ohne dass stille Reserven realisiert werden müssten.

Die Neuregelungen müssten bis zum 31. Dezember 2007 erfolgen; es sei zu prüfen, ob laufende Verträge in den Genuss der Neuregelung kommen könnten.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die vom Bundesverfassungsgericht angemahnten Änderungen vorgenommen, soweit das Versicherungsvertragsrecht und das Bilanzrecht betroffen sind. Zu verweisen ist auf § 7 Abs. 1 und 2 VVG-E, mit dem die Möglichkeit geschaffen wird, im Verordnungsweg Bestimmungen über die Information des Versicherungsnehmers vor Abgabe von dessen Vertragserklärung zu treffen. Insbesondere werden Regelungen zur Lebensversicherung zu treffen sein, die die Transparenz deutlich verbessern. Auf die Begründung zu § 7 VVG-E wird verwiesen.

Der Gesetzentwurf sieht ferner eine Regelung zur Überschussbeteiligung vor. Insoweit wird auf § 153 VVG-E und die dazugehörige Begründung verwiesen. Eine Übergangsregelung für so genannte Altverträge findet sich in Artikel 2 des Gesetzentwurfes (Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag; neuer Artikel 4 Abs. 1 und 2).

In Artikel 6 des Gesetzentwurfes werden die erforderlichen bilanzrechtlichen Änderungen vorgenommen.

Änderungen des VAG zu diesem Problemkreis werden gesondert vorzunehmen sein.

9. Berufsunfähigkeitsversicherung

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Versicherungsverträge, die das Risiko einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, einen bestimmten Beruf auszuüben, abdecken sollen, besteht bisher nicht. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH VersR 1988, 1233 und VersR 1991, 289), der auch die Literatur folgt (vgl. z. B. Pröls/Martin/Voit, Teil III, J III Rn. 3), ist die Berufsunfähigkeitsversicherung sowohl in Form der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung, die zusammen mit einer Lebensversicherung abgeschlossen wird und ohne diese nicht fortgesetzt werden kann, als auch in Form der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung der Lebensversicherung zuzurechnen.

Wenn rechtliche Regelungen an den Begriff der Lebensversicherung anknüpfen, gelten sie auch für die Berufsunfähigkeitsversicherung, soweit die Regeln des betreffenden Rechtsgebiets das zulassen und die Besonderheiten der Berufsunfähigkeitsversicherung dem nicht entgegenstehen. Es findet also keine schematische Übertragung statt (BGH VersR 1991, 289). Im Übrigen wird die Berufsunfähigkeitsversicherung heute nur durch die AVB geregelt.

Dies wird weder der Bedeutung noch den praktischen Problemen dieser Versicherungssparte gerecht. Der Entwurf schlägt deswegen in den §§ 172 bis 177 VVG-E Regelungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung und ähnlichen Versicherungen vor. Unter anderem wird der Begriff „Berufsunfähigkeit“ definiert; entsprechend der bisherigen Vertragspraxis und Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass der Beruf voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausgeübt werden kann.

10. Neuregelungen im Bereich der Krankenversicherung

Aus dem Bereich der Regelungen über die private Krankenversicherung (PKV) sind zwei Komplexe hervorzuheben:

Managed Care

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind durch das gesetzliche Sachleistungsprinzip direkte Vertragsbeziehungen zwischen den Risikoträgern (Krankenkassen) und den medizinischen Leistungserbringern (insbesondere Kassenärztliche Vereinigungen mit ihren Bundesverbänden) vorgeschrieben, durch die auch die Qualität der medizinischen Versorgung und die Vergütungen geregelt werden. Die PKV wird dagegen bisher von einem dualen Vertragsmodell beherrscht: Der Einzelne schließt als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer und davon unabhängig als Versicherter einen Versicherungsvertrag zur Erstattung der Behandlungskosten.

Der Versicherer hat keine direkten Vertragsbeziehungen mit dem Leistungserbringer und kann demnach auf Qualität oder Menge der medizinischen Leistungen keinen Einfluss nehmen; auch die mengenorientierten Vergütungsstrukturen kann er durch Verträge mit den Leistungserbringern nicht ändern, weil die entsprechenden Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, BPIV) unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV steht der PKV damit gesetzlich kein Instrumentarium zur Verfügung, um auf die Kostensteigerungen Einfluss zu nehmen.

Weil die Ausgabenentwicklung die Hauptursache für steigende Beiträge darstellt, hat die Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privaten Krankenversicherten im Alter empfohlen, der PKV rechtliche Möglichkeiten an die Hand zu geben, um die Kostenentwicklung wirksamer steuern zu können. Insbesondere hat die Expertenkommission in ihrem Gutachten empfohlen, die Aufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zum Zweck ihrer Verknüpfung mit entsprechenden Tarifangeboten zu ermöglichen.

Unter „Managed Care“ wird häufig eine Vielzahl unterschiedlichster Arten von Maßnahmen zur Kostensteuerung subsumiert. Sachlich sind folgende Hauptgruppen zu unterscheiden:

– Leistungsmanagement

Unter Leistungsmanagement werden alle Maßnahmen des Versicherers verstanden, die mit der Erbringung der von ihm tariflich geschuldeten Leistungen gegenüber dem Versicherungsnehmer zusammenhängen. Dazu gehören u. a. die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Behandlungsleistungen nach Grund und Umfang sowie der korrekten Anwendung der zugrunde liegenden Gebührenordnungen.

– Managed Care im engeren Sinn

Unter Managed Care im engeren Sinn werden Instrumente zur Kosten- und Qualitätssteuerung zusammengefasst, die vor oder unmittelbar bei der Erbringung der medizinischen Leistung wirken. Eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze ist bekannt, wie z. B. Disease Management (Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen anhand von evidenzbasierten medizinischen Leitlinien), Case Management (umfassende Betreuung und Therapie schwerer Einzelfallerkrankungen), Drug Utilisation Review (System zur Identifikation von Kontraindikationen von Arzneimitteln), IT-basierte Kartensysteme, Versorgungsstrukturen (Health Maintenance

Organisations, Preferred Provider Organisations), Pharmaceutical Benefit Management (Einkaufs- und Verteilungsmanagement von Arzneimitteln), Klinikketten in Trägerschaft von Versicherungsunternehmen.

Das Leitbild der PKV kann zukünftig nicht nur auf die reine Kostenerstattung begrenzt werden, sondern muss den Rahmen für neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität öffnen. Dies berücksichtigt der Entwurf, indem er die praktisch bedeutsamsten Dienstleistungen als mögliche Zusatzleistung des Versicherers benennt.

Alterungsrückstellungen

Das Kalkulationsprinzip der PKV hat zur Folge, dass der Wechsel zu einem anderen Krankenversicherungsunternehmen mit längerer Vertragsdauer sowie steigendem Alter zunehmend erschwert oder praktisch unmöglich wird: Da die aus den Beiträgen gebildete Alterungsrückstellung im Versichertenkollektiv des bisherigen Versicherers verbleibt, muss der wechselwillige Kunde beim neuen Versicherer wegen des höheren Eintrittsalters einen in der Regel höheren Beitrag zahlen; außerdem unterliegt der wechselnde Kunde beim neuen Versicherer einer neuen Gesundheitsprüfung, was bei inzwischen eingetretener Gesundheitsverschlechterung zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen oder gänzlicher Unversicherbarkeit führen kann. Diese Situation ist unbefriedigend; es ist wünschenswert, dass dem Versicherten die Alterungsrückstellung mitgegeben wird, damit er ohne finanzielle Nachteile seinen Krankenversicherer wechseln kann.

Alle bisher diskutierten Übertragungsmodelle (vgl. dazu Abschlussbericht der VVG-Kommission; S. 147 ff.) konnten die bestehenden Fragen und Probleme allerdings nicht abschließend lösen. Der Gesetzentwurf verzichtet darauf, einen vertraglichen Anspruch zur Übertragung der Alterungsrückstellungen vorzusehen. Lösungen sollen im Rahmen der laufenden Beratungen über eine Gesamtreform des Gesundheitswesens und der Versicherungssysteme gefunden werden. Auf der Grundlage der Eckpunkte der Bundesregierung zur Gesundheitsreform soll das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung insgesamt neu geordnet werden.

III. Kosten- und Preiswirkungen

Versicherungsprodukte können sich dadurch verteuern, dass den Versicherungsunternehmen höhere Kosten aufgrund einer verbesserten Beratung und Information entstehen, außerdem dadurch, dass den Unternehmen mit der Aufgabe des Alles-oder-nichts-Prinzips und einer Verbesserung der Situation der Versicherungsnehmer bei einer frühzeitigen Kündigung eines Lebensversicherungsvertrags höhere Kosten entstehen. Ob und in welchem Umfang sich Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, ergeben, lässt sich nicht vorhersagen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 1 und 11 GG (bürgerliches Recht, Recht der Wirtschaft). Die Einheitlichkeit des Versicherungsvertragsrechts, das Teil des Schuldrechts ist, ist die Grundlage

der rechtlichen Gestaltung des Wirtschaftslebens im Bereich des Versicherungswesens und daher für den Wirtschaftsstandort Deutschland unverzichtbar. Eine einheitliche Regelung dieser seit fast 100 Jahren einheitlich geregelten und in sich geschlossenen Rechtsmaterie auf Grund des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 11 GG durch den Bund ist deshalb zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse zwingend erforderlich (Artikel 72 Abs. 2 GG).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG 2006))

Zu § 1 (Vertragstypische Pflichten)

Im bisherigen § 1 VVG ist der Begriff des Versicherungsvertrags nicht näher bestimmt. Absatz 1 regelt zum einen für die Schadensversicherung, zum anderen für die Personenversicherung die charakteristischen Verpflichtungen des Versicherers. Die Gegenüberstellung dieser Begriffe ist jedoch sachlich nicht zutreffend, da eine Personenversicherung auch eine Schadensversicherung beinhalten kann (z. B. Krankenversicherung).

§ 1 VVG-E umschreibt für alle Arten von Versicherungen die vertragstypischen Pflichten der Vertragsparteien. Auf eine Definition des Begriffes der Versicherung wird weiterhin verzichtet, da sie auf der Grundlage der aktuellen Versicherungsformen bestimmt werden müsste und damit unbeabsichtigt zukünftige Entwicklungen der Versicherungsprodukte vom Anwendungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes ausgeschlossen werden könnten. Als entscheidendes Merkmal wird in Satz 1 die Absicherung eines bestimmten Risikos des Versicherungsnehmers durch den Versicherer festgelegt; sie besteht in der Verpflichtung des Versicherers, für den Fall des Eintrittes des vertraglich, insbesondere auch durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bestimmten Versicherungsfalles die versprochene Ausgleichsleistung zu erbringen. Diese Formulierung erscheint einerseits ausreichend, den Anwendungsbereich des Gesetzes zu bestimmen, andererseits hinreichend offen, um auch heute noch nicht bekannte Versicherungsprodukte einzubeziehen.

Die Vorschrift erfasst weiterhin beide grundsätzlichen Organisationsformen der Versicherung, den privatrechtlichen Versicherungsvertrag zwischen zwei rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Parteien als auch den Versicherungsschutz im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit des Versicherungsnehmers zu einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG). Im letzteren Fall können die relevanten Bestimmungen über den Versicherungsschutz auf Vereinsatzung und Einzelvertrag unterschiedlich verteilt werden; die Anwendung des Gesetzes bleibt davon unberührt. Einer ausdrücklichen Klarstellung dieser selbstverständlichen Tatsache im Gesetz bedarf es nicht. In Satz 2 wird dieser Tatsache dadurch Rechnung getragen, dass als Verpflichtung des Versicherungsnehmers festgelegt wird, die vereinbarte Zahlung zu leisten und hierfür der bisherige Begriff der Prämie verwendet wird. Damit erübrigt sich auch die bisherige Klarstellung in § 1 Abs. 2 Satz 2 VVG, dass als Prämien auch die bei Versicherungsvereinen auf

Gegenseitigkeit zu entrichtenden Beiträge gelten. Der Begriff des Versicherungsnehmers wird nicht definiert. Versicherungsnehmer ist nicht nur der Verbraucher im Sinn der Definition des § 13 BGB; Versicherungsnehmer können natürliche und juristische Personen sein, Verbraucher, Unternehmer und Freiberufler.

Falls eine dritte denkbare Form der Versicherung – ein Geschäftsbesorgungsvertrag vieler Versicherungsnehmer mit einem Dritten, verbunden mit einer rechtlichen Vergemeinschaftung der Risiken und Chancen aller beteiligten Versicherungsnehmer untereinander – in Zukunft realisiert werden sollte, würden auch derartige Verträge in den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen. § 1 VVG-E soll durch die Formulierung „... ein bestimmtes Risiko ... abzuschließen ...“ sicherstellen, dass auch eine solche Versicherungsorganisation erfasst wird, die deutliche Parallelen zur VVaG-Versicherung aufweist.

Zu § 2 (Rückwärtsversicherung)

Die neue Regelung entspricht in der Sache weitgehend dem geltenden § 2 VVG.

Zu Absatz 1

Die Neufassung führt für den in der Versicherungspraxis seit jeher üblichen Begriff der Rückwärtsversicherung eine Legaldefinition ein. Eine Rückwärtsversicherung ist danach gegeben, wenn der materielle Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses liegt. Der neue Text stellt im Übrigen klar, dass auch eine reine Rückwärtsversicherung möglich ist.

Zu Absatz 2

Satz 1 weicht sachlich von § 2 Abs. 2 Satz 1 VVG zunächst insofern ab, als bezüglich der Kenntnis des Versicherers nicht auf den Vertragsschluss, sondern auf den Zeitpunkt der Abgabe seiner auf den Abschluss des Vertrags gerichteten Willenserklärung abgestellt wird; der Begriff der Vertragserklärung ist von § 312c Abs. 1 BGB übernommen, der durch das Gesetz zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen neu gefasst worden ist. Dies ist im Regelfall die Annahmeerklärung des Versicherers, so dass der derzeitige Rechtszustand praktisch nur unwesentlich geändert wird. Diese Änderung ist aber erforderlich, um zu einer Übereinstimmung mit der entsprechenden Änderung in Satz 2 beim Versicherungsnehmer zu kommen. Dort erscheint es notwendig, bezüglich der Kenntnis des Versicherungsnehmers vom Eintritt des Versicherungsfalles nicht auf den Vertragsschluss, sondern auf den Zeitpunkt der Abgabe seiner Vertragserklärung abzustellen. Da dies im Regelfall sein Antrag und jedenfalls bisher nur in Ausnahmefällen seine Annahmeerklärung ist, wird dem eigentlichen Zweck der Rückwärtsversicherung, das Risiko des Versicherungsnehmers für die Zeit zwischen Antrag und Vertragsschluss abzuschließen, Rechnung getragen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles durchaus Interesse am Weiterbestehen des Vertrags bestehen kann, da künftig und auch noch vor Vertragsschluss weitere Versicherungsfälle eintreten oder bekannt werden können. Abweichend vom geltenden Text, der auf die Kenntnis des Versicherungsfalles abstellt, wird daher zum einen klargestellt, dass der Versicherer seinen Prämienanspruch nach Satz 1 erst

dann verliert, wenn er weiß, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles überhaupt ausgeschlossen ist. Außerdem soll sich der Verlust des Leistungsanspruchs des Versicherungsnehmers nach Satz 2 nur auf den ihm bekannten Versicherungsfall erstrecken. Den Vertragsparteien kann nach Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles ein Kündigungsrecht nach den jeweils maßgeblichen Vorschriften zustehen (z. B. § 92 VVG-E bei der Sachversicherung). Bei Nichtbestehen oder Wegfall des versicherten Interesses bestimmt sich die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Prämienzahlung nach § 80 VVG-E; die bisherige Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 VVG, die auf dem Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie beruht, braucht daher nicht angepasst zu werden, sondern kann entfallen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht.

Zu Absatz 4

Die Bestimmung in § 37 Abs. 2 Satz 1 VVG-E, die dem bisherigen § 38 Abs. 2 VVG entspricht, wonach der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt ist, steht im Widerspruch zum Wesen der Rückwärtsversicherung. Daher gehen Rechtsprechung und Literatur zu § 2 VVG davon aus, dass § 38 Abs. 2 VVG als stillschweigend abbedungen gilt. Diese Auslegungshilfe erübrigt sich durch den neuen Absatz 4. Die Nichtanwendbarkeit gilt auch für den neuen § 37 Abs. 2 Satz 2 VVG-E, da diese Bestimmung ebenfalls vom Einlösungsprinzip ausgeht, das dem Sinn und Zweck der Rückwärtsversicherung widerspricht.

Zu § 3 (Versicherungsschein)

Die Vorschrift stimmt im Wesentlichen mit dem bisherigen § 3 VVG überein.

Zu Absatz 1

Auf die bisherige Legaldefinition des Versicherungsscheins wird verzichtet, da hierfür kein praktisches Bedürfnis besteht. Abweichend vom geltenden Recht wird für den Versicherungsschein die Textform (§ 126b BGB) zugelassen. Schon nach dem geltenden § 3 Abs. 1 Satz 2 VVG genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift des Versicherers. Der Versicherungsschein soll dem Versicherungsnehmer zur Verfügung stehen, damit er sich über seine Rechte und Pflichten unterrichten kann; der Zugang des Versicherungsscheins ist nach § 8 Abs. 2 Satz 1 VVG-E für den Beginn der Widerrufsfrist maßgebend. Daneben soll er auch als Beweismittel dienen. Er gibt jedoch nicht immer erschöpfend Auskunft über die Rechtsbeziehungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, so dass der Informationszweck im Vordergrund steht. Diesem kann aber auch genügt werden, wenn der Versicherungsschein dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung gestellt wird. Wegen dieser sachlichen Änderung ist der Begriff der Aushändigung durch „übermitteln“ ersetzt (so auch Absatz 4). Wegen der Bedeutung des Versicherungsscheins für den Versicherungsnehmer soll dieser aber berechtigt sein, den Versicherungsschein in Papierform, also als Urkunde zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt mit § 3 Abs. 5 VVG überein. Da sie den Inhalt des Versicherungsscheins betrifft, wird sie im Anschluss an Absatz 1 eingefügt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Abs. 2 VVG. Lediglich auf den Begriff der „Ersatzurkunde“ wird im Hinblick auf die Textform in Absatz 1 verzichtet.

Zu Absatz 4

Einzig sachliche Änderung gegenüber § 3 Abs. 3 VVG ist der Verzicht auf den bisherigen Satz 2, nach dem der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Recht, Abschriften seiner Erklärung zu verlangen, aufmerksam zu machen hat. Eine solche Information erscheint zur Wahrung der Interessen des Versicherungsnehmers gegenüber den zahlreichen neu vorgesehenen Hinweisen weniger wesentlich.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift entspricht § 3 Abs. 4 VVG. Wie in Absatz 3 wird auf den Begriff „Ersatzurkunde“ verzichtet.

Zu § 4 (Versicherungsschein auf den Inhaber)

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 4 VVG sachlich unverändert.

Zu berücksichtigen ist, dass für den Versicherungsschein nach § 3 VVG-E die Textform zugelassen wird. Das Wertpapierrecht des BGB geht dagegen noch von der Körperlichkeit der Wertpapiere aus; dies gilt, wie sich aus § 808 Abs. 2 BGB ergibt, auch für Legitimationspapiere nach § 808 BGB. Daher wird in § 4 VVG-E auf Versicherungsscheine abgestellt, die wie bisher als Urkunde und nicht elektronisch in Textform ausgestellt sind.

Zu § 5 (Abweichender Versicherungsschein)

Die Vorschrift regelt wie bisher § 5 VVG die Fälle, in denen Vertragsangebot und Vertragsannahme nicht übereinstimmen. Da sich die Regelung in der Praxis bewährt hat, soll sie sachlich unverändert beibehalten werden. Das Widerspruchsrecht nach § 5 Abs. 1 VVG-E lässt das allgemeine Widerrufsrecht nach § 8 VVG-E unberührt.

Zu Absatz 1

Durch die Verweisung auf Absatz 2 wird von vorneherein klargestellt, dass die Genehmigungswirkung nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 eintritt. Ferner wird der Beginn der Monatsfrist nicht an den Empfang, sondern an den Zugang des Versicherungsscheins geknüpft. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nach § 3 Abs. 1 VVG-E für den Versicherungsschein die Textform genügt.

Zu Absatz 2

Die redaktionellen Änderungen in Satz 1 gegenüber der geltenden Fassung des § 5 Abs. 2 VVG beruhen auf den zu Absatz 1 dargelegten Änderungen. Nach Satz 2 muss die Belehrung des Versicherungsnehmers über die Abweichungen und die Rechtsfolgen in auffälliger Form in den Versicherungsschein selbst aufgenommen werden, da eine gesonderte Mitteilung vom Versicherungsnehmer in diesem Punkt eher übersehen werden kann. Im Übrigen handelt es sich um sprachliche Anpassungen; dies gilt vor allem auch

für den – im Interesse einer einheitlichen Terminologie in vergleichbaren Fällen vorgesehenen – Verzicht auf die Präzisierung „der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist“.

Zu Absatz 3

Der Text enthält lediglich sprachliche Änderungen gegenüber der geltenden Fassung.

Zu Absatz 4

Die bisherige Vorschrift wird unverändert beibehalten.

Zu § 6 (Beratung des Versicherungsnehmers)

Die Vorschrift ist neu. Sie knüpft an die im Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts (Bundestagsdrucksache 16/1935) vorgesehene und in § 61 VVG-E übernommene Regelung an, die entsprechend den Vorgaben der Vermittlerrichtlinie für die Versicherungsvermittler eine eigenständige Pflicht vorsieht, für eine sachgerechte Beratung der Versicherungsnehmer vor Abschluss eines Versicherungsvertrags zu sorgen. Zwar ist die Vermittlerrichtlinie auf die Versicherungsvermittlung durch den Versicherer oder dessen angestellte Vermittler nicht anzuwenden. Für das Versicherungsvertragsrecht macht es aber keinen Sinn, dem für Rechnung eines Versicherers handelnden selbständigen Vermittler Pflichten im Interesse des Versicherungsnehmers aufzuerlegen, die der Versicherer nicht haben soll.

Der endgültige Wortlaut der Regelungen für Versicherungsvermittler und damit auch des § 6 VVG-E hängt davon ab, in welcher Fassung die im Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts vorgesehenen Regelungen vom Deutschen Bundestag verabschiedet werden.

Zu Absatz 1

Die Verpflichtung des Versicherers nach Satz 1, den Kunden, mit dem ein Versicherungsvertrag geschlossen werden soll, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und die Gründe für den zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben, sowie die Dokumentationspflicht nach Satz 2 entsprechen der derzeit für Versicherungsvermittler vorgesehenen Regelung (Artikel 2 § 42c Abs. 1 des o. g. Gesetzentwurfes; § 61 Abs. 1 VVG-E). Die sowohl dem Versicherer als auch dem Vermittler obliegende Frage- und Beratungspflicht ist dem Versicherungsnehmer gegenüber nur einmal zu erfüllen. Nimmt der Versicherer für die Akquisition von Versicherungsverträgen die Dienste von Versicherungsvertretern in Anspruch, erfüllt der Vertreter gleichzeitig die Pflicht des Versicherers nach § 6 Abs. 1 Satz 1 VVG-E, da er auf Grund des Versicherungsvertragsvertrags mit dem Versicherer für diesen handelt; einer gesetzlichen Regelung bedarf es insoweit nicht. Etwas anderes gilt im Fall einer Vermittlung durch einen Versicherungsmakler; dieser wird nicht als Vertreter des Versicherers, sondern für den Versicherungsnehmer tätig. Der Versicherer darf jedoch im Fall der Einschaltung eines Versicherungsmaklers davon ausgehen, dass dieser seine ihm gegenüber dem Versicherungsnehmer obliegende Frage- und Beratungspflicht erfüllt. Aus diesem Grund ist es in diesen Fällen nicht erforderlich, auch dem Versicherer eine entsprechende Verpflichtung aufzuerlegen. Satz 3 schließt deshalb die Verpflichtung des Versicherers nach Satz 1 aus, sofern

der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird. Dies gilt auch in den Fällen, in denen eine Vermittlung ausnahmsweise durch einen Versicherungsberater (§ 59 Abs. 4 VVG-E) oder durch einen Vermittler nach § 66 VVG-E erfolgt, da auch diese Personen der Frage- und Beratungspflicht nach § 61 VVG-E unterliegen; einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz bedarf es insoweit nicht.

Die Frage- und Beratungspflicht entfällt ferner für Verträge, die im Fernabsatz im Sinn des § 312b BGB geschlossen werden, da bei ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, wie dies in erster Linie bei Direktversicherern der Fall ist, diese Pflicht praktisch nicht erfüllt werden kann. Ein Versicherungsnehmer, der auf diesem Weg einen Vertrag schließt, ist sich bewusst, dass er von diesem Versicherer zwar die notwendigen Informationen, eine Beratung aber nur dann erhalten wird, wenn er ein Bedürfnis hierfür gegenüber dem Versicherer, z. B. durch entsprechende Fragen, zum Ausdruck bringt. Die nach Absatz 3 bestehende Möglichkeit, vom Versicherungsnehmer in allen Fällen zunächst eine Verzichtserklärung einzuholen, entspricht weder den Besonderheiten solcher Vertriebssysteme noch der Interessenlage des Versicherungsnehmers im Regelfall.

Zu Absatz 2

Die Pflicht des Versicherers nach Satz 1, dem Versicherungsnehmer den erteilten Rat und die hierfür maßgeblichen Gründe nach Absatz 1 Satz 1 als Dokumentation vor Vertragsschluss in Textform zu übermitteln, stimmt mit der vorgesehenen Verpflichtung des Versicherungsvermittlers (§ 42d Abs. 1 VVG; § 62 Abs. 1 VVG-E) überein. Dies gilt auch für die Zulassung einer mündlichen Information nach Satz 2 und die Pflicht nach Satz 3, in diesen Fällen die Information unverzüglich nach Vertragsschluss in Textform zur Verfügung zu stellen. Diese Pflicht zur nachträglichen Information entfällt im Interesse beider Vertragsparteien sowohl beim Versicherer als auch beim Versicherungsvermittler, wenn es sich um einen Vertrag über vorläufige Deckung bei Pflichtversicherungen (vgl. § 113 VVG-E) – in erster Linie also die vorläufige Deckung bei der Kfz-Haftpflichtversicherung – handelt. Eine zusätzliche Ausnahme gilt für den Versicherer, wenn weder der mit dem Kunden in Aussicht genommene Versicherungsvertrag, der Gegenstand der Befragung und Beratung nach Absatz 1 Satz 1 war, noch ein anderer Versicherungsvertrag zustande kommt. In diesem Fall besteht kein hinreichendes Schutzbedürfnis des Kunden, den Versicherer zu verpflichten, dem mündlich informierten Kunden eine Dokumentation zur Verfügung zu stellen.

Zu Absatz 3

Die Regelung über eine Verzichtserklärung des Versicherungsnehmers soll entsprechend der für Versicherungsvermittler vorgesehenen Vorschrift (§ 42c Abs. 2 VVG; § 61 Abs. 2 VVG-E) ausgestaltet werden; auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu Absatz 4

Für den Versicherungsnehmer kann unter Umständen ein erhebliches Interesse daran bestehen, während der Laufzeit des mit dem Versicherer geschlossenen Vertrags durch eine Nachfrage und Beratung des Versicherers auf Umstände

hingewiesen zu werden, die Anlass zu einer Vertragsänderung bzw. zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags sein können. Zu denken ist z. B. an die Fälle, in denen eine Kapitallebensversicherung zum Zwecke der Ablösung eines Baudarlehens abgeschlossen wird und sich infolge des unerwarteten Rückgangs der Überschüsse und Gewinne beim Versicherer eine Finanzierungslücke beim Versicherungsnehmer abzeichnet. Absatz 4 Satz 1 sieht daher vor, dass dem Versicherer die Pflicht nach Absatz 1 Satz 1 zur Nachfrage und Beratung auch während der Dauer des Vertragsverhältnisses obliegt, soweit hierfür objektiv ein Anlass besteht, der für den Versicherer erkennbar ist. Ein solcher Anlass kann sich aus unterschiedlichen Umständen ergeben; neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien können tatsächliche oder rechtliche Veränderungen – wie z. B. Änderung der für bestimmte Versicherungsverträge geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen – relevant sein. Der Versicherungsnehmer kann auch hier – wie nach Absatz 3 für die Zeit vor Abschluss des Vertrags – schriftlich auf eine Beratung verzichten (vgl. Satz 2). Ein solcher Verzicht ist aber nicht generell von vorneherein zulässig, sondern muss von Fall zu Fall vom Versicherungsnehmer erklärt werden. Bei einem solchen Verzicht entfällt auch die Pflicht des Versicherers zur Nachfrage. Im Fall einer Vermittlung durch einen Versicherungsmakler ist Absatz 4 ebenfalls nicht anzuwenden, da nach Absatz 1 Satz 3 keine Beratungspflicht nach Absatz 1 Satz 1 besteht; dies gilt auch bei Vermittlung durch einen Versicherungsberater oder einen Vermittler nach § 66 VVG-E.

Für die Versicherungsvermittler sieht der Entwurf in Abschnitt 7 Unterabschnitt 1 keine entsprechende Verpflichtung während der Dauer des Vertragsverhältnisses vor. Maßgeblich hierfür ist zum einen, dass nach der Vermittlerrichtlinie den Vermittlern die Pflichten nach den Artikeln 12 und 13 nur für den Zeitraum vor Abschluss des Versicherungsvertrags obliegen; es erscheint fraglich, ob eine Erweiterung dieser Pflichten mit dem abschließenden Charakter der Richtlinie zu vereinbaren wäre. Zum anderen ist es zur Wahrung der Interessen des Versicherungsnehmers auch nicht erforderlich, sowohl dem Versicherer als auch dem Vermittler eine Nachfrage- und Beratungspflicht nach Vertragsschluss aufzuerlegen. Im Fall des Tätigwerdens eines Versicherungsvertreters liegt dies auf der Hand; hat der Versicherungsnehmer einen Versicherungsmakler eingeschaltet, so kann sich für den Makler aus dem Maklervertrag eine entsprechende Verpflichtung gegenüber dem Versicherungsnehmer ergeben.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift stellt klar, dass der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer zum Schadensersatz verpflichtet ist, wenn er seine Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 oder Absatz 4 Satz 1 schuldhaft verletzt. Die Regelung ist nach § 18 VVG-E halbzwingend: Der Versicherer kann sich also nicht für schuldhaft begangene Beratungsfehler, auch nicht seiner Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB), freizeichnen.

Zu Absatz 6

Entsprechend der für Versicherungsvermittler vorgesehenen Regelung werden bezüglich der Verpflichtung des Versicherers die Versicherungsverträge über ein Großrisiko vom Anwendungsbereich des § 6 VVG-E ausgenommen. Damit

sind in der Regel auch laufende Versicherungen im Sinn des § 53 VVG-E ausgenommen, da es sich hierbei nur in Ausnahmefällen um kein Großrisiko handelt.

Zu § 7 (Information des Versicherungsnehmers)

Die Vorschrift ist neu. Sie erfasst die Informationen, die von allen Versicherern den Versicherungsnehmern mitzuteilen sind, bevor diese ihre auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags gerichtete Willenserklärung abgeben. In § 7 VVG-E werden alle Informationspflichten zusammengefasst, die sich aus EU-rechtlichen Vorgaben für alle Versicherungszweige ergeben. Dies sind zum einen die Angaben, die bisher in § 10a VAG in Verbindung mit der Anlage zum VAG unter Teil D Abschnitt I und II geregelt sind. Zum anderen handelt es sich um die umfangreichen Informationspflichten, die den Versicherern nach den Artikeln 3 und 5 der Fernabsatzrichtlinie II obliegen und die durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen vom 2. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3102, 3106) in das VVG (dort § 48b Anlage) eingefügt worden sind. Diese Verpflichtungen gelten zwar nur für Fernabsatzverträge. Der überwiegende Teil dieser Informationen ist aber für die Versicherungsnehmer unabhängig von der Vertriebsform für ihre Entscheidung über den Abschluss eines Versicherungsvertrags von Bedeutung. Außerdem würde es einem Versicherer schwer fallen, bei der Informationserteilung zuverlässig zu unterscheiden, in welcher Form ein Vertrag zu Stande gekommen ist. Daher verzichtet der Entwurf bei den Informationspflichten auf eine Differenzierung nach der Art des Zustandekommens des Vertrags; Entsprechendes gilt auch für das Widerrufsrecht nach § 8 VVG-E und die Regelung der Schlichtungsstelle (§ 214 VVG-E).

Wird der Versicherungsvertrag durch einen Versicherungsvermittler vermittelt, hat der zur Information verpflichtete Versicherer dafür zu sorgen, dass dem Versicherungsnehmer vor Abgabe von dessen Vertragserklärung die vorgeschriebenen Mitteilungen übermittelt werden. Bei einem Versicherungsvertreter wird der Versicherer im Vertretervertrag eine entsprechende Verpflichtung des Vertreters festlegen. Für den Versicherungsmakler kann dies in den in der Praxis üblichen Rahmenabkommen zwischen Versicherer und Makler bestimmt werden. An der Erfüllung der Informationspflicht nach § 7 VVG-E hat auch der Versicherungsvermittler ein eigenes Interesse, da der Versicherungsnehmer zum Widerruf seiner Vertragserklärung nach § 8 VVG-E berechtigt ist, solange dem Versicherungsnehmer nicht sämtliche Unterlagen und Mitteilungen zugegangen sind. Eine eigenständige Informationspflicht des Versicherungsvermittlers neben der des Versicherers ist gemeinschaftsrechtlich hier – anders als bei den Pflichten des Vermittlers nach der Vermittlerrichtlinie – nicht vorgegeben und sachlich auch nicht geboten.

Zu Absatz 1

Die Informationspflichten nach Satz 1, die im Einzelnen durch die auf Grund der Ermächtigung nach Absatz 2 zu erlassenden Rechtsverordnung geregelt werden, gelten grundsätzlich für alle Versicherungsnehmer; ausgenommen sind lediglich Verträge über Großrisiken nach Maßgabe des Absatzes 5. Eine Beschränkung auf Verbraucher im Sinn des § 13 BGB, wie sie bezüglich der Informationen nach der

Fernabsatzrichtlinie II möglich wäre, erscheint nicht sachgerecht. Zu dem dort ausgeklammerten Personenkreis, der einen Versicherungsvertrag in Ausübung der gewerblichen oder selbständigen beruflichen Tätigkeit schließt, gehören auch kleine Unternehmer und Freiberufler; ihr Schutzbedürfnis ist in aller Regel aber nicht geringer als das eines Verbrauchers. Der Entwurf verzichtet außerdem auf eine Differenzierung zwischen natürlichen und juristischen Personen, da die Rechtsform kein geeignetes Kriterium für die Beurteilung des Schutzbedürfnisses darstellt; lediglich in Absatz 5 Satz 2 wird diese von der Richtlinie 92/49/EWG vorgegebene Differenzierung übernommen, da es sich hierbei um weniger bedeutsame Informationen handelt.

Maßgeblicher Zeitpunkt, zu dem die Informationen nach Satz 1 spätestens erteilt werden müssen, ist die Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, in der Regel sein Vertragsantrag. Diese Regelung übernimmt den Wortlaut des § 312c Abs. 1 BGB, mit dem Artikel 3 Abs. 1 und Artikel 5 Abs. 1 der Fernabsatzrichtlinie II umgesetzt worden sind. Er ist der Formulierung in § 48b Abs. 1 VVG vorzuziehen, da nach dieser Formulierung („rechtzeitig vor dessen Bindung“) der für die Information des Versicherungsnehmers maßgebliche Zeitpunkt nicht eindeutig bestimmt wird. Nunmehr ist klargestellt, dass die vorgeschriebenen Informationen nicht erst bei Vertragsschluss, in der Regel mit der Übersendung des Versicherungsscheins, erteilt werden dürfen, wie dies bisher nach § 5a VVG zulässig war. Dieses sog. Policenmodell trägt dem berechtigten Interesse des Versicherungsnehmers an einer möglichst frühzeitigen Information über den Inhalt des angestrebten Vertrags nicht hinreichend Rechnung; zudem ist seine Vereinbarkeit mit den EU-rechtlichen Vorgaben, insbesondere der Fernabsatzrichtlinie II, nicht zweifelsfrei (vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 2).

Ausnahmen von dem Grundsatz in Absatz 1 Satz 1 sieht der Entwurf in Satz 3 zum einen entsprechend § 48b Abs. 2 Satz 2 VVG und Artikel 5 Abs. 2 der Fernabsatzrichtlinie II für die Fälle vor, in denen eine Information bereits vor der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers wegen des von ihm gewünschten Kommunikationsmittels nicht möglich ist. Zum anderen muss es dem Versicherungsnehmer möglich bleiben, zunächst auf eine umfassende Information zu verzichten. Der mündige Verbraucher soll die Möglichkeit behalten, sich für den Abschluss des gewünschten Versicherungsvertrags schon vor der Überlassung sämtlicher Informationsunterlagen des Versicherers zu entscheiden, z. B. dann, wenn es ihm darum geht, möglichst umgehend Versicherungsschutz zu erhalten und der von ihm angestrebte Vertrag und dessen Konsequenzen für ihn überschaubar sind. Dies ist nicht nur bei einem Vertrag über vorläufige Deckung (vgl. § 49 Abs. 1 VVG-E) der Fall, sondern wird z. B. auch bei einer nicht nur vorläufigen Haftpflicht- oder Sachversicherung in Betracht kommen. Bei einem Vertrag über eine Lebens- oder Krankenversicherung wird sich der Versicherungsnehmer dagegen sorgfältig zu überlegen haben, ob er trotz der erheblichen Bedeutung dieser Versicherungen und der regelmäßig langen Bindung auf eine Vorabinformation – oder auch auf eine Beratung und Dokumentation (vgl. § 6 Abs. 3 VVG-E) – verzichtet. Auch insofern kann einem Verbraucher der Verzicht allerdings nicht völlig verwehrt werden; gegen seinen Willen muss sich niemand beraten und informieren lassen. Um der Fernabsatz-

richtlinie II, die – wie auch die Vermittlerrichtlinie – die Zulässigkeit eines Verzichts des zu schützenden Versicherungsnehmers offen lässt (Artikel 12 Abs. 1 der Richtlinie bezieht sich nicht auf einen Verzicht auf Information), nach Sinn und Zweck zu entsprechen und zu vermeiden, dass ein Verzicht des Versicherungsnehmers formularmäßig vereinbart wird, bedarf er zu seiner Wirksamkeit einer ausdrücklichen Erklärung in einem gesonderten vom Versicherungsnehmer unterschriebenen Schriftstück. In beiden Ausnahmefällen müssen die nach Satz 1 vorgeschriebenen Mitteilungen unverzüglich nach Abschluss des Vertrags dem Versicherungsnehmer übermittelt werden. Erst dann beginnt die Frist für die Ausübung des Widerrufsrechts nach § 8 VVG-E, das dem Versicherungsnehmer auch bei einem Verzicht auf eine vollständige Vorabinformation zusteht.

Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht nach Absatz 1, ergibt sich aus § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 VVG-E als Sanktion, dass die Widerrufsfrist nicht zu laufen beginnt und der Versicherungsnehmer somit zum Widerruf seiner Vertragserklärung berechtigt bleibt. Dem Versicherungsnehmer kann ferner nach allgemeinem Schuldrecht ein Schadensersatzanspruch wegen Verletzung einer vorvertraglichen Pflicht des Versicherers (§ 311 Abs. 2 BGB) zustehen. Bei nachhaltiger, schwerwiegender Verletzung der Verpflichtung kann schließlich ein Widerruf der Erlaubnis des Versicherers zum Geschäftsbetrieb durch die Aufsichtsbehörde in Betracht kommen.

Zu Absatz 2

Die Ermächtigung des Bundesministeriums der Justiz, durch Rechtsverordnung die vom Versicherer mitzuteilenden Informationen im Einzelnen zu regeln, wird weitgehend durch die Vorgaben der in Bezug genommenen Fernabsatzrichtlinie II und der für die Lebensversicherung geltenden Richtlinie 2002/83/EG konkretisiert. Dabei ist der Verordnungsgeber an diese und andere Richtlinien in der Weise gebunden, dass er zumindest die in den Richtlinien vorgesehenen Informationen auch in die Rechtsverordnung aufnehmen muss. Soweit die Richtlinien die Informationspflichten nicht abschließend regeln, kann er weitere Informationen vorschreiben, wenn sie für die Entscheidung des Versicherungsnehmers, ob er einen bestimmten Versicherungsvertrag schließen soll, von Bedeutung sind. Dies trifft insbesondere bei der Lebensversicherung auf die Überschussbeteiligung (§ 153 VVG-E), ihre Ermittlung und Berechnung, den Rückkaufswert nach § 169 VVG-E und die bei dessen Berechnung zugrunde gelegten Abschluss- und Vertriebskosten sowie auf die Modellrechnung (§ 154 VVG-E) zu. Auch kann der Verordnungsgeber z. B. vorsehen, dass die zunächst nur für Lebensversicherungen vorgeschriebenen besonderen Informationen auch bei Verträgen zu erteilen sind, die einzelne Elemente der Lebensversicherung enthalten; das ist der Fall bei der Unfall- und der Berufsunfähigkeitsversicherung mit Beitragsrückgewähr. Bei der Krankenversicherung sind die bisher in der Anlage zum VAG unter Buchstabe D Abschnitt I Nr. 3 geregelten Informationen zu erfassen. Zusätzlich soll durch den Verordnungsgeber sichergestellt werden, dass der Versicherungsnehmer über die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie über die für ihn voraussichtlich zu erwartende Prämienentwicklung, d. h. von Vertragsbeginn bis zum Vertragsende, informiert wird; er soll dadurch in die Lage versetzt werden,

die für ihn mögliche Prämienentwicklung zu beurteilen und zur Grundlage seiner Entscheidung zu machen. Um sicherzustellen, dass die Versicherungsnehmer trotz der Vielfalt der zu erteilenden Informationen sich ein eindeutiges Bild von dem angebotenen Versicherungsvertrag und den für ihre Entscheidung maßgeblichen Merkmalen verschaffen können, soll in der Verordnung auch geregelt werden, in welcher Art und Weise die Informationen darzustellen sind (§ 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 VVG-E).

§ 7 Abs. 2 VVG-E und die auf dieser Grundlage zu erlassende Rechtsverordnung werden die Transparenz deutlich verbessern; dies gilt insbesondere für die Lebensversicherung, für die das Bundesverfassungsgericht im Urteil 1 BvR 80/95 eine Verbesserung der Transparenz angemahnt hat (s. o.). Die Rechtsverordnung ist im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu erlassen, da dieses für mehrere einschlägige, d. h. Informationspflichten vorsehende Richtlinien der Europäischen Union federführend zuständig ist; daneben ist das Benehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz mit Rücksicht auf dessen allgemeine Zuständigkeit für den Verbraucherschutz herzustellen.

Zu Absatz 3

Zu Absatz 3 erfasst die Informationen, die bei einem bereits bestehenden Vertragsverhältnis während der Laufzeit des Vertrags im Hinblick auf Änderungen erteilter Informationen sowie bei der Krankenversicherung nach der bisherigen Anlage zum VAG unter Buchstabe D Abschnitt II Nr. 4 zu erteilen sind. Die bei Vertragsschluss mitgeteilten Vertragsbestimmungen und AVB werden Grundlage des Vertrags. Der vereinbarte Vertrag kann selbstverständlich nicht ohne weiteres geändert werden. § 7 Abs. 3 VVG-E soll auch nicht die Möglichkeit eröffnen, Änderungen des Vertragsinhaltes vorzunehmen. Soweit solche Änderungen jedoch durch Gesetz zugelassen oder vereinbart worden sind, muss über sie informiert werden. Ferner ist an Änderungen zu denken, die ohne gesetzliche Grundlage oder vertragliche Vereinbarung erfolgen können (z. B. Adressenänderungen).

Bei der Lebensversicherung mit Beitragsrückgewähr muss der Versicherungsnehmer jährlich über die Entwicklung seiner Ansprüche informiert werden. Bei der Krankenversicherung ist der Verordnungsgeber aufgefordert, sicherzustellen, dass der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss über die für ihn mögliche Prämienentwicklung zu informieren ist, und zwar so, dass der Versicherungsnehmer die für ihn mögliche Prämienentwicklung beurteilen und zur Grundlage seiner Entscheidung machen kann; diese Information kann auf der Grundlage der zurückliegenden Prämienentwicklung und -gestaltung gegeben werden.

Zu Absatz 4

Das Recht des Versicherungsnehmers, vom Versicherer alle Vertragsbestimmungen einschließlich der maßgeblichen AVB in Papierform zu verlangen, ist durch Artikel 5 Abs. 3 Satz 1 der Fernabsatzrichtlinie II vorgegeben. Dieses Recht kann sich auch auf den Zeitraum nach Vertragsbeendigung erstrecken, wenn der Versicherungsnehmer die Unterlagen für die Abwicklung des Vertrags benötigt. Der Wortlaut der Vorschrift stimmt mit § 48b VVG überein. Wie in dem neuen § 312c BGB wird mit dem Begriff der Urkunde an § 126 BGB angeknüpft; einer Unterzeichnung der Urkunde

bedarf es nicht. Eine ergänzende Regelung enthält der Entwurf in § 3 Abs. 3 und 4 VVG-E bezüglich eines verlorenen oder vernichteten Versicherungsscheins sowie für Abschriften von Erklärungen des Versicherungsnehmers. Im Einklang mit der Kostenregelung nach § 3 Abs. 5 VVG-E wird in Absatz 4 bestimmt, dass die Kosten für die erstmalige Übermittlung der Unterlagen in Papierform vom Versicherer zu tragen sind.

Zu Absatz 5

Die Ausnahme der Großrisiken in Satz 1 von den Informationspflichten nach den Absätzen 1 bis 4 entspricht sowohl den EU-rechtlichen Vorgaben als auch den allgemeinen Grundsätzen des Entwurfes.

Mit der Ausnahmegvorschrift in Satz 2 wird den Erfordernissen der Richtlinie 92/49/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung, Artikel 31), die bisher in § 10a Abs. 1 Satz 2 VAG geregelt sind, entsprochen.

Zu § 8 (Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers)

Die Vorschrift über das allgemeine Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers entspricht inhaltlich den Vorschriften des § 48c Abs. 1 bis 4 VVG, die durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen vom 2. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3102) in das VVG eingefügt worden sind. Sie ersetzt insbesondere die Regelung im bisherigen § 5a VVG. Für die Lebensversicherung enthält § 152 Abs. 1 VVG-E eine Sonderregelung zur Fristdauer.

Zu Absatz 1

Mit der Regelung des Widerrufsrechts des Versicherungsnehmers wird zunächst den Vorgaben der Fernabsatzrichtlinie II entsprochen. Eine Beschränkung dieses Rechts auf den Anwendungsbereich dieser Richtlinie ist aber weder im Hinblick auf den geschützten Personenkreis noch auf die Art des Zustandekommens des Versicherungsvertrags sachlich gerechtfertigt. Wie zu § 7 Abs. 1 VVG-E bezüglich der Informationspflicht des Versicherers ausgeführt, ist ein Schutzbedürfnis nicht nur für Verbraucher im Sinn des § 13 BGB, sondern gleichermaßen für alle natürlichen und juristischen Personen, ausgenommen Versicherungsverträge über Großrisiken, anzuerkennen. Daher räumt Absatz 1 abweichend von § 48c in Verbindung mit § 48a Abs. 1 VVG allen Versicherungsnehmern das Recht ein, ihre auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung innerhalb von zwei Wochen zu widerrufen; dieses Recht ist lediglich in den in Absatz 3 erfassten Fällen ausgeschlossen.

Satz 2 knüpft an die allgemeine Widerrufsregelung des § 355 Abs. 1 Satz 2 BGB an und entspricht damit auch den Vorgaben der Fernabsatzrichtlinie II.

Zu Absatz 2

Die Regelung des Absatzes 2 über den Fristbeginn, die Belehrung und alle Formalien ist durch Artikel 6 Abs. 1 und 6 der Fernabsatzrichtlinie II vorgegeben. Abweichend von dem bisherigen § 48c Abs. 2 VVG stellt § 8 Abs. 2 VVG-E für den Fristbeginn nicht auf den Abschluss des Vertrags ab, da dieser Zeitpunkt für den Versicherungsnehmer häufig unklar sein wird. Die für beide Vertragsparteien unverzichtbare Eindeutigkeit in diesem Punkt wird dadurch erreicht, dass auf den Zugang des Versicherungsscheins abgestellt

wird. Dies ist im Regelfall auch der Zeitpunkt des Vertragschlusses und entspricht somit der EU-Richtlinie. Hieran ändert sich auch nichts durch die Tatsache, dass im Einzelfall der Vertrag schon vorher, im Fall des § 5 VVG-E auch erst nachträglich, zustande kommen kann. Für den Schutz des Versicherungsnehmers ist entscheidend, dass die Widerrufsfrist von zwei Wochen nicht bereits mit dem Abschluss des Vertrags, sondern erst dann zu laufen beginnt, wenn dem Versicherungsnehmer sämtliche nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG-E vorgeschriebenen Unterlagen und Informationen sowie eine ordnungsgemäße Belehrung in Textform zugegangen sind (so auch die allgemeine Regelung des Widerrufsrechts in § 355 Abs. 2 BGB).

Das in Satz 2 erwähnte Muster des Bundesministeriums der Justiz für die Widerrufsbelehrung soll in Anlehnung an § 14 der BGB-Informationspflichten-Verordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 2002 (BGBl. I S. 3002), der durch das Gesetz zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen an die Vorgaben der Fernabsatzrichtlinie II angepasst wurde, aufgrund der Ermächtigung in Absatz 5 durch Rechtsverordnung festgelegt werden.

Der dem Versicherer nach Satz 3 obliegende Zugangsbeleg kann jedenfalls für die Belehrung dadurch erbracht werden, dass sich der Versicherer den Zugang des Belehrungsformulars vom Versicherungsnehmer unterschreiben lässt. Eine Vermutung für den Zugang des Versicherungsscheins, der AVB sowie der anderen notwendigen Informationsunterlagen kann in Betracht kommen, wenn der Versicherungsnehmer bereits mehrfach die Prämie bezahlt hat und erst danach den Widerruf mit der Behauptung erklärt, die Unterlagen seien ihm nicht zugegangen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Ausnahmefälle, in denen dem Versicherungsnehmer ein Widerrufsrecht nicht oder nicht mehr zusteht. Die Ausnahmen in Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sind in Artikel 6 Abs. 2 Buchstabe b und c der Fernabsatzrichtlinie II begründet; sie entsprechen § 48c Abs. 3 und 4 VVG.

Ein Widerrufsrecht bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung (vgl. Abschnitt 5) würde dem Sinn und Zweck des vorläufigen Deckungsschutzes widersprechen. Vom Abschluss nach Satz 1 Nr. 2 müssen allerdings Fernabsatzverträge im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 BGB ausgenommen werden, da Verträge über vorläufige Deckung in der Fernabsatzrichtlinie II im Ausnahmekatalog des Artikels 6 Abs. 2 nicht berücksichtigt worden sind; bei diesen Verträgen kann ein Widerruf nach Satz 1 Nr. 1 ausgeschlossen sein (Laufzeit unter einem Monat).

Die Ausnahme in Satz 1 Nr. 3 für Verträge mit Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, stimmt mit dem bisherigen § 5a Abs. 1 Satz 2 VVG überein. Allerdings müssen auch hier auf Grund der Vorgabe durch die Fernabsatzrichtlinie II die im Fernabsatz geschlossenen Verträge ausgenommen werden. Eine entsprechende Regelung enthält § 211 Abs. 2 VVG-E für regulierte Pensionskassen aus Gründen der Klarstellung.

Ferner besteht nach Satz 1 Nr. 4 in Übereinstimmung mit den gemeinschaftsrechtlichen Regelungen bei Verträgen über ein Großrisiko kein Widerrufsrecht. Dies entspricht

auch der Regelung der Informationspflichten in § 7 Abs. 5 Satz 1 VVG-E.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 48b Abs. 6 Satz 2 VVG.

Zu Absatz 5

Die Ermächtigung für das Bundesministerium der Justiz, durch Rechtsverordnung den Inhalt und die Gestaltung der Belehrung über das Widerrufsrecht gemäß Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 festzulegen, lehnt sich an Artikel 245 EGBGB an, aufgrund dessen das Belehrungsmuster nach § 14 der BGB-Informationspflichten-Verordnung festgelegt worden ist.

Zu § 9 (Rechtsfolgen des Widerrufs)

Die Vorschrift regelt unter Beachtung der Vorgaben der Fernabsatzrichtlinie II (Artikel 7) die Rechtsfolgen, die sich für die Vertragspartner aus einem vom Versicherungsnehmer gemäß § 8 VVG-E erklärten Widerruf ergeben.

§ 9 VVG-E übernimmt sachlich unverändert die Vorschrift des § 48c Abs. 5 VVG, die durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen in das VVG eingefügt worden ist. Diese Regelung weicht zwar teilweise von der von der VVG-Kommission in § 9 ihres Entwurfes vorgeschlagenen Lösung ab. Da aber auch § 48c Abs. 5 VVG einen angemessenen Schutz der Interessen der Versicherungsnehmer gewährleistet, besteht keine sachliche Notwendigkeit, die neu eingefügte Regelung durch die etwas kompliziertere Lösung der VVG-Kommission zu ersetzen. Damit wird vor allem auch der mit dem Kommissionsvorschlag verbundene Nachteil für den Versicherungsnehmer vermieden, dass er eine bereits erhaltene Versicherungsleistung zurückzahlen müsste, wenn er in Unkenntnis dieser Rechtsfolge einen Widerruf erklärt.

Kommt § 9 Satz 1 VVG-E nicht zur Anwendung, weil der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, bestimmen sich die Rechtsfolgen des Widerrufs nach § 346 BGB in Verbindung mit § 357 Abs. 1 BGB; bereits geleistete Zahlungen sind zurückzugewähren.

Eine Sonderregelung enthält § 152 Abs. 2 VVG-E für die Lebensversicherung.

Zu § 10 (Beginn und Ende der Versicherung)

Für den Beginn und das Ende einer Versicherung ist bisher in der dispositiven Regelung des § 7 Abs. 1 VVG der Mittag des bezeichneten Tages als Regelfall bezeichnet. Eine solche vertragliche Bestimmung kann zwar auch in anderen Wirtschaftsbereichen vorkommen, hat aber nur bei der Versicherung Verbreitung gefunden. Sie ist aber z. B. bei der privaten Krankenversicherung unpraktikabel, da die gesetzliche Krankenversicherung vom Beginn und Ende eines Tages ausgeht; wegen des häufigen Wechsels zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung müssen auch nur geringfügige Lücken vermieden werden. Auch bei dem Übergang von einer Gruppenversicherung, die üblicherweise mit einer Mitternachtsregelung abgeschlossen wird, zu einer Einzelversicherung mit einer Mittagsregelung treten Lücken auf, die im Einzelfall verhängnisvoll sein können. In der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherung sind ebenfalls

Beginn und Ende eines Tages maßgebend (vgl. § 1 Abs. 2 KfzPflVV).

Unter diesen Umständen wird die Mittagsregel in § 7 VVG aufgegeben. Sie kann aber im einzelnen Versicherungsvertrag und in den AVB beibehalten werden. Das liegt in denjenigen Versicherungszweigen nahe, bei denen häufiger nächtliche Versicherungsfälle vorkommen, die schwerlich der Zeit vor und nach Mitternacht zuzuordnen sind. Enthalten Versicherungsverträge keine Uhrzeit für Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, gilt nach § 10 VVG-E in Zukunft die Mitternachtsregelung, d. h. die Versicherung beginnt mit dem Beginn des vereinbarten Tages und endet um 24 Uhr des letzten Tages der Vertragszeit.

Zu § 11 (Verlängerung, Kündigung)

Die Frage der zulässigen Laufzeiten von Versicherungsverträgen und der Kündigung wird abweichend vom geltenden Recht geregelt. Mit der vorgeschlagenen Änderung der Festlaufzeit soll den unterschiedlichen Interessen von Versicherern und Versicherungsnehmern Rechnung getragen werden (vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 3).

Ferner entfallen die bisherigen Absätze 4 und 5 des § 8 VVG über das Widerrufs- bzw. Rücktrittsrecht des Versicherungsnehmers sowie die hieran anknüpfende Vorschrift des bisherigen Absatzes 6. An die Stelle des Widerrufsrechts nach § 8 Abs. 4 VVG bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von mehr als einem Jahr tritt das generelle Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers (§ 8 VVG-E). Die gemeinschaftsrechtlich vorgegebene Sonderregelung in § 8 Abs. 5 VVG über das Rücktrittsrecht bei der Lebensversicherung ist Teil der Vorschriften für die Lebensversicherung in § 152 VVG-E.

Zu Absatz 1

Die bisherige Regelung in § 8 Abs. 1 VVG über Verlängerungsklauseln bei zeitlich begrenzten Versicherungsverträgen soll sachlich unverändert beibehalten werden. Danach ist eine Verlängerung, soweit sie mehr als ein Jahr beträgt, unwirksam. Der Wortlaut der Vorschrift ist lediglich aus redaktionellen Gründen geringfügig geändert worden; insbesondere ist berücksichtigt worden, dass die Vorschrift alle auf bestimmte Zeit geschlossenen Verträge mit Verlängerungsklausel und nicht nur Verträge, die als stillschweigend verlängert gelten, erfassen soll.

Zu Absatz 2

Satz 1 stimmt mit § 8 Abs. 2 Satz 1 VVG überein. Satz 2 übernimmt die bisherige Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 3 VVG, nach der die Vertragsparteien einvernehmlich bis zur Dauer von zwei Jahren auf eine Kündigung verzichten können.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt mit § 8 Abs. 2 Satz 2 VVG überein. Durch die Verlagerung in einen gesonderten Absatz wird der bisher auf Verträge auf unbestimmte Zeit beschränkte Anwendungsbereich auf Verträge mit bestimmter Laufzeit mit Verlängerungsklausel erstreckt; auch in diesen Fällen soll der Vertrag keine Kündigungsfristen von mehr als drei Monaten oder weniger als einem Monat vorsehen dürfen.

Zu Absatz 4

Die bisherige Begrenzung der Laufzeit auf fünf Jahre soll nunmehr auf drei Jahre reduziert werden. Auf die von der VVG-Kommission vorgeschlagene Beschränkung der neuen Regelung auf Versicherungsverträge mit Verbrauchern wird verzichtet. Die zu § 7 VVG-E dargelegten Erwägungen zum Schutzbedürfnis von Nichtverbrauchern gelten auch hier.

Entsprechend dem Votum der VVG-Kommission wird auf eine Regelung über das Kündigungsrecht des Versicherers verzichtet. Der Versicherer kann sich ein den Vorschriften der Absätze 2 und 3 entsprechendes Recht in seinen AVB vorbehalten; insoweit ergibt sich auch aus § 18 VVG-E keine Beschränkung.

Wie bisher gilt für die Lebensversicherung eine Sonderregelung (vgl. § 168 VVG-E); sie ist nach § 176 VVG-E auch auf die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuwenden. Eine weitere Sonderregelung enthält § 205 VVG-E für die Krankenversicherung.

Zu § 12 (Versicherungsperiode)

Die Vorschrift stimmt mit § 9 VVG überein.

Zu § 13 (Änderung von Anschrift und Name)

Zu Absatz 1

Die Regelung in den Sätzen 1 und 2 stimmt in der Sache mit dem bisherigen § 10 Abs. 1 VVG überein; die redaktionellen Änderungen wie z. B. Ersetzung des Worts „Wohnung“ durch „Anschrift“ sind rein sprachlicher Natur. Um Streitigkeiten über die Dauer der „regelmäßigen Beförderung“ eines eingeschriebenen Briefes auszuschließen, wird der Zugang des Briefes drei Tage nach dessen Absendung fixiert.

Neu ist die Erstreckung der Regelung auf die Fälle einer Namensänderung in Satz 3. Hierfür besteht wegen der heute häufigeren Namensänderung von Versicherungsnehmern ein praktisches Bedürfnis.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist gegenüber § 10 Abs. 2 VVG unverändert.

Zu § 14 (Fälligkeit der Geldleistung)

Zu Absatz 1

Die Regelung des § 11 VVG über die Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers nach einem Versicherungsfall wird sachlich unverändert beibehalten. Die Fälligkeit anderer Leistungen des Versicherers bestimmt sich nach allgemeinem BGB-Recht.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift weicht redaktionell vom bisherigen § 11 Abs. 2 VVG insofern ab, als die Wörter „in Anrechnung auf die Gesamtforderung“ als überflüssig gestrichen werden und der bisherige Absatz 3 wegen des Sachzusammenhangs als Satz 2 angefügt ist.

Zu Absatz 3

§ 11 Abs. 4 VVG wird inhaltlich unverändert beibehalten.

Zu § 15 (Hemmung der Verjährung)

Die vorgesehene Verjährungsregelung weicht erheblich von § 12 VVG ab. Zum einen wird auf die Vorschrift des Absatzes 3 verzichtet, die eine gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs durch den Versicherungsnehmer innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten vorsieht. Es liegt zwar im Interesse des Versicherers, möglichst bald Klarheit darüber zu bekommen, ob er noch mit der Geltendmachung von abgelehnten Ansprüchen rechnen muss. Dies rechtfertigt aber nicht eine derartige Sonderregelung, die dem Versicherer die Möglichkeit gibt, die Verjährungsfrist zu Lasten des Vertragspartners einseitig zu verkürzen. Zum anderen entfällt die bisherige Sonderregelung für die Verjährungsfrist bei Versicherungsverträgen. Nach geltendem Recht verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Diese Verjährungsfristen weichen von der Neuregelung des Verjährungsrechts im BGB durch das Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts ab, nach der eine Regelfrist von drei Jahren gilt (vgl. § 195 BGB).

Für Versicherungsverträge sind keine schutzwürdigen Interessen der Vertragspartner ersichtlich, die eine Abweichung von der Regelfrist weiterhin erforderlich machen würden. Daher verzichtet der Entwurf auf eine Regelung der Verjährungsfrist. Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung bestimmen sich künftig ausschließlich nach § 195 ff. BGB.

Lediglich für die bisherige Hemmungsregelung des § 12 Abs. 2 VVG besteht weiterhin ein Bedürfnis. Der neue § 15 VVG-E übernimmt diese Vorschrift mit geringfügigen Änderungen. Er bezieht sich wie bisher nur auf Ansprüche, die ihre rechtliche Grundlage in dem Versicherungsvertrag haben. Lediglich das Schriftformerfordernis für die Mitteilung des Versicherers wird entsprechend der grundsätzlichen Entscheidung des Entwurfes, die Schriftform nur in den zum Schutz des Versicherungsnehmers unverzichtbaren Fällen beizubehalten, durch die Textform ersetzt. Ferner werden durch die redaktionellen Änderungen des bisherigen § 12 Abs. 2 VVG die Fälle berücksichtigt, in denen der angemeldete Anspruch nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Pfandgläubiger oder Zessionar zusteht.

Zu § 16 (Insolvenz des Versicherers)

Die Vorschrift für den Fall der Insolvenz des Versicherers entspricht sachlich § 13 VVG. Aus redaktionellen Gründen wird der bisherige Satz 2 in einen gesonderten Absatz 2 aufgenommen und sprachlich modernisiert. Die Regelung ist nicht abschließend; anderweitige Kündigungsrechte bleiben unberührt.

Eine Sonderregelung enthält § 117 Abs. 5 VVG-E für die Pflichtversicherung.

Auf die bisherige Sonderregelung des § 14 VVG für den Fall der Insolvenz des Versicherungsnehmers wird verzichtet, da für ein besonderes Kündigungsrecht des Versicherers kein hinreichendes Bedürfnis besteht.

Zu § 17 (Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen)

Bei einer Versicherung, die sich auf nicht pfändbare Sachen bezieht, sind Forderungen der Vertragsparteien aus dem Versicherungsverhältnis nur auf die hier bezeichneten Gläu-

biger übertragbar und damit pfändbar. Diese Regelung entspricht dem geltenden § 15 VVG.

Zu § 18 (Abweichende Vereinbarungen)

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang halbzwingend. Im Interesse einer Vereinfachung und besseren Lesbarkeit des § 18 VVG-E werden Bestimmungen nicht ausdrücklich ausgeklammert, für die abweichende Vereinbarungen aus der Natur der Sache ausscheiden (z. B. § 7 Abs. 2 und 3, § 8 Abs. 5 VVG-E). Zusätzlich werden § 3 Abs. 1 und 3 sowie die neuen Regelungen des § 6 VVG-E über die Beratung des Versicherungsnehmers erfasst, um abweichende Vereinbarungen zum Nachteil des auch insoweit schutzbedürftigen Versicherungsnehmers auszuschließen.

Zu § 19 (Anzeigepflicht)

§ 19 VVG-E regelt die vorvertragliche Anzeigepflicht des künftigen Versicherungsnehmers, durch die dem Versicherer eine zutreffende Risikoeinschätzung ermöglicht werden soll. Die derzeitige Regelung des § 16 VVG berücksichtigt nicht hinreichend die berechtigten Interessen des Versicherungsnehmers. Insbesondere seine Verpflichtung nach § 16 Abs. 1 VVG, alle ihm bekannten Umstände, die für die Gefahrübernahme erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen,bürdet ihm ein unangemessenes Risiko auf; die Beurteilung, ob ein Umstand gefahrerheblich ist, ist für den Versicherungsnehmer unter Umständen sehr schwierig.

Die Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten sind im Übrigen bisher in den §§ 16 bis 22 VVG nicht sehr übersichtlich geregelt. Daher wird entsprechend den von der VVG-Kommission entwickelten allgemeinen Grundsätzen (vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 4) in den §§ 19 bis 22 VVG-E eine Neuregelung der Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers vorgeschlagen.

Wie im geltenden Recht allgemein anerkannt ist, handelt es sich bei der Anzeigepflicht um eine besondere Obliegenheit des Versicherungsnehmers; die Rechtsfolgen ihrer Verletzung sind in den §§ 19 bis 22 VVG-E abschließend geregelt.

Zu Absatz 1

Die wichtigste Neuerung ist darin zu sehen, dass der Versicherungsnehmer grundsätzlich nur solche ihm bekannten Umstände anzeigen muss, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Das Risiko einer Fehleinschätzung, ob ein Umstand gefahrrelevant ist, liegt also nicht mehr beim Versicherungsnehmer. Die Nachfrage nach einem bestimmten Umstand spricht dafür, dass dieser Umstand für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich ist. Er muss aber auch objektiv erheblich sein; dies wird z. B. bei Nachfragen, die sich auf einen sehr lange zurückliegenden Zeitraum beziehen, in der Regel zu verneinen sein. Das Verschweigen eines gefahrerheblichen Umstandes, den der Versicherer nicht oder nur mündlich nachgefragt hat, kann bei Arglist des Versicherungsnehmers ein Anfechtungsrecht des Versicherers nach § 123 BGB begründen (vgl. § 22 VVG-E). Das Erfordernis der Textform für die Nachfrage dient der Rechtssicherheit.

Bezüglich des Zeitpunktes für die Erfüllung der Anzeigepflicht stellt Absatz 1 Satz 1 nicht mehr auf den Vertragsschluss, sondern auf die auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung des Versicherungsnehmers ab. Dies ist in der Praxis meist der Antrag des Versicherungsnehmers, im bisher seltenen Fall der Antragstellung durch den Versicherer die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer wird davon ausgehen, dass er seiner Pflicht gegenüber dem Versicherer nachgekommen ist, wenn er die ihm vorgelegten Fragen zum Zeitpunkt seiner Antragstellung zutreffend beantwortet hat. Eine bloße Belehrung durch den Versicherer, dass er auch solche nachgefragten Umstände anzuzeigen hat, die erst nach der Antragstellung entstanden oder ihm bekannt geworden sind, erscheint angesichts des Umfangs der vom Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss zur Kenntnis zu nehmenden Informationen des Versicherers nicht ausreichend. Daher ist diese erweiterte Anzeigepflicht nach Absatz 1 Satz 2 davon abhängig, dass der Versicherer vor Vertragsannahme die in Satz 1 umschriebenen Fragen in Textform wiederholt oder auch erstmalig stellt.

Zu Absatz 2

Dem Versicherer steht im Fall der Verletzung der Anzeigepflicht nach Absatz 1 ein Rücktrittsrecht zu; Ausnahmen hiervon enthalten die Absätze 3 und 4. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn der Versicherungsnehmer eine Frage des Versicherers unrichtig beantwortet, da er in diesem Fall einen für den Versicherer erheblichen Umstand nicht anzeigt. Einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz entsprechend § 17 VVG bedarf es im Hinblick auf den neuen Wortlaut des Absatzes 1 hier – anders als bei Absatz 5 Satz 2 – nicht.

Durch den Rücktritt, der gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären ist (vgl. § 349 BGB), wird der Vertrag ex tunc beseitigt. Die Bedingungen für die Ausübung des Rücktrittsrechts sind in § 21 VVG-E sowie in § 39 Abs. 1 Satz 2 VVG-E bezüglich der Prämie geregelt. Im Übrigen bestimmen sich die Wirkungen des Rücktrittes nach § 346 BGB.

Zu Absatz 3

Während nach § 16 Abs. 3 VVG ein Rücktritt des Versicherers nur bei fehlendem Verschulden des Versicherungsnehmers ausgeschlossen ist, soll künftig das Rücktrittsrecht auch bei einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers entfallen, da in diesem Fall eine so weit reichende Sanktion, wie sie das Rücktrittsrecht darstellt, nicht gerechtfertigt erscheint. Die Beweislast für das Nichtvorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit liegt beim Versicherungsnehmer.

Ist das Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat, kann der Versicherer nach Satz 2 den Vertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat für die Zukunft beenden. Die Monatsfrist ist notwendig, um dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit zu geben, sich anderweitig Versicherungsschutz zu verschaffen. Das Kündigungsrecht besteht jedoch dann nicht, wenn der Versicherer nach Absatz 4 den Vertrag anpassen kann.

Eine Sonderregelung enthält § 194 Abs.1 Satz 3 VVG-E für die Krankenversicherung im Fall fehlenden Verschuldens des Versicherungsnehmers.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift enthält einen weiteren Ausschlussgrund für das Rücktrittsrecht des Versicherers nach Absatz 2. Ein Rücktritt erscheint dann nicht gerechtfertigt, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Dies gilt auch für das besondere Kündigungsrecht des Versicherers nach Absatz 3 Satz 2, da auch eine Kündigung des Vertragsverhältnisses für den Versicherungsnehmer insbesondere bei einer Personenversicherung zu gravierenden Nachteilen führen kann. Der Versicherungsnehmer hat darzulegen und erforderlichenfalls zu beweisen, dass der nicht angezeigte Umstand nach den AVB und allgemeinen Geschäftsgrundsätzen des Versicherers nicht zu einer Versagung des Versicherungsschutzes geführt hätte.

Der Ausschluss des Rücktrittsrechts des Versicherers ist allerdings dann unbillig, wenn der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt hat. Dem Versicherer kann nicht zugemutet werden, an einem Vertrag mit einem Versicherungsnehmer festgehalten zu werden, der seine Pflicht nach Absatz 1, die für den Versicherer erheblichen Umstände anzuzeigen, bewusst verletzt.

Sind Rücktritt und Kündigung nach Satz 1 ausgeschlossen, werden die Bedingungen, zu denen der Versicherer in Kenntnis der nicht angezeigten Umstände den Vertrag geschlossen hätte, rückwirkend Vertragsbestandteil, sobald der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine entsprechende Erklärung zugehen lässt. Die notwendige Feststellung, zu welchen Bedingungen, insbesondere zu welcher Prämie der Vertrag mit dem nicht angezeigten Umstand geschlossen worden wäre, kann zwar im Einzelfall zu praktischen Schwierigkeiten führen; sie dürften aber in aller Regel ebenso überwindbar sein, wie dies bei der bisherigen Regelung des § 41 VVG der Fall war.

Die Rückwirkung einer Erhöhung der Prämie würde allerdings im Fall einer unverschuldeten Verletzung der Anzeigepflicht zu einer Schlechterstellung des Versicherungsnehmers gegenüber § 41 Abs. 1 VVG führen. Diese Abweichung vom geltenden Recht zu Ungunsten des Versicherungsnehmers erscheint auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen des Versicherers unbillig, zumal es sich eher um seltene Ausnahmefälle handeln dürfte. Daher übernimmt Satz 2 für den Fall einer Anzeigepflichtverletzung ohne Verschulden des Versicherungsnehmers die Bestimmung des § 41 Abs. 1 Satz 1 VVG, wonach die bei richtiger und vollständiger Anzeige maßgeblichen Bedingungen des Versicherers, insbesondere eine erhöhte Prämie, ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden.

Bei der Krankenversicherung verbleibt es bei der bisherigen Sonderregelung zugunsten des Versicherungsnehmers (§ 194 Abs.1 Satz 3 VVG-E).

Zu Absatz 5

Zum Schutz des Versicherungsnehmers wird in Satz 1 der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer über die

Folgen einer Verletzung seiner Anzeigepflicht nach Absatz 1 durch eine gesonderte Mitteilung in Textform zu belehren. Die Belehrung muss so rechtzeitig vor Vertragsschluss erfolgen, dass der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht noch erfüllen kann. Unterlässt der Versicherer diese Belehrung, kann er sich auf die Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers nicht berufen.

Der Ausschluss der in den Absätzen 2 bis 4 geregelten Rechte des Versicherers nach Satz 2, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte, entspricht § 16 Abs. 3 und § 17 Abs. 2 VVG. Die ausdrückliche Erfassung der Kenntnis des Versicherers von der Unrichtigkeit der Anzeige erscheint hier aus Gründen der Klarstellung notwendig.

Zu Absatz 6

Macht der Versicherer von seinem Recht nach Absatz 4 Satz 2 zur Vertragsänderung Gebrauch, können sich hieraus für den Versicherungsnehmer Verschlechterungen ergeben, die sein Festhalten an dem geänderten Vertrag als nicht zumutbar erscheinen lassen. Dies ist der Fall, wenn er zur Zahlung einer um mehr als zehn Prozent höheren Prämie als zunächst vorgesehen verpflichtet ist oder wenn die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand vom Versicherer ausgeschlossen wird. Nach Satz 1 hat der Versicherungsnehmer unter diesen Voraussetzungen das Recht, den geänderten Vertrag durch fristlose Kündigung zu beenden; für den Fall der Prämienhöhung entspricht dies der Regelung des § 31 VVG, der als § 40 VVG-E beibehalten wird. Die Kündigung lässt allerdings die sich aus dem geänderten Vertrag ergebenden Verpflichtungen des Versicherungsnehmers bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung für die Vergangenheit unberührt, da die Anpassung mit Ex-tunc-Wirkung erfolgt. Liegt kein Verschulden des Versicherungsnehmers vor, ist die Rückwirkung auf den Beginn der laufenden Versicherungsperiode begrenzt. Über das Kündigungsrecht nach Satz 1 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer zu belehren; die Belehrung ist mit der Mitteilung der Vertragsänderung zu verbinden.

Zu § 20 (Vertreter des Versicherungsnehmers)

Die Vorschrift stimmt in der Sache mit § 19 VVG überein. Die dortige Unterscheidung von Bevollmächtigtem und Vertreter ohne Vertretungsmacht ist entbehrlich; der neue Text verwendet daher nur den Begriff des Vertreters.

Die sonstigen redaktionellen Abweichungen berücksichtigen die Änderungen des bisherigen § 16 VVG in § 19 VVG-E. Der Fall der Arglist wird nur noch in § 21 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 2 VVG-E erfasst. Auf die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung (§ 22 VVG-E) ist § 20 VVG-E nicht anzuwenden.

Zu § 21 (Ausübung der Rechte des Versicherers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt in den Sätzen 1 und 2 die bisherige Regelung des § 20 Abs. 1 VVG für den Rücktritt auch bezüglich der weiteren Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 VVG-E. Im Interesse der Rechtsklarheit für den Versicherungsnehmer schreibt Satz 1 für die Ausübung dieser Rechte die Schriftform vor; dies entspricht auch der bisherigen Praxis bei Rücktrittserklärun-

gen. Ferner wird in Satz 3 bestimmt, dass der Versicherer die Gründe anzugeben hat, auf die er das von ihm erklärte Recht stützt; dies entspricht ebenfalls einem berechtigten Interesse des Versicherungsnehmers. Um eine „Überfrachtung“ der schriftlichen Erklärung des Versicherers zu vermeiden und ihm die Möglichkeit zu geben, zusätzliche Erkenntnisse, die für das von ihm geltend gemachte Recht relevant sind, geltend zu machen, wird ihm ein fristgerechtes Nachschieben von Gründen gestattet.

Die bisherige Regelung des § 20 Abs. 2 VVG über den Rücktritt und dessen Wirkungen ist entbehrlich, da sie dem auch für das VVG geltenden allgemeinen Schuldrecht (vgl. §§ 346, 349 BGB) entspricht; hinsichtlich der gezahlten Prämie sieht § 39 Abs. 1 Satz 2 VVG-E eine Sonderregelung vor.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift, nach der die Leistungsfreiheit des Versicherers im Fall des Rücktrittes von der Kausalität der Anzeigepflichtverletzung für den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers abhängt, stimmt in der Sache mit § 21 VVG überein. Den Beweis fehlender Kausalität hat – wie nach den Parallelvorschriften des § 26 Abs. 3 Nr. 1 und des § 28 Abs. 3 Satz 1 VVG-E – der Versicherungsnehmer zu führen. Das Kausalitätserfordernis entfällt – entsprechend § 28 Abs. 3 Satz 2 VVG-E – aus Gründen der Generalprävention im Fall der Arglist.

Die redaktionellen Abweichungen vom derzeit geltenden Text sind zur Anpassung an die Parallelregelung des § 28 Abs. 3 VVG-E erforderlich.

Zu Absatz 3

Die allgemeine Ausschlussfrist von fünf Jahren nach Satz 1 für die Geltendmachung der Rechte nach § 19 Abs. 2 bis 4 VVG-E durch den Versicherer ist neu. Sie trägt dem Interesse des Versicherungsnehmers Rechnung, in einem angemessenen Zeitraum Sicherheit darüber zu erlangen, dass der Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt Bestand hat. Eine Rückabwicklung bzw. rückwirkende Anpassung des Vertrags nach vielen Jahren kann zu unzumutbaren Belastungen des Versicherungsnehmers führen, denen keine hinreichenden schutzwürdigen Interessen des Versicherers gegenüberstehen.

Die vorgesehene Ausschlussfrist weicht zwar von dem Vorschlag der VVG-Kommission ab, in Anlehnung an § 178k Satz 1 VVG (Krankenversicherung) eine Ausschlussfrist von lediglich drei Jahren zu bestimmen und nur für die Lebensversicherung und die Berufsunfähigkeitsversicherung eine Frist von fünf Jahren vorzusehen. Eine einheitliche Frist von fünf Jahren außerhalb der Krankenversicherung erscheint aber im Hinblick auf die Neugestaltung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG-E angemessen. Mit der neuen Regelung wird die Rechtsstellung des Versicherungsnehmers gegenüber dem geltenden Recht nicht unerheblich verbessert. Dies darf nicht dazu führen, dass solche Versicherungsnehmer begünstigt werden, die ihre Anzeigepflicht gröblich verletzen und sich dadurch auf Kosten der Versichertengemeinschaft dauerhaft ungerechtfertigte Vorteile verschaffen. Eine relativ kurz bemessene Ausschlussfrist für die Rechte des Versicherers könnte einen Anreiz für diese Versicherungsnehmer bieten, eine gefahr-

relevante Tatsache in der Erwartung zu verschweigen oder unrichtig anzuzeigen, dass sie dem Versicherer innerhalb dieser Frist nicht zur Kenntnis kommen wird.

Bei der Krankenversicherung muss es wegen ihrer besonderen sozialen Bedeutung bei der bisherigen Frist von drei Jahren verbleiben (§ 194 Abs. 1 Satz 4 VVG-E).

Die Ausschlussfrist verlängert sich im Fall einer vorsätzlichen oder arglistigen Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers nach Satz 2 auf zehn Jahre. Die unbefristete Beibehaltung des Rücktrittsrechts, wie sie § 178k Satz 2 VVG vorsieht, ist auch bei Arglist zu weitgehend; andererseits soll ein Versicherungsnehmer, der mit Vorsatz handelt, nicht von der kürzeren Ausschlussfrist profitieren können. Die vorgeschlagene Bestimmung entspricht hinsichtlich der Arglist der Regelung des § 124 Abs. 3 BGB für die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung.

Zu § 22 (Arglistige Täuschung)

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 22 VVG überein. Die Klarstellung, dass die Vorschriften der §§ 19 bis 21 VVG-E das Recht des Versicherers unberührt lassen, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB anzufechten, ist auch für die Neuregelung der Anzeigepflichtverletzung erforderlich. Die bisherige Beschränkung des § 22 VVG auf eine Täuschung über Gefahrumstände entspricht nicht dem Sinn und Zweck der Regelung.

Zu § 23 (Gefahrerhöhung)

Das geltende Recht enthält in den §§ 23 bis 29a VVG eine komplizierte Regelung über die Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss. Inhaltlich entsprechen diese Vorschriften teilweise nicht den Interessen der Beteiligten, vor allem nicht dem Schutzinteresse des Versicherungsnehmers. Die VVG-Kommission hat daher Vorschläge zur Gefahrerhöhung entwickelt, die auf den zur Obliegenheitsverletzung (§ 28 VVG-E) sowie zur Verletzung der Anzeigepflicht (§ 19 ff. VVG-E) dargelegten einheitlichen Grundsätzen beruhen (vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 4).

Mit der vorgesehenen Neuregelung der Gefahrerhöhung in den §§ 23 bis 27 VVG-E werden diese Grundsätze umgesetzt. Für die generelle Ausnahmeregelung des § 26 VVG besteht kein praktisches Bedürfnis; sie soll daher entfallen.

Sonderregelungen sind für die laufende Versicherung (§ 57 VVG-E), die Transportversicherung in § 132 VVG-E, für die Lebensversicherung in § 158 VVG-E (der nach § 176 VVG-E auch auf die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuwenden ist) und für die Unfallversicherung in § 181 VVG-E enthalten. Auf die Krankenversicherung ist die Regelung nicht anzuwenden (§ 194 Abs. 1 Satz 2 VVG-E).

Zu Absatz 1

In Übereinstimmung mit dem geltenden Recht legt Absatz 1 das Verbot für den Versicherungsnehmer fest, ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorzunehmen oder zuzulassen. Während bisher der Vertragsschluss maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen einer Gefahrerhöhung ist, stellt die neue Regelung als Konsequenz der entsprechenden Regelung in § 19 Abs. 1 VVG-E für die Anzeigepflicht auf die Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers ab; dies ist in der Regel der Zeitpunkt seiner

Antragserklärung. Damit entfällt auch ein Bedürfnis für die Regelung des § 29a VVG über die Gefahrerhöhung zwischen Antragserklärung und der Annahme durch den Versicherer.

Das Verbot wird wie bisher konkretisiert durch § 27 VVG-E, wonach unerhebliche oder den Umständen nach mitversicherte Gefahrerhöhungen außer Betracht bleiben. Neben das Verbot tritt die Anzeigepflicht für nachträglich erkannte (§ 23 Abs. 2 VVG-E) und für diejenigen Gefahrerhöhungen, welche unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eingetreten sind (§ 23 Abs. 3 VVG-E).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist lediglich sprachlich gegenüber § 23 Abs. 2 VVG verändert worden. Insbesondere wird vermieden, auf eine Änderung abzustellen und offen zu lassen, worauf sich diese Änderung beziehen soll.

Zu Absatz 3

Der bisher in § 27 VVG geregelte Fall, dass die Gefahrerhöhung unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eintritt, ist wegen des Sachzusammenhanges als neuer Absatz 3 in die Regelung des § 23 VVG-E einbezogen; die Sanktionen werden für alle drei Tatbestände gesondert in den §§ 24 bis 26 VVG-E geregelt.

Entsprechend der Änderung in Absatz 1 wird auch im Fall des Absatzes 3 auf den Zeitpunkt nach Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers an Stelle des Vertragsschlusses abgestellt.

Zu § 24 (Kündigung wegen Gefahrerhöhung)

Zu Absatz 1

Abweichend vom geltenden Recht (§ 24 VVG) soll dem Versicherer nach Satz 1 ein fristloses Kündigungsrecht nur bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung der Verpflichtung nach § 23 Abs. 1 VVG-E, ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vorzunehmen oder zu gestatten, zustehen. Bei einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers hat der Versicherer dagegen wie in den vergleichbaren Fällen der Pflichtverletzung nach § 23 Abs. 2 und 3 VVG-E eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten (vgl. Satz 2). Anders als bei § 28 VVG-E erscheint ein Verzicht auf eine Sanktion bei einfacher Fahrlässigkeit hier nicht gerechtfertigt, da es sich bei der Gefahrerhöhung um einen den Versicherer auch in Zukunft belastenden Dauerverstoß handelt. Für die Beweislastverteilung gilt wie bisher, dass der Versicherer die Pflichtverletzung, der Versicherungsnehmer nachweisen muss, dass er nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat. Ein Kündigungsrecht des Versicherers besteht lediglich dann nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Pflichtverletzung schuldlos erfolgt ist und auch die Voraussetzungen für eine Kündigung nach Absatz 2 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 und 3 VVG-E nicht vorliegen.

Ist für den Versicherer zweifelhaft, ob dem Versicherungsnehmer grobe oder nur einfache Fahrlässigkeit anzulasten ist, kann er hilfsweise eine fristgemäße Kündigung erklären, um den Verlust seines Kündigungsrechts wegen Ablaufs der Frist nach Absatz 3 zu vermeiden.

Zu Absatz 2

Bei einer Gefahrerhöhung soll dem Versicherer grundsätzlich ein Kündigungsrecht zustehen. Da die Fälle des § 23 Abs. 2 und 3 VVG-E mit der Situation des Versicherungsnehmers nach Absatz 1 Satz 2 vergleichbar sind, wird auch hier eine Kündigungsfrist von einem Monat vorgeschrieben. Bezüglich des § 23 Abs. 3 VVG-E entspricht dies dem geltenden § 27 Abs. 1 VVG; neu dagegen ist die Differenzierung zwischen der Vornahme einer Gefahrerhöhung nach § 23 Abs. 1 VVG-E und einer Gefahrerhöhung nach § 23 Abs. 2 VVG-E, die der Versicherungsnehmer als solche zunächst nicht erkannt hat.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift über das Erlöschen des Kündigungsrechts stimmt mit dem geltenden Recht (§ 24 Abs. 2, § 27 Abs. 1 Satz 2 VVG) überein.

Zu § 25 (Prämienerrhöhung wegen Gefahrerhöhung)

Zu Absatz 1

Mit dieser neuen Regelung soll dem Versicherer ein Wahlrecht eingeräumt werden, statt der Kündigung nach § 24 VVG-E eine erhöhte Prämie zu verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr auszuschließen. Auch dieses Alternativrecht besteht nur, wenn die Voraussetzungen für eine Kündigung nach § 24 VVG-E vorliegen. Die Prämie ist nach den für die höhere Gefahr maßgeblichen Geschäftsgrundsätzen des Versicherers zu bemessen. Die Erlöschensvorschrift des § 24 Abs. 3 VVG-E gilt nach Satz 2 auch für die Ausübung dieses Rechts auf Prämienerrhöhung bzw. auf Ausschluss der Absicherung.

Zu Absatz 2

Der Versicherungsnehmer soll bei einer Prämienerrhöhung von mehr als zehn Prozent die Gelegenheit erhalten, durch fristlose Kündigung des Vertrags das höhere Risiko anderweitig günstiger zu versichern oder auf eine Versicherung zu verzichten; Entsprechendes gilt für den Fall des Ausschlusses der Absicherung durch den Versicherer. Das Kündigungsrecht muss innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ausgeübt werden. Über das Kündigungsrecht hat der Versicherer den Versicherungsnehmer zu belehren; dies entspricht den neuen Regelungen in § 19 Abs. 5 VVG-E und § 40 Abs. 1 VVG-E.

Zu § 26 (Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung)

Zu Absatz 1

Die Regelung über die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Gefahrerhöhung soll entsprechend den von der VVG-Kommission entwickelten Grundsätzen für die Verletzung vertraglicher Verpflichtungen des Versicherungsnehmers umgestaltet werden. Dies bedeutet zum einen, dass der Versicherer bei nur einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers abweichend vom geltenden § 25 Abs. 2 Satz 1 VVG zur Leistung verpflichtet ist. Zum anderen wird für die Fälle der groben Fahrlässigkeit das bisherige starre Alles-oder-nichts-Prinzip durch eine Quotelungsregelung ersetzt. Absatz 1 Satz 2 stimmt insoweit mit § 28 Abs. 2 Satz 2 VVG-E voll überein; auf die dortigen Erläuterungen wird daher Bezug genommen.

Eine weitere Abweichung vom geltenden Recht liegt schließlich darin, dass die nicht erkannte Gefahrerhöhung (§ 23 Abs. 2 VVG-E) wie in § 24 Abs. 2 VVG-E von der vorgenommenen Gefahrerhöhung (§ 23 Abs. 1 VVG-E) unterschieden und dem Fall der objektiven Gefahrerhöhung (§ 23 Abs. 3 VVG-E) gleichgestellt wird (vgl. Absatz 2).

Zu Absatz 2

Für die Fälle der Gefahrerhöhung nach § 23 Abs. 2 und 3 VVG-E regelt Satz 1 die Leistungsfreiheit des Versicherers entsprechend den geltenden Vorschriften des § 25 Abs. 2 Satz 2 und § 28 Abs. 1 und 2 Satz 1 VVG. Für die Begrenzung der Leistungsfreiheit in Satz 2 gelten dagegen die gleichen Neuerungen, wie sie zu Absatz 1 beschrieben sind (keine Leistungsfreiheit bei nur einfach fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht; Quotelung bei grober Fahrlässigkeit).

Zu Absatz 3

Die in den Nummern 1 und 2 geregelten Fälle, in denen der Versicherer uneingeschränkt leistungspflichtig ist, entsprechen dem geltenden Recht (§ 25 Abs. 3, § 28 Abs. 2 Satz 2 VVG). Macht der Versicherer von seinem Recht nach § 25 Abs. 1 VVG-E Gebrauch, anstelle der Kündigung die Prämie rückwirkend zu erhöhen oder die Absicherung der höheren Gefahr auszuschließen, entfällt nach Nummer 2 seine Leistungsfreiheit nach den Absätzen 1 und 2. Wegen dieser Besonderheit entspricht es hier, anders als in § 28 VVG-E, dem Interesse des Versicherungsnehmers, die Ausübung des Kündigungsrechts als Voraussetzung für die Leistungsfreiheit des Versicherers vorzuschreiben.

Zu § 27 (Unerhebliche Gefahrerhöhung)

Die Vorschrift übernimmt § 29 Satz 2 VVG mit geringfügigen redaktionellen Anpassungen, durch die insbesondere der Inhalt des bisherigen Satzes 2 verdeutlicht wird.

Zu § 28 (Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit)

In den Versicherungsverträgen sind vielfach Obliegenheiten geregelt, die der Versicherungsnehmer während der gesamten Vertragszeit – dann in der Regel zur Verminderung der Gefahr oder zur Verhinderung einer Gefahrerhöhung – oder nach Eintritt eines Versicherungsfalles – dann in der Regel zur Minderung des Schadens oder zur Erleichterung der Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers – zu erfüllen hat. § 6 VVG beschränkt schon bisher die bei einer Verletzung dieser vertraglichen Obliegenheiten zulässigen Sanktionen. § 28 VVG-E schränkt sie teilweise weiter ein, gleicht sie an die allgemeinen Grundsätze für Vertragsverletzungen an und weicht damit erheblich von der bisherigen Regelung ab. Auf eine Definition des Begriffes der Obliegenheit wird dabei weiterhin verzichtet, weil sonst dessen Weiterentwicklung durch die Rechtsprechung erschwert würde; im Übrigen könnte das schwierige Abgrenzungsproblem der sog. verdeckten Obliegenheiten damit nicht gelöst werden.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Kündigungsrecht des Versicherers, wenn der Versicherungsnehmer eine vertragliche Obliegenheit verletzt, die vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist. Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 2 VVG besteht dieses Recht künftig nur bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger

siger Obliegenheitsverletzung. Einen Verzicht auf Sanktionen für einfache Fahrlässigkeit sehen bereits jetzt die Bedingungswerke vieler Versicherer vor. Die Beweislast für das Fehlen von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit liegt wie bisher beim Versicherungsnehmer.

Die Ausübung des Kündigungsrechts ist – anders als nach geltendem Recht und abweichend von § 26 Abs. 3 VVG-E – keine Voraussetzung für die Leistungsfreiheit des Versicherers, da eine Kündigung nicht immer im Interesse des Versicherungsnehmers liegt.

Zu Absatz 2

Die Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit des Versicherers, die im Vertrag bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit vorgesehen ist, werden in Absatz 2 einheitlich geregelt; die bisherige Unterscheidung von Verletzungen vor oder nach dem Versicherungsfall (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3 VVG) ist sachlich nicht geboten und führt zu einer unnötigen Komplizierung.

Entsprechend der Kündigungsregelung nach Absatz 1 tritt bei nur einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers keine Leistungsfreiheit des Versicherers ein. Während bei einer vorsätzlichen Obliegenheitsverletzung der Versicherer – vorbehaltlich des Kausalitätserfordernisses nach Absatz 3 – stets vollständig leistungsfrei ist, soll bei grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzungen das Alles-oder-nichts-Prinzip durch eine Quotelung ersetzt werden, da das starre Prinzip des geltenden Rechts häufig zu ungerechten Ergebnissen führt. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers soll sich künftig nach dem Verschuldensmaß bestimmen: Der Versicherer ist danach berechtigt, seine Leistung in einem Verhältnis zu kürzen, das dem Grad der groben Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers entspricht. Entscheidend ist, ob die grobe Fahrlässigkeit im konkreten Fall nahe beim bedingten Vorsatz oder aber eher im Grenzbereich zur einfachen Fahrlässigkeit liegt. Die Quotelung wird zwar zunächst mit nicht unerheblichen Problemen in der praktischen Umsetzung verbunden sein; sie dürften im Ergebnis aber nicht größer sein als die bei der Entscheidung, ob im Einzelfall grobe oder nur einfache Fahrlässigkeit vorliegt. Nach den Erfahrungen im Ausland mit diesem Prinzip kann davon ausgegangen werden, dass sich in der Praxis Kriterien herausbilden werden, die zu sachgerechten und überschaubaren Ergebnissen führen. Vereinbarungen über eine pauschalierte Quotelung sind insoweit zulässig, als sie nicht mit einer Benachteiligung des Versicherungsnehmers verbunden sind (§ 32 VVG-E).

Für die Beweislast gilt Folgendes: Die Beweislast für Vorsatz trägt der Versicherer, wenn er Leistungen insgesamt vermeiden will. Von grober Fahrlässigkeit muss sich dagegen der Versicherungsnehmer entlasten, wenn er – trotz der objektiven Obliegenheitsverletzung – die volle Leistung des Versicherers erhalten will. Für das Verschuldensmaß, nach dem sich im Fall grober Fahrlässigkeit der Umfang der Leistungspflicht bestimmt, ist der Versicherer beweispflichtig.

Zu Absatz 3

In Anlehnung an die sog. Relevanzrechtsprechung des BGH legt Satz 1 für die Leistungsfreiheit nach Absatz 2 ein Kausalitätserfordernis fest. Der Versicherer ist nicht leistungsfrei, wenn und soweit die Obliegenheitsverletzung weder

für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Dies erscheint sachlich gerechtfertigt, da der Versicherer keinen Nachteil erleidet, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass seine Obliegenheitsverletzung irrelevant ist. Daher soll auch die bisherige Beschränkung des Kausalitätserfordernisses nach § 6 Abs. 3 Satz 2 VVG auf grob fahrlässige Verletzungen nach Eintritt des Versicherungsfalles entfallen. Etwas anderes gilt aus Gründen der Generalprävention nur bei Arglist des Versicherungsnehmers (Satz 2).

Zu Absatz 4

Ebenfalls auf die Rechtsprechung geht die Regelung in Absatz 4 über die Belehrungspflichten des Versicherers bei Verletzung einer vertraglich bestimmten Auskunftspflicht oder Aufklärungsobliegenheit des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalles (vgl. § 31 VVG-E) zurück. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 tritt nur dann ein, wenn der Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Folgen einer Obliegenheitsverletzung hingewiesen worden ist. Dies gilt allerdings nicht für die Anzeigepflichten nach den §§ 30 und 104 VVG-E oder für Obliegenheiten, die nach Eintritt des Versicherungsfalles auf Grund des konkreten Ablaufs entstehen und auf die der Versicherer daher nicht im Voraus hinweisen kann. Im Falle der Arglist des Versicherungsnehmers bedarf es keiner Belehrung nach Absatz 4.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift übernimmt § 6 Abs. 4 VVG sachlich unverändert.

Zu § 29 (Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift über den Teilrücktritt und die Teilkündigung des Versicherers gemäß den Regelungen dieses Abschnittes stimmt – abgesehen von kleineren sprachlichen Anpassungen – mit § 30 Abs. 1 VVG überein. Sie ist wie bisher andingbar (vgl. § 32 VVG-E).

Zu Absatz 2

Auch das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers im Hinblick auf die Gegenstände oder Personen, die nicht vom Rücktritt oder der Kündigung des Versicherers nach Absatz 1 erfasst sind, entspricht sachlich dem geltenden Recht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift über die auf einen Teil der Gegenstände oder Personen beschränkte Leistungsfreiheit des Versicherers nach § 26 VVG-E stimmt mit § 30 Abs. 3 VVG überein. Mit der Ergänzung des Wortlauts („ganz oder teilweise“) wird berücksichtigt, dass nach § 26 Abs. 1 Satz 2 VVG-E bei grober Fahrlässigkeit eine Teilbefreiung in Betracht kommt.

Zu § 30 (Anzeige des Versicherungsfalles)

Zu Absatz 1

Die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers nach Satz 1 stimmt in der Sache mit § 33 Abs. 1 VVG überein. Es han-

delt sich um eine Obliegenheit im Sinn des § 28 VVG-E, die wegen ihrer grundlegenden Bedeutung für den Versicherer weiterhin gesetzlich geregelt werden soll. Eine besondere Sanktionsregelung ist entbehrlich, da die AVB regelmäßig entsprechende Anzeigepflichten enthalten und somit § 28 VVG-E zur Anwendung kommt.

Eine Anzeige erübrigt sich, wenn die Leistungspflicht des Versicherers schon im Vertrag kalendermäßig festgelegt ist, wie dies bei der Lebensversicherung auf den Erlebensfall zutrifft; einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz entsprechend dem bisherigen § 171 Abs. 1 VVG bedarf es nicht.

Zusätzlich wird in Satz 2 die bisherige Regelung des § 171 Abs. 2 VVG für die Lebensversicherung einbezogen, nach der ein Dritter, dem vertraglich oder durch Zession das Recht auf die Leistung des Versicherers zusteht, den Eintritt des Versicherungsfalles anzuzeigen hat; die Anzeige muss unverzüglich nach Kenntniserlangung erfolgen. Dies gilt in allen Fällen einer Versicherung für fremde Rechnung. Abweichend von § 171 Abs. 2 VVG bleibt der Versicherungsnehmer neben dem Dritten zur Anzeige verpflichtet, sobald er Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsfalles erlangt. Sonderregelungen gelten wie bisher für die Haftpflichtversicherung (vgl. §§ 104, 119 Abs. 1 VVG-E).

Bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht des Dritten kann sich für den Versicherer ein Schadensersatzanspruch nach allgemeinem Recht gegen den Dritten ergeben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt inhaltlich mit § 33 Abs. 2 VVG überein und ist lediglich sprachlich leicht verändert. Im Übrigen ist auf eine Vereinbarung über die Leistungsfreiheit des Versicherers, die sich nur auf die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers, also nicht des Dritten, beziehen kann, die Regelung des § 28 Abs. 2 und 3 VVG-E anzuwenden.

Zu § 31 (Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers)

Zu Absatz 1

Die Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers nach Satz 1 sowie die Pflicht zur Beschaffung von Belegen nach Satz 2 entspricht § 34 Abs. 1 und 2 VVG.

Hinsichtlich der Rechtsfolgen einer Verletzung der Auskunftspflicht wird auf die Bemerkungen zu § 30 VVG-E verwiesen.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 übernimmt – entsprechend § 30 Abs. 1 Satz 2 VVG-E – die bisherige auf die Lebensversicherung beschränkte Regelung des § 171 Abs. 2 zweiter Satzteil VVG für alle Versicherungszweige. Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers nach Absatz 1 bleibt jedoch wie in § 30 Abs. 1 Satz 2 VVG-E neben der des Dritten bestehen.

Für die Haftpflichtversicherung enthalten § 119 Abs. 3 und § 120 VVG-E eine Sonderregelung.

Zu § 32 (Abweichende Vereinbarungen)

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang nach Satz 1 halbzwingend. § 28 Abs. 5 VVG-E ist, wie der bisherige § 6 Abs. 4 VVG, nicht erfasst, da sich die Un-

abdingbarkeit aus der Vorschrift selbst ergibt. Entsprechend der bisherigen Regelung ist in Satz 2 klargestellt, dass für die dem Versicherungsnehmer nach den §§ 19 bis 31 VVG-E obliegenden Anzeigen die Schriftform, aber auch die Textform als erleichterte Form, vereinbart werden kann.

Zu § 33 (Fälligkeit)

Zu Absatz 1

Der bisherige § 35 VVG sieht als dispositive Regelung vor, dass die Prämie sofort nach dem Abschluss des Vertrags zu zahlen ist. Eine sofortige Fälligkeit des Prämienanspruchs widerspricht aber dem Widerrufsrecht, das künftig nach dem neuen § 8 VVG-E grundsätzlich jedem Versicherungsnehmer zusteht. Der Versicherungsnehmer ist an seine Vertragserklärung endgültig erst gebunden, wenn die Widerrufsfrist abgelaufen ist.

Daher wird nach dem neuen § 33 Abs. 1 VVG-E die Fälligkeit der Prämie auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem im Normalfall die Widerrufsfrist abläuft. In aller Regel wird die Frist von zwei Wochen nach § 8 Abs. 1 VVG-E mit dem Zugang des Versicherungsscheins zu laufen beginnen. Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers ab, ist die Monatsfrist nach § 5 Abs. 2 VVG-E maßgeblich. Eine Ausnahmeregelung für die Fälle, in denen kein Widerrufsrecht besteht (vgl. § 8 Abs. 3 VVG-E), erscheint entbehrlich, da es sich bei § 33 Abs. 1 VVG-E um eine abdingbare Vorschrift handelt (vgl. § 42 VVG-E). Für die Lebensversicherung enthält § 152 Abs. 3 VVG-E wegen der Widerrufsfrist von 30 Tagen eine Sonderregelung.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 enthält den bisherigen § 37 VVG. Der dort geregelte Fall der unmittelbaren Einziehung der Prämie beim Versicherungsnehmer hat zwar keine praktische Bedeutung mehr. Ein Bedürfnis für die Beibehaltung einer solchen Regelung besteht aber im Hinblick auf die in der Praxis übliche Einziehungsermächtigung, auf Grund derer der Versicherer die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers einziehen kann.

Für die Anwendung der Vorschrift genügt es, dass die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden ist; soll die Prämie vom Versicherungsnehmer abweichend hiervon geleistet werden, bedarf es hierfür einer Aufforderung des Versicherers in Textform.

Zu § 34 (Zahlung durch Dritte)

Zu Absatz 1

Die bisherige Regelung des § 35a Abs. 1 VVG wird in der Sache unverändert beibehalten. Der Text bedarf lediglich in sprachlicher Hinsicht einiger Korrekturen. Da die Vorschriften dieses Gesetzes selbst Teil des bürgerlichen Rechts sind, muss sich die Verweisung auf das BGB beziehen.

Zu Absatz 2

Die Regelung stimmt sachlich mit § 35a Abs. 2 VVG überein.

Zu § 35 (Aufrechnung durch den Versicherer)

Das Recht des Versicherers zur Aufrechnung in Fällen, in denen die Gegenseitigkeit der Forderungen nicht gegeben

ist und daher nach dem BGB eine Aufrechnung nicht zulässig wäre, soll sachlich unverändert erhalten bleiben.

Die Textänderungen gegenüber § 35b VVG dienen der Angleichung an die Terminologie des § 387 BGB; zudem wird klargestellt, dass es sich stets um fällige Forderungen des Versicherers handeln muss.

Die Regelung ist auf die Pflichtversicherung nicht anzuwenden (vgl. § 121 VVG-E).

Zu § 36 (Leistungsort)

Die Regelung des § 36 VVG über den Leistungsort wird sachlich unverändert übernommen.

Zu § 37 (Zahlungsverzug bei Erstprämie)

Zu Absatz 1

Das Rücktrittsrecht des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Einmal- oder Erstprämie entspricht im Grundsatz dem bisherigen § 38 Abs. 1 Satz 1 VVG. Der Rücktritt soll allerdings ausgeschlossen sein, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass die Nichtzahlung nicht von ihm zu vertreten ist; ein Rücktrittsrecht erscheint in diesem Fall unbillig. Die Rechtsfolgen des § 37 VVG-E treten auch ein, wenn der Versicherungsnehmer nur einen geringfügigen (Rest-)Betrag nicht bezahlt. Ist der Rückstand im Verhältnis zu der geschuldeten Prämie und in absoluten Zahlen sehr gering, würde die uneingeschränkte Anwendung der Regelung allerdings zu einem unbilligen Ergebnis führen. Deshalb hat die Rechtsprechung dem Versicherer im Einzelfall die Berufung auf § 38 VVG nach Treu und Glauben versagt. Davon ist auch für die neue Fassung des § 37 VVG-E auszugehen, so dass der Gesetzeswortlaut nicht geändert zu werden braucht.

Die Rücktrittsfiktion des § 38 Abs. 1 Satz 2 VVG für den Fall, dass der Versicherer seinen Prämienanspruch nicht innerhalb von drei Monaten gerichtlich geltend macht, soll entfallen, da der Rücktritt nicht immer im Interesse des Versicherungsnehmers liegt. Dem Interesse des Versicherers, sich von dem Vertrag mit einem schon zu Beginn säumigen Versicherungsnehmer zu lösen, wird dadurch hinreichend entsprochen, dass er den Rücktritt vom Vertrag erklären kann; eine unangemessene Belastung des Versicherers ist damit nicht verbunden.

Zu Absatz 2

Satz 1 übernimmt den Grundsatz des geltenden Rechts, dass der Versicherer bei Eintritt des Versicherungsfalles vor Zahlung der Prämie nicht zur Leistung verpflichtet ist. Dieser Grundsatz führt allerdings dann – wie im Fall des Absatzes 1 – zu unbilligen Ergebnissen, wenn die Zahlung des Versicherungsnehmers unverschuldet unterbleibt. Daher besteht die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Satz 1 nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Eine weitere Neuerung gegenüber dem geltenden Recht enthält Satz 2. Soll der Versicherungsschutz vereinbarungsgemäß schon vor der Zahlung der Prämie beginnen, befindet sich der Versicherungsnehmer in einer ähnlichen Situation, wie sie § 38 Abs. 1 VVG-E voraussetzt. Da eine rückwirkende Leistungsfreiheit des Versicherers schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsnehmer hat, bedarf es

nach der Rechtsprechung einer deutlichen und klaren Belehrung des Versicherungsnehmers über die Rechtsfolgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Prämie. Ein Schutzbedürfnis des Versicherungsnehmers ist aber auch dann zu bejahen, wenn der Versicherungsschutz erst durch Zahlung der Erstprämie begründet wird. Für den Versicherungsnehmer können sich insbesondere im Fall einer sog. erweiterten Einlöschungsklausel (Versicherungsschutz tritt rückwirkend ein, wenn die Erstprämie rechtzeitig gezahlt wird) ebenfalls gravierende Folgen bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie ergeben. Daher soll ein Warnhinweis auch für diese Fälle vorgeschrieben werden, zumal der Versicherer hierdurch nur unerheblich belastet wird; eine entsprechende Bestimmung enthalten § 51 Abs. 1 und § 52 Abs. 1 Satz 2 VVG-E für die vorläufige Deckung. Dementsprechend wird in dem neuen Satz 2 die Leistungsfreiheit des Versicherers davon abhängig gemacht, dass der Versicherungsnehmer entweder durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein, für den nach § 3 Abs. 1 VVG-E ebenfalls die Textform gilt, über diese Rechtsfolge nach Absatz 2 Satz 1 belehrt wird.

Zu § 38 (Zahlungsverzug bei Folgeprämie)

Zu Absatz 1

Die Regelung des § 39 Abs. 1 VVG wird im Wesentlichen beibehalten, da sie sich als sachgerecht erwiesen hat. Außer einer redaktionellen Vereinfachung, durch die der bisherige Satz 3 sowie Absatz 4 entfallen, weist der neue Absatz 1 Satz 2 unwesentliche sachliche Änderungen auf: Die Fristbestimmung samt Bezifferung der rückständigen Beträge und Belehrung kann in Textform anstelle der Schriftform erfolgen; schon bisher genügt zur Erleichterung im Massengeschäft die Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Ferner wird klargestellt, dass in Fällen, in denen einzelne Verträge im Versicherungsschein zusammengefasst werden, die rückständigen Beträge gesondert für jeden Vertrag angegeben werden müssen.

Für die Krankenversicherung sieht § 194 Abs. 2 VVG-E eine von § 38 Abs. 1 VVG-E abweichende Sonderregelung vor.

Auf die bisherige Sonderregelung des § 91 VVG, nach der bei der Gebäudeversicherung die Zahlungsfrist mindestens einen Monat betragen muss, verzichtet der Entwurf entsprechend dem Votum der VVG-Kommission, da für diese Sonderbehandlung der Gebäudeversicherung kein hinreichendes praktisches Bedürfnis besteht.

Zu Absatz 2

§ 39 Abs. 2 VVG wird sachlich unverändert beibehalten.

Zu Absatz 3

Auch die Kündigungsregelung für den Versicherer entspricht im Wesentlichen dem geltenden Recht. Eine sachliche Änderung ergibt sich aus Satz 3: Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch Zahlung der Prämie auch dann verhindern, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Dieser Umstand ist lediglich für die Frage der Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 relevant; dies wird im letzten Halbsatz ausdrücklich klargestellt.

Zu § 39 (Vorzeitige Vertragsbeendigung)

Das geltende VVG sieht in zahlreichen Vorschriften vor, dass dem Versicherer die volle Jahresprämie auch dann zusteht, wenn der Vertrag nicht zum Ende der Versicherungsperiode, sondern im Lauf des Jahres außerplanmäßig z. B. durch Kündigung oder Rücktritt endet. Das dieser Regelung zu Grunde liegende Prinzip der Unteilbarkeit der Prämie führt vielfach zu einer unangemessenen Begünstigung des Versicherers zu Lasten des Versicherungsnehmers. Daher soll dieses Prinzip aufgegeben werden. Für § 40 Abs. 1 und 2 VVG folgt hieraus eine grundsätzliche Neugestaltung. Die Regelung ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 42 VVG-E).

Zu Absatz 1

Der neue Satz 1 stellt generell klar, dass dem Versicherer im Fall einer Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor dem Ende einer laufenden Versicherungsperiode (vgl. § 12 VVG-E) nur der Teil der vereinbarten Prämie zusteht, der dem vom Versicherer zeitanteilig getragenen Risiko entspricht. Die Dauer des Versicherungsschutzes während der laufenden Versicherungsperiode ist ein für die Vertragsparteien eindeutiges Kriterium, das in aller Regel zu einem angemessenen Ausgleich der beiderseitigen Interessen führt.

Etwas anderes gilt allerdings für die Hagelversicherung. Hier soll es bei der bisherigen Regelung des § 113 VVG bleiben (vgl. § 92 Abs. 3 VVG-E), da sie der typischen Risikosituation in diesem Versicherungszweig Rechnung trägt.

Hauptanwendungsfall des Satzes 1 ist die vorzeitige Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Ausübung eines besonderen Kündigungsrechts, das nach diesem Gesetz in zahlreichen Fällen (z. B. bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit nach § 28 Abs. 1 VVG-E oder einer Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 3 Satz 2 VVG-E, einer Gefahrerhöhung nach § 24 VVG-E, bei Zahlungsverzug des Versicherungsnehmers nach § 38 Abs. 3 VVG-E oder einer Prämienerrhöhung nach § 19 Abs. 6, § 25 Abs. 2 VVG-E) eingeräumt wird. Bei einer rückwirkenden Vertragsbeendigung durch Anfechtung oder Rücktritt folgt aus Satz 1, dass entgegen dem bisherigen Recht kein Prämienanspruch besteht, da die vertragliche Gefahrtragung durch den Versicherer mit Wirkung ex tunc entfällt; Ausnahmen hiervon sind in Betrugsfällen nach § 74 Abs. 2 VVG-E (Übersicherung), § 78 Abs. 3 VVG-E (Mehrfachversicherung) und § 80 Abs. 3 VVG-E (fehlendes versichertes Interesse) vorgesehen.

Eine von Satz 1 abweichende Bestimmung enthält ferner Satz 2 für den Rücktritt des Versicherers nach § 19 Abs. 2 VVG-E bei Verletzung der Anzeigepflicht. Hier erscheint es angemessen, dem Versicherer einen Prämienanspruch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Rücktrittes einzuräumen, da er nach § 21 Abs. 2 VVG-E zur Leistung verpflichtet ist, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht für den Versicherungsfall nicht kausal ist. Auch bei einer Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB (vgl. § 22 VVG-E) entspricht es der Billigkeit, dem Versicherer einen Prämienanspruch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anfechtungserklärung einzuräumen.

Ferner wird in Satz 3 die Bestimmung des § 40 Abs. 2 Satz 2 VVG übernommen; danach kann der Versicherer im Fall des Rücktrittes nach § 37 Abs. 1 VVG-E wegen Nichtzahlung der Einmal- oder Erstprämie eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Zu Absatz 2

Die Bestimmung übernimmt den § 40 Abs. 3 VVG unverändert, da er bereits Ausnahmen vom Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie enthält.

Zu § 40 (Kündigung bei Prämienerrhöhung)

Zu Absatz 1

Die Regelung des geltenden Rechts (§ 31 VVG), nach der dem Versicherungsnehmer bei einer Prämienerrhöhung auf Grund einer vertraglichen Anpassungsklausel ein Kündigungsrecht zusteht, ist in Satz 1 sachlich unverändert übernommen.

Durch den neuen Satz 2 wird der Versicherer zur Belehrung des Versicherungsnehmers über sein Kündigungsrecht verpflichtet, da der Versicherungsnehmer normalerweise über die Rechtslage in einem solchen Fall nicht informiert ist. Die Mitteilung des Versicherers über die unmittelbare oder mittelbare Prämienerrhöhung muss diese Information für den Versicherungsnehmer enthalten.

Der neue Satz 3 trägt dem Bedürfnis des Versicherungsnehmers Rechnung, über die geplante Prämienerrhöhung rechtzeitig vor deren Wirksamkeit informiert zu werden, damit er für ausreichende Deckung auf seinem Konto sorgen oder von seinem Kündigungsrecht Gebrauch machen kann.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 stellt klar, dass eine Prämienerrhöhung im Sinn des Absatzes 1 auch dann vorliegt, wenn sich auf Grund einer Anpassungsklausel der Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne dass die Prämie entsprechend herabgesetzt wird.

Zu § 41 (Herabsetzung der Prämie)

Die neu gefasste Regelung weicht inhaltlich lediglich in einem Punkt von § 41a VVG ab: Während bisher der Versicherungsnehmer entsprechend dem Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie eine angemessene Herabsetzung der Prämie wegen des Wegfalles eines gefahrerhöhenden Umstandes erst für die zukünftige Versicherungsperiode verlangen kann, ist die Prämie künftig bereits ab dem Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen zu reduzieren. Damit wird dem zu § 39 VVG-E dargelegten Grundsatz Rechnung getragen, nach welchem dem Versicherer die Prämie nur für den Zeitraum zusteht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Die sonstigen Änderungen sind redaktioneller Natur; der bisherige § 41a Abs. 2 VVG ist wegen des engen Sachzusammenhanges mit Satz 1 unmittelbar als Satz 2 angefügt.

Zu § 42 (Abweichende Vereinbarungen)

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang halbzwingend.

Zu § 43 (Begriffsbestimmung)

Die Regelung der Versicherung für fremde Rechnung, die bisher im Abschnitt über die Schadensversicherung in den §§ 74 bis 80 VVG enthalten ist, wird durch die Aufnahme in Kapitel 1 des Teils 1 auf alle Versicherungszweige erstreckt. Allerdings sind weiterhin Sonderregelungen bei der Lebens-

versicherung, der Unfallversicherung und der Krankenversicherung erforderlich, wenn der Versicherungsnehmer nicht die versicherte Person ist, da es sich nicht notwendig um eine Versicherung für fremde Rechnung handelt. Als Versicherung für fremde Rechnung gilt nach § 89 Abs. 2 Satz 2 VVG-E eine Sachinbegriffsversicherung.

Zu Absatz 1

Die Definition der Versicherung für fremde Rechnung stimmt sachlich mit § 74 VVG überein. Versicherter im Sinn des Abschnittes 4 ist eine versicherte Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist – wie Absatz 1 – lediglich sprachlich geändert worden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift enthält den bisherigen § 80 Abs. 1 VVG, der wegen des Sachzusammenhanges einbezogen wird. Dagegen verbleibt der bisherige § 80 Abs. 2 VVG als selbständige Vorschrift am Ende dieses Abschnittes als § 48 VVG-E.

Zu § 44 (Rechte des Versicherten)

Die Regelung stimmt mit § 75 VVG überein. Lediglich Absatz 1 Satz 2 enthält eine redaktionelle Abweichung: Im Hinblick auf den geänderten § 3 Abs. 1 VVG-E wird auf die Übermittlung des Versicherungsscheins, nicht auf dessen Aushändigung, abgestellt. Absatz 1 ist, wie im Schrifttum zu § 75 Abs. 1 VVG allgemein anerkannt, nicht abdingbar.

Zu § 45 (Rechte des Versicherungsnehmers)

Die Regelung stimmt mit § 76 VVG überein.

Zu § 46 (Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem)

Die Regelung stimmt sachlich mit § 77 VVG überein.

Zu § 47 (Kenntnis und Verhalten des Versicherten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ist gegenüber § 79 Abs. 1 VVG lediglich sprachlich geändert worden.

Zu Absatz 2

Satz 1 entspricht sachlich § 79 Abs. 2 VVG. Der Begriff „nicht tunlich“ wird durch die Formulierung „nicht möglich oder nicht zumutbar“ ersetzt. Wegen des Sachzusammenhanges ist die Regelung des § 79 Abs. 3 VVG in Absatz 2 als Satz 2 angefügt und lediglich sprachlich vereinfacht worden.

Zu § 48 (Versicherung für Rechnung „wen es angeht“)

Die Regelung stimmt mit § 80 Abs. 2 VVG überein.

Zu Abschnitt 5 (Vorläufige Deckung)

Vorbemerkung

Die Vorschriften der §§ 49 bis 52 über die vorläufige Deckung sind neu.

Zu den allgemeinen Erwägungen siehe Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 5.

Zu § 49 (Inhalt des Vertrags)

Zu Absatz 1

Satz 1 stellt klar, dass es sich bei der Gewährung einer vorläufigen Deckung um einen eigenständigen Versicherungsvertrag handelt, der von dem in aller Regel sich anschließenden Hauptvertrag zu unterscheiden ist. Wesentliches Merkmal des Vertrags ist, dass der Versicherer das Risiko des Versicherungsnehmers für einen vorübergehenden Zeitraum bis zum endgültigen Versicherungsschutz absichert. Grundsätzlich gelten die einschlägigen Vorschriften dieses Gesetzes auch für diesen Vertrag.

Ausnahmen sind insbesondere hinsichtlich der Vorschriften über die dem Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss zu erteilenden Informationen notwendig, um den Abschluss des nur vorübergehenden Vertrags zu erleichtern.

Um den Bedürfnissen der Praxis nach Gewährung eines raschen vorläufigen Versicherungsschutzes zu entsprechen, muss beim Vertrag über vorläufige Deckung auf das Erfordernis, dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 VVG-E vor Abgabe von dessen Vertragserklärung mitzuteilen, verzichtet werden können. Diese Unterlagen müssen nur auf Verlangen des Versicherungsnehmers spätestens mit dem Versicherungsschein in Textform übermittelt werden. Eine entsprechende Vereinbarung, die auch stillschweigend zustande kommen kann, entspricht auch den Interessen des Versicherungsnehmers. Die kurze Dauer des Vertrags und die in § 52 VVG-E zusätzlich vorgesehenen Möglichkeiten seiner vorzeitigen Beendigung schließen eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers weitgehend aus. Für den Hauptvertrag verbleibt es bei den Informationspflichten des Versicherers nach § 7 Abs. 1 VVG-E in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E.

Unberührt bleiben die Informationspflichten, die sich nach den §§ 6 und 61, 62 VVG-E aus den Beratungs- und Dokumentationspflichten des Versicherers und des Versicherungsvermittlers ergeben; insoweit sind für die Verträge über vorläufige Deckung lediglich einige Erleichterungen im Rahmen der Vorgaben der Vermittlerrichtlinie vorgesehen (vgl. § 6 Abs. 2, § 62 Abs. 2 VVG-E). Entsprechendes gilt für die in § 68 VVG-E erfassten nicht gewerbsmäßig tätigen Vermittler und für die Versicherungsberater (§§ 68, 59 Abs. 4 VVG-E).

Die Anwendung der besonderen Informationsregelung des Satzes 1 muss für Verträge über vorläufige Deckung, welche die Kriterien eines Fernabsatzvertrags im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 BGB erfüllen, ausgeschlossen werden (vgl. Satz 2). Dies folgt aus der zwingenden Vorgabe der Fernabsatzrichtlinie II, die keine generelle Ausnahme für Verträge über vorläufige Deckung vorsieht. Eine Unterrichtung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer erst nach Vertragsschluss ist aber in diesen Fällen nach § 7 Abs. 1 Satz 3 VVG-E zulässig, wenn die Vorabinformation wegen des gewünschten Kommunikationsmittels nicht möglich ist oder der Versicherungsnehmer eine formgerechte Verzichtserklärung abgegeben hat.

Zu Absatz 2

Im Interesse einer möglichst einfachen Handhabung des vorläufigen Schutzes muss hingenommen werden, dass dem Versicherungsnehmer die AVB nicht ausgehändigt oder auf andere Weise übermittelt werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis nicht in allen Fällen eine Einbeziehung der AVB in den Vertrag über vorläufige Deckung durch ausdrücklichen Hinweis des Versicherers erfolgen wird. Außerdem darf der Versicherungsschutz nicht entfallen, wenn eine an sich mögliche Einbeziehung der AVB fehlerhafter Weise unterblieben ist. Da der Versicherungsschutz meist nur auf der Grundlage der AVB inhaltlich bestimmbar ist, legt Absatz 2 Satz 1 abweichend von § 305 Abs. 2 BGB fest, dass die AVB des Versicherers auch bei Fehlen eines ausdrücklichen Hinweises Vertragsbestandteil werden. In erster Linie sind dies die vom Versicherer für den vorläufigen Deckungsschutz verwendeten Bedingungen. Gibt es solche Bedingungen nicht, gelten die Bedingungen des Versicherers für den angestrebten Hauptvertrag.

Satz 2 berücksichtigt den Fall, dass der Versicherer unterschiedliche AVB verwendet, ohne die maßgebliche Fassung für die vorläufige Deckungszusage hinreichend genau zu bezeichnen. Sofern sich insoweit die bestehenden Zweifel insbesondere durch Auslegung der Texte nicht ausräumen lassen, soll die für den Versicherungsnehmer im konkreten Fall günstigste Fassung maßgeblich sein.

Zu § 50 (Nichtzustandekommen des Hauptvertrags)

In der bisherigen Praxis verzichtet der Versicherer zwar nicht selten auf die Durchsetzung einer gesonderten Prämie für die vorläufige Deckung, wenn der in Aussicht genommene Hauptvertrag nicht zustande kommt; die Prämie entfällt ohnehin, wenn der Hauptvertrag mit demselben Versicherer rückwirkend für den Zeitraum der vorläufigen Deckung in Kraft tritt. Andererseits wird der Versicherer aber regelmäßig die Deckung nur gegen eine gesonderte Prämie insbesondere bei Scheitern des Hauptvertrags gewähren.

Im Interesse der Versicherungsnehmer erscheint es erforderlich, die Höhe einer vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämie gesetzlich zu regeln und nicht der einseitigen Bestimmung durch den Versicherer gemäß § 315 BGB zu überlassen. Daher legt § 50 VVG-E fest, dass sich der Prämienanspruch pro rata temporis nach der Prämie bestimmt, die bei Zustandekommen des Hauptvertrags für diesen zu zahlen wäre. Eine hiervon abweichende Vereinbarung der Vertragspartner soll aber zulässig sein. Der Versicherer kann z. B. eine Abrechnung nach einem Kurzzeittarif vereinbaren; stützt sich diese Vereinbarung auf die AVB, ist das Transparenzgebot zu beachten.

Zu § 51 (Prämienzahlung)**Zu Absatz 1**

Bei einem Vertrag über vorläufige Deckung wird der Versicherungsnehmer in der Regel darauf Wert legen, sofortigen Versicherungsschutz für ein bestimmtes Risiko zu erhalten. Dementsprechend wird der Versicherer im Allgemeinen darauf verzichten, die sofortige Zahlung der Prämie als Voraussetzung für den Beginn der vorläufigen Deckung zu verlangen.

Der Versicherer soll aber wie bisher die Möglichkeit haben, den vorläufigen Versicherungsschutz von einer vorherigen Prämienzahlung abhängig zu machen. Dies bedeutet, dass § 37 Abs. 2 Satz 1 VVG-E in diesem Fall anzuwenden ist; tritt der Versicherungsfall ein, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Wegen der sich hieraus für den Versicherungsnehmer ergebenden Risiken muss sichergestellt werden, dass er durch einen deutlichen Warnhinweis auf die Notwendigkeit, umgehend die vereinbarte Prämie zu zahlen, aufmerksam gemacht wird. Absatz 1 verpflichtet daher den Versicherer entsprechend § 37 Abs. 2 Satz 2 VVG-E, den Versicherungsnehmer durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein oder, da bei Verträgen über vorläufige Deckung nicht stets ein Versicherungsschein übermittelt wird, durch gesonderte Mitteilung in Textform hierüber aufzuklären.

Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Prämie für die vorläufige Deckung in Verzug, kann der Versicherer nach § 37 Abs. 1 VVG-E vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Für den vorläufigen Deckungsschutz in der Kfz-Haftpflichtversicherung enthält § 9 Satz 2 der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung eine besondere Belehrungspflicht. Dadurch soll der Versicherungsnehmer über die gravierenden Konsequenzen eines rückwirkenden Wegfalls des Versicherungsschutzes (vgl. § 6 PflVG) belehrt werden. Ein Ausschluss des Rücktrittsrechts, wie dies von der VVG-Kommission vorgeschlagen worden ist, hätte zur Folge, dass dem Versicherer, der mit der vorläufigen Deckung in der Kfz-Versicherung eine Vorleistung erbringt, bei Nichtzahlung der Prämie keine wirksame Sanktion zur Verfügung stehen würde. Dies erscheint unangemessen; ein Versicherungsnehmer, der trotz Belehrung schuldhaft seine Zahlungspflicht verletzt, ist nicht schutzwürdig. Die von der VVG-Kommission angeführte Möglichkeit für den Versicherer, vorläufige Deckung nur gegen Vorkasse zu gewähren, entspräche nicht den Interessen der Verbraucher und wäre im Kfz-Massengeschäft auch nicht praktikabel.

Die bestehende Rechtslage soll daher in diesem Punkt nicht geändert werden.

Zu Absatz 2

Zum Schutz des Versicherungsnehmers ist sicherzustellen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht zu seinem Nachteil abbedungen oder geändert werden können.

Zu § 52 (Beendigung des Vertrags)**Zu Absatz 1**

Die vorgesehene Regelung über die Beendigung des Vertrags über vorläufige Deckung beruht zum einen auf der Überlegung, dass der Versicherungsnehmer sowohl vor einem überraschenden Verlust des vorläufigen Versicherungsschutzes als auch vor einer Mehrfachversicherung geschützt werden muss. Dieses Schutzbedürfnis ist entgegen dem Vorschlag der VVG-Kommission nicht nur bei Verbrauchern im Sinn des § 13 BGB zu bejahen. Zum anderen muss der Versicherer die Möglichkeit haben, den Versicherungsschutz mit Wirkung für die Zukunft wieder zurückzuziehen, da er zunächst Deckungsschutz für Risiken gewährt, die unter Umständen noch völlig ungeklärt sind.

Dem Schutz des Versicherungsnehmers dient die Vorschrift in Absatz 1 Satz 1. Danach endet der Vertrag über vorläufige Deckung nicht bereits mit dem Abschluss des Hauptvertrags mit dem bisherigen Versicherer. Vielmehr ist maßgeblich der Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer durch den Hauptvertrag einen Versicherungsschutz erlangt, der im Wesentlichen dem vorläufigen Versicherungsschutz entspricht. Entscheidend ist der Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsschutz nach dem neuen Vertrag eintritt. Ein späterer rückwirkender Wegfall des Vertrags z. B. durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung bleibt außer Betracht, führt also nicht zum Wiederaufleben der vorläufigen Deckung.

Die Vorschrift kommt auch dann zur Anwendung, wenn die vorläufige Deckung sachlich weiter geht als der später vereinbarte endgültige Versicherungsschutz. Anstelle des Hauptvertrags kommt auch ein weiterer Vertrag über vorläufige Deckung in Betracht.

Satz 2 regelt die Fälle, in denen der Eintritt des endgültigen oder eines weiteren vorläufigen Versicherungsschutzes von der Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer abhängig ist. Hier ist im Interesse des Versicherers auszuschießen, dass der Versicherungsnehmer durch Nichtzahlung bzw. Verzögerung der Zahlung der Prämie das Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes hinausschiebt. Daher ist in diesen Fällen der Eintritt des Verzugs der für die Beendigung des Vertrags über vorläufige Deckung maßgebliche Zeitpunkt. Voraussetzung für die Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes ist aber, dass der Versicherungsnehmer über diese Rechtsfolge entsprechend § 37 Abs. 2 Satz 2 VVG-E belehrt worden ist, da sich für den Versicherungsnehmer eine vergleichbare Situation ergibt, die einen entsprechenden Schutz erforderlich macht.

Zu Absatz 2

Satz 1 stellt klar, dass die Regelung des Absatzes 1 über die Vertragsbeendigung auch dann gilt, wenn der Versicherungsnehmer mit einem anderen Versicherer einen Hauptvertrag oder einen neuen Vertrag über vorläufige Deckung geschlossen hat. Nach Satz 2 obliegt es dem Versicherungsnehmer, dem bisherigen Versicherer den Vertragsschluss mit dem anderen Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Der Versicherer hat ein schutzwürdiges Interesse, darüber unterrichtet zu werden, dass sein Versicherungsnehmer sich anderweitig Versicherungsschutz besorgt hat und daher das Vertragsverhältnis mit ihm beendet ist. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann nach allgemeinem Recht ein Schadensersatzanspruch des Versicherers in Betracht kommen. Die Unterrichtung des bisherigen Versicherers ist aber, anders als nach dem Vorschlag der VVG-Kommission, keine Voraussetzung für die Vertragsbeendigung, da es nach diesem Vorschlag zu Mehrfachversicherungen kommen könnte.

Zu Absatz 3

Mit einem Widerruf gemäß § 8 VVG-E oder einem Widerspruch nach § 5 Abs. 1 und 2 VVG-E wendet sich der Versicherungsnehmer kraft autonomer Meinungsbildung gegen den Hauptvertrag, wie ihn der Versicherer vorschlägt. Da der Hauptvertrag offensichtlich gescheitert ist, soll dann auch der Vertrag über vorläufige Deckung spätestens mit dem Wirksamwerden des Widerrufs oder Widerspruchs enden. Eine zusätzliche Erklärung des Versicherungsnehmers

über den Widerruf oder Widerspruch hinaus ist nicht erforderlich. Eine Nachfrist wie bei der Kündigung durch den Versicherer nach Absatz 4 Satz 2 ist hier entbehrlich, da der Versicherungsnehmer sich für das Scheitern des Hauptvertrags entscheidet und innerhalb der geltenden Widerrufs- oder Widerspruchsfrist für neue Deckung sorgen kann.

Erklärt der Versicherungsnehmer anstelle eines Widerrufs die Rücknahme seines Antrags auf Vertragsschluss, liegt eine vergleichbare Situation vor, die auch ohne ausdrückliche Regelung zu einer entsprechenden Anwendung des Absatzes 3 führt.

Zu Absatz 4

Das Vertragsverhältnis über vorläufige Deckung wird in der Praxis meist auf unbestimmte Zeit eingegangen. Nach Satz 1 hat jeder Vertragspartner das Recht, sich durch Kündigung von dem Vertrag zu lösen. Allerdings muss dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit eingeräumt werden, sich kurzfristig anderweitig einen Versicherungsschutz zu beschaffen. Daher wird die Kündigung des Versicherers erst zwei Wochen nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Ist der Vertrag über vorläufige Deckung ausnahmsweise befristet, endet die vorläufige Deckung automatisch mit Fristablauf, wenn die Vertragspartner nichts anderes vereinbart haben; dies ergibt sich aus allgemeinem Vertragsrecht und bedarf keiner gesetzlichen Regelung. Für solche Verträge über eine bestimmte Laufzeit sieht der Entwurf auch für den Versicherungsnehmer kein gesetzliches Kündigungsrecht vor, da hierfür im Hinblick auf die Regelung in Absatz 1 kein hinreichendes praktisches Bedürfnis besteht.

Zu Absatz 5

Da die Vorschriften des § 52 VVG-E in erster Linie dem Schutz des Versicherungsnehmers dienen, werden Vereinbarungen, die zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den Absätzen 1 bis 4 abweichen, ausgeschlossen.

Zu Abschnitt 6 (Laufende Versicherung)

Vorbemerkung

Die Vorschriften der §§ 53 bis 58 über laufende Versicherungen sind neu.

Zu den allgemeinen Erwägungen siehe Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 6. Die Vorschriften dieses Abschnittes sind dispositiv. Nach § 210 VVG-E kann bei laufenden Versicherungen auch von nicht abdingbaren Vorschriften des Entwurfes abgewichen werden.

Zu § 53 (Anmeldepflicht)

Die Vorschrift enthält eine Legaldefinition der laufenden Versicherung; sie entspricht der Definition, wie sie in § 187 VVG vor dessen Neufassung zum 1. Juli 1990 enthalten war. § 53 VVG-E begründet die Rechtspflicht zur Anmeldung der Einzelrisiken, für die unter einer laufenden Versicherung Versicherungsschutz gewährt werden soll. Sowohl für bereits bestehende, hauptsächlich aber für künftige Risiken gewähren laufende Versicherungen Versicherungsschutz in Form von General- oder Pauschalpolicen und Umsatz-, Summen- oder Abschreibepolicen für eine bestimmte Versicherungszeit. Die Konkretisierung des versicherten Interesses erfolgt mit der Anmeldung. Die Anmeldung ist keine

Willenserklärung, sondern Tatsachenerklärung, Erfüllungshandlung und Leistung des Versicherungsnehmers. Je nach Versicherungszweig sowie nach Art und Kategorie der versicherten Risiken kann die Anmeldepflicht aber unterschiedlich gestaltet sein und etwa bei der Kreditversicherung auch den Fall einschließen, dass über die Bestätigung der Anmeldung hinaus für die Begründung des Versicherungsschutzes die Deckungszusage im Einzelfall vertraglich ausbedungen ist.

Zu § 54 (Verletzung der Anmeldepflicht)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 die Rechtsfolgen einer Verletzung der Anmeldepflicht. Unterlässt der Versicherungsnehmer die für die Konkretisierung des versicherten Risikos erforderliche Anmeldung, fehlt die für die Gewährung von Versicherungsschutz notwendige Bestimmtheit des versicherten Interesses. Eine schuldlos oder einfach fahrlässig unterlassene oder fehlerhafte Anmeldung soll nach Absatz 1 Satz 2 folgenlos bleiben, wenn sie vom Versicherungsnehmer unverzüglich nachgeholt oder berichtigt wird, nachdem er von seiner Pflichtverletzung Kenntnis erlangt hat. Die Erwähnung der Prämiengrundlage in Satz 1 berücksichtigt Besonderheiten der Umsatzpolice, die insbesondere bei der Warenkreditversicherung eine besonders weitgehende Form eines Versicherungsscheins für laufende Versicherungen darstellt. Ist vereinbart, dass jeweils Deckungszusagen zu beantragen sind, gilt auch bei Verletzung dieser Pflicht diese Sanktionsregelung; eine Leistungspflicht des Versicherers nach Satz 2 besteht in diesem Fall erst nach Erteilung der Deckung.

Zu Absatz 2

Satz 1 räumt dem Versicherer das Recht ein, den Vertrag über eine laufende Versicherung fristlos zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer seine Anmelde- oder Antragspflicht nach Absatz 1 vorsätzlich verletzt.

Die Sätze 2 und 3 regeln das Prinzip der Auslaufhaftung, das in der Warentransportversicherung gängige und notwendige Versicherungspraxis ist, aber in der Kreditversicherung bei Überschreitung des äußersten Kreditziels häufig vertragliche Einschränkungen erfährt.

Zu § 55 (Einzelpolice)

Zu Absatz 1

Die laufende Versicherung deckt häufig, jedenfalls in der Warentransportversicherung, durchstehende Risiken von Haus zu Haus unter Einschluss von Versicherung für fremde Rechnung. Als Verkehrsdokument ist der Versicherungsschein für die laufende Versicherung ungeeignet, weil er keine Aussage über ein bestimmtes versichertes Einzelrisiko enthält. Da aber der Verkehr eines dokumentierten Nachweises bedarf, hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf Verlangen über die einzelne Aufgabe eine Einzelpolice auszuhändigen, die als Versicherungsschein im Sinn des Gesetzes gilt und wie jeder Versicherungsschein an Order gestellt werden kann. Hiervon wird besonders dann Gebrauch gemacht, wenn es sich im Einzelfall um eine Versicherung für fremde Rechnung handelt.

Für die Einzelpolice gilt § 3 VVG-E, soweit nicht in § 55 VVG-E etwas anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung zu § 3 Abs. 3 VVG-E.

Zu Absatz 3

Abweichend vom § 5 Abs. 1 bis 3 VVG-E gilt der Inhalt einer Einzelpolice nach Satz 1 als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht unverzüglich nach deren Übermittlung in Textform (§ 3 Abs. 1 VVG-E) widerspricht. Das Anfechtungsrecht gemäß Satz 2 ist abweichend von § 5 Abs. 4 VVG-E abdingbar.

Zu § 56 (Verletzung der Anzeigepflicht)

Während § 54 VVG-E die Verletzung von Pflichten bei Beantragung einer Einzeldeckungszusage regelt, erfasst § 56 VVG-E vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen. Um den Besonderheiten der laufenden Versicherung Rechnung zu tragen, sind von der allgemeinen Regelung des § 19 VVG-E abweichende Bestimmungen notwendig.

Die Vorschriften des § 56 VVG-E stimmen wörtlich mit der Regelung des § 131 VVG-E für die Transportversicherung überein. Auf die dortige Begründung wird daher Bezug genommen.

Zu § 57 (Gefahränderung)

Zu Absatz 1

Bei laufenden Versicherungen ergeben sich für die versicherten Interessen häufig Gefahränderungen, denen sich der Versicherungsnehmer nicht entziehen kann. Daher beschränkt sich § 57 Abs. 1 VVG-E darauf, abweichend von § 23 VVG-E zu bestimmen, dass der Versicherungsnehmer jede Gefahränderung unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen hat.

Eine entsprechende Regelung sieht § 132 VVG-E für die Transportversicherung vor.

Zu Absatz 2

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht im Hinblick auf eine Gefahrerhöhung, besteht nach Satz 1 keine Leistungspflicht des Versicherers. Satz 2 enthält die sachlich gebotenen Ausnahmen von diesem Grundsatz. Abweichend von § 26 Abs. 1 und 2 VVG-E soll es bei der laufenden Versicherung beim bisherigen Alles-oder-nichts-Prinzip bleiben, da sich in diesem Bereich für die Versicherungsnehmer keine Unzuträglichkeiten gezeigt haben, die die Aufgabe des geltenden Prinzips als notwendig erscheinen ließen.

Zu Absatz 3

Das Kündigungsrecht des Versicherers nach § 24 Abs. 1 und 2 VVG-E bei Gefahrerhöhung widerspricht der Interessenlage des Versicherungsnehmers einer laufenden Versicherung. Es ist daher nach Absatz 3 ausgeschlossen, es sei denn, die Vertragsparteien vereinbaren etwas anderes.

Zu § 58 (Obliegenheitsverletzung)

Zu Absatz 1

Laufende Versicherungen werden nur in der gewerblich-kommerziellen Versicherungspraxis verwendet. Vom Versicherungsnehmer kann deshalb grundsätzlich auch in Bezug

auf die Beachtung von Obliegenheiten die Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmannes verlangt werden. Es ist daher gerechtfertigt, für jede schuldhaft, d. h. auch für eine einfach fahrlässige Verletzung einer Obliegenheit eine Sanktion vorzusehen. Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in einer laufenden Versicherung Einzelrisiken mit jeweils unterschiedlichen Versicherungssummen und -limiten versichert sind und die Verletzung einer für ein Einzelrisiko geltenden Obliegenheit nicht notwendigerweise die übrigen Einzelrisiken oder den Mantelvertrag berühren muss.

Zu Absatz 2

Unbeschadet der Auswirkungen einer Obliegenheitsverletzung in Bezug auf das betroffene Einzelrisiko muss der Versicherer wegen der Beeinträchtigung des für den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses notwendigen Vertrauensverhältnisses die Möglichkeit haben, die laufende Versicherung selbst mit einer angemessenen Frist zu kündigen.

Zu Abschnitt 7 (Versicherungsvermittler, Versicherungsberater)

Vorbemerkung

Unterabschnitt 1 enthält die Vorschriften für Versicherungsvermittler und Versicherungsberater, die zur Umsetzung der Richtlinie 2002/92/EG über die Versicherungsvermittlung (Vermittlerrichtlinie) nach dem Gesetzentwurf zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts (Bundestagsdrucksache 16/1935) in das VVG eingefügt werden (vgl. Artikel 2 des Gesetzentwurfes). Die Regelung über die Schlichtungsstelle (§ 42k VVG) ist in § 214 VVG-E aufgenommen.

Wegen der Begründungen zu den §§ 59 bis 68 VVG-E wird auf die Begründungen der hier übernommenen §§ 42a bis 42f Abs. 2, §§ 42g bis 42j VVG in dem o. g. Gesetzentwurf verwiesen.

Zu § 69 (Gesetzliche Vollmacht)

Zu Absatz 1

Die Regelung über die dem Versicherungsvertreter Kraft Gesetzes zustehende Vollmacht ist wie bisher nach § 43 VVG sowohl auf Abschlussvertreter als auch auf bloße Vermittlungsvertreter anzuwenden; der Begriff des Versicherungsververtreters wird in § 59 Abs. 2 VVG-E definiert. Die bisherige Beschränkung der gesetzlichen Vollmacht auf den Versicherungszweig, in dem der Vertreter vertraglich tätig ist, entfällt, da sie dem Schutzbedürfnis des Versicherungsnehmers widerspricht. Durch sorgfältige Auswahl seiner Vertreter hat der Versicherer es in der Hand, sicherzustellen, dass sich sein Vertreter an den ihm vorgegebenen Rahmen seiner vertraglichen Vertretungsbefugnis hält. Aus § 72 VVG-E folgt, dass die gesetzliche Vollmacht des Versicherungsververtreters nicht durch die AVB eingeschränkt werden kann; insoweit ist § 69 VVG-E nicht abdingbar.

In den neu gefassten Nummern 1 und 2 wird die sog. Auge-und-Ohr-Rechtsprechung berücksichtigt, auf deren Grundlage bereits im geltenden Recht von einer gegenüber dem Gesetzeswortlaut erweiterten Empfangsvollmacht auszugehen ist. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird in den Nummern 1 und 2 zwischen der Sachlage vor und nach Vertragsschluss klarer als nach dem derzeitigen Wortlaut unterschieden. In Nummer 1 werden daher nur der Antrag auf Abschluss des Vertrags, nicht die

Verlängerung und Änderung, aufgeführt. Hierunter fällt auch wie bereits im geltenden Recht die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers. Zusätzlich werden Anzeigen, zu denen der Versicherungsnehmer insbesondere nach § 19 VVG-E vor Vertragsschluss verpflichtet ist, sowie alle sonstigen Erklärungen des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit dem Abschluss des Vertrags erfasst.

Nummer 2 berücksichtigt alle Anträge, Erklärungen und Anzeigen, die vom Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss gegenüber dem Versicherer abgegeben werden.

Die Ermächtigung des Vertreters nach Nummer 3 stimmt mit der bisherigen Regelung überein. Sie erfasst auch Einzelpolicen und Versicherungszertifikate nach § 55 VVG-E, die bei laufenden Versicherungen vom Versicherer ausgestellt werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift über die Vollmacht des Vertreters zur Annahme von Zahlungen des Versicherungsnehmers knüpft an den bisherigen § 43 Nr. 4 VVG an. Mit dessen Erweiterung wird den Vorgaben der Vermittlerrichtlinie zur Zahlungssicherung zugunsten des Versicherungsnehmers (Artikel 4 Abs. 4 Unterabsatz 2 Alternative a der Richtlinie – umgesetzt im Gesetzentwurf zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts in Artikel 2 § 42f Abs. 1 VVG) entsprochen. Für die Beschränkung der Vollmacht ist zusätzlich die Vorschrift des § 72 VVG-E zu berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Die Frage der Beweislastverteilung wird in dem neuen Absatz 3 entsprechend den vom BGH entwickelten Grundsätzen klargestellt. Danach trifft den Versicherer die Beweislast dafür, dass der Versicherungsnehmer seine vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 VVG-E oder eine Obliegenheit verletzt hat (Satz 2). Bei allen anderen Willenserklärungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 liegt die Beweislast beim Versicherungsnehmer, wenn die Abgabe oder der Inhalt der Erklärung streitig ist.

Zu § 70 (Kenntnis des Versicherungsververtreters)

Die vorgeschlagene Neuregelung der Frage der Wissenszurechnung im Verhältnis Versicherungsvertreter und Versicherer entspricht der sog. Auge-und-Ohr-Rechtsprechung des BGH. Danach gilt § 44 VVG entgegen seinem Wortlaut nur außerhalb des Anwendungsbereichs des § 43 VVG.

Dementsprechend findet eine Wissenszurechnung nach Satz 2 nur in den Fällen nicht statt, in denen der Versicherungsvertreter seine Kenntnis außerhalb seiner Vertretertätigkeit und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt, d. h. wo es sich um privat erworbenes Wissen handelt. In allen anderen Fällen gilt nach Satz 1, dass sich der Versicherer die Kenntnis des Vertreters zurechnen lassen muss, es sei denn, es handelt sich um einen Fall der Arglist oder der Kollusion.

Zur Frage der Wissenszurechnung bezüglich EDV-gespeicherter Daten bei konzernverbundenen Unternehmen verbleibt es bei der höchstrichterlichen Rechtsprechung, nach welcher der Versicherer sich die gespeicherten Kenntnisse eines Konzernunternehmens zurechnen lassen muss, wenn er Veranlassung hatte und in der Lage war, die entsprechenden Daten abzurufen.

Zu § 71 (Abschlussvollmacht)

Die Regelung des § 45 VVG wird unverändert beibehalten. Dagegen wird auf die Sonderregelung des § 46 VVG für den Bezirksvertreter verzichtet, da örtliche Beschränkungen in der Versicherungswirtschaft praktisch nicht vorkommen. Die Abdingbarkeit der Vorschrift wird durch § 72 VVG-E begrenzt.

Zu § 72 (Beschränkung der Vertretungsmacht)

Gegenstand der Regelung ist wie bisher in § 47 VVG die Frage, inwieweit eine Beschränkung der dem Versicherungsvertreter gesetzlich eingeräumten Vertretungsmacht, die zwischen Versicherer und Versicherungsvertreter vereinbart ist, dem Versicherungsnehmer oder einem sonstigen Dritten entgegengehalten werden kann. Nach § 47 VVG muss sich ein Dritter eine solche Beschränkung entgegenhalten lassen, wenn er die Beschränkung bei Vornahme des Geschäftes oder der Rechtshandlung kannte oder grob fahrlässig nicht kannte. Nach der Rechtsprechung des BGH sind aber Beschränkungen, die der Versicherer für Erklärungen vor Vertragsschluss durch die vereinbarten Allgemeinen Geschäftsbedingungen durchsetzen will, unangemessen im Sinn des § 307 Abs. 1 BGB und damit unwirksam.

Der Entwurf greift diese Rechtsprechung auf und erstreckt sie auch auf Beschränkungen der Empfangsvollmacht des Vertreters für Erklärungen nach Vertragsschluss (§ 69 Abs. 1 Nr. 2 VVG-E), da eine Differenzierung zwischen Erklärungen vor Vertragsschluss und solchen nach Vertragsschluss nicht sachgerecht ist.

Die neue Vorschrift schließt daher zum Schutz des Versicherungsnehmers generell aus, dass ihm Beschränkungen der dem Vertreter nach den §§ 69 und 71 VVG-E eingeräumten Vollmacht über die AVB entgegengehalten werden können; dies gilt auch im Verhältnis zu Dritten wie z. B. den Erwerber nach § 96 Abs. 2 VVG-E. Eine Beschränkung der Empfangsvollmacht nach § 69 Abs. 1 VVG-E liegt auch in einer Klausel, die für Erklärungen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Vertreter die Schriftform oder Textform verlangt. Ausgenommen sind auch hier die Fälle der Arglist und der Kollusion, ohne dass es hierfür einer ausdrücklichen Bestimmung bedarf.

Nicht ausgeschlossen sind Klauseln, wonach bestimmte Willenserklärungen oder Anzeigen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer, z. B. die Änderung eines Bezugsrechts oder die Anzeige einer Abtretung, der Schriftform bedürfen.

Zu § 73 (Angestellte und nicht gewerbsmäßig tätige Vermittler)

Bereits im geltenden Recht ist in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass die Vorschriften der §§ 43 bis 48 VVG nicht nur für selbständige Vertreter, sondern auch für angestellte Vermittler eines Versicherers gelten. Dies wird nunmehr ausdrücklich klargestellt.

Für die Wissenszurechnung beim Versicherer gilt somit auch für diese Personen die Auge-und-Ohr-Rechtsprechung. Den mit der Vermittlung betrauten Angestellten des Versicherers stehen solche Angestellte gleich, die mit ausdrücklicher oder auch stillschweigender Zustimmung des Versicherers nach außen als Vermittler auftreten.

Zusätzlich werden zum Schutz der Versicherungsnehmer die selbständigen Vermittler erfasst, die zwar von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter mit der Vermittlung oder dem Abschluss von Versicherungsverträgen betraut sind, ihre Tätigkeit aber nicht gewerbsmäßig ausüben und daher keine Versicherungsvertreter im Sinn des § 59 Abs. 2 VVG-E sind. Die Regelung erstreckt sich nicht auf Personen, die als Makler eine Vermittlungstätigkeit ausüben, da in diesen Fällen die für die Anwendung der §§ 69 bis 72 VVG-E maßgebliche Verbindung mit dem Versicherer in aller Regel fehlt.

Zu § 74 (Überversicherung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden § 51 Abs. 1 VVG. Sie ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 87 VVG-E).

Zu Absatz 2

Die bisherige Sonderregelung in § 51 Abs. 2 VVG für den Fall, dass die Überversicherung Folge eines Kriegsereignisses ist, ist überholt und entfällt daher.

Der neue Absatz 2 übernimmt im Wesentlichen die bisherige Regelung des § 51 Abs. 3 VVG. Abweichend von der allgemeinen Konzeption des Entwurfes, den Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie aufzugeben (vgl. § 39 VVG-E), soll es dabei bleiben, dass der Versicherungsnehmer trotz der Nichtigkeit des Vertrags zur Zahlung einer Prämie verpflichtet ist, allerdings nicht bis zum Schluss der Versicherungsperiode, sondern nur bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von den Umständen, welche die Nichtigkeit des Vertrags begründen, Kenntnis erlangt. Da es sich hier um einen Fall arglistigen Verhaltens des Versicherungsnehmers handelt, erscheint es aus Gründen der Prävention gerechtfertigt, diese Sanktion jedenfalls in dem eingeschränkten Umfang aufrechtzuerhalten; anderenfalls bliebe der Versuch des Versicherungsnehmers, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, folgenlos, da er die bezahlte Prämie zurückerhalten würde.

In § 87 VVG-E wird klargestellt, dass auch die Regelung in Halbsatz 2 des Absatzes 2 halbzwingend ist.

Zu § 75 (Unterversicherung)

Die Vorschrift weicht vom bisherigen § 56 VVG insofern ab, als nur eine erhebliche Unterversicherung erfasst wird. Damit wird zum einen die Übereinstimmung mit der Parallelregelung der Überversicherung (§ 74 VVG-E) sowie mit § 76 Satz 2 und 3 VVG-E hergestellt. Zum anderen wird durch diese Änderung berücksichtigt, dass die AVB häufig bereits Geringfügigkeitsgrenzen festlegen, unterhalb derer vom Versicherer eine Unterversicherung nicht geltend gemacht wird. Dem Einwand der Unterversicherung kann im Einzelfall ein Schadensersatzanspruch des Versicherungsnehmers nach § 6 Abs. 5 VVG-E oder § 63 VVG-E entgegenstehen, wenn der Versicherer oder ein Vermittler die ihm obliegende Beratungspflicht nach den §§ 6, 61 VVG-E in diesem Punkt verletzt. Die Vorschrift ist wie bisher abdingbar.

Zu § 76 (Taxe)

Die Regelung stimmt sachlich mit dem bisherigen § 57 VVG überein. Sie gilt generell für die Schadensversiche-

rung, also auch für die Sachversicherung. Der Begriff der Taxe wird beibehalten, da er in der Versicherungswirtschaft nach wie vor üblich ist. Der bisherige § 87 VVG, der in Satz 1 für die Feuerversicherung eine entsprechende Regelung enthält, kann entfallen; dies gilt auch für die Einschränkung einer Taxvereinbarung nach § 87 Satz 2 VVG, da die damit verbundene Beschränkung der Vertragsfreiheit zum Schutz der Interessen der Vertragspartner nicht geboten ist.

Die Vorschrift ist wie bisher abdingbar. Vertraglich kann daher die Befugnis des Versicherers zur Herabsetzung der Taxe vereinbart werden, wie dies teilweise in den AVB für einzelne Versicherungszweige vorgesehen ist.

Zu § 77 (Mehrere Versicherer)

Zu Absatz 1

Die Regelung stimmt sachlich mit dem bisherigen § 58 VVG überein. § 58 Abs. 2 VVG ist in Absatz 1 als Satz 2 angefügt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung des § 90 VVG bei der Feuerversicherung mit redaktionellen Anpassungen für die Schadensversicherung insgesamt. Praktische Bedeutung dürfte ihr allerdings nur für die Sachversicherung zukommen.

Zu § 78 (Haftung bei Mehrfachversicherung)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 59 Abs. 1 und 2 VVG überein. Der bisherige Begriff „Doppelversicherung“ wird durch den präziseren Begriff „Mehrfachversicherung“ ersetzt und damit die Übereinstimmung mit § 78 VVG-E hergestellt. Die Regelung ist abdingbar (vgl. § 87 VVG-E); auf ein zwingendes allgemeines versicherungsrechtliches Bereicherungsverbot wird wie bisher verzichtet.

Zu Absatz 3

Auch diese Regelung stimmt im Grundsatz mit dem bisherigen § 59 Abs. 3 VVG überein. Aus den zu der Parallelvorschrift des § 74 Abs. 2 VVG-E dargelegten Gründen verbleibt es auch hier bei der Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers trotz der Nichtigkeit des Vertrags; lediglich das Ende für diese Zahlungspflicht wird wie in § 74 Abs. 2 VVG-E auf den Zeitpunkt vorverlegt, zu dem der Versicherer von den Umständen, welche die Nichtigkeit begründen, Kenntnis erlangt. Diese Regelung ist, wie die Parallelvorschriften in § 74 Abs. 2 und § 80 Abs. 3 VVG-E, halbzwingend.

Zu § 79 (Beseitigung der Mehrfachversicherung)

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 60 Abs. 1 und 2 VVG überein. Der bisherige § 60 Abs. 3 VVG entfällt. Dessen Satz 1, der eine Aufhebung des Vertrags oder die Herabsetzung der Versicherungssumme und der Prämie erst mit Ablauf der Versicherungsperiode zulässt, ist Ausfluss des Grundsatzes der Unteilbarkeit der Prämie, der künftig nicht mehr gelten soll. Die zeitliche Beschränkung nach § 60 Abs. 3 Satz 2 VVG für das Recht des Versicherungsnehmers, die Beseitigung der Mehrfachversicherung

zu verlangen, ist sachlich nicht gerechtfertigt und soll daher ebenfalls entfallen; für den Versicherer ergibt sich hieraus kein unangemessener Nachteil.

Zu § 80 (Fehlendes versichertes Interesse)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 68 Abs. 1 VVG überein. Umfasst die Versicherung mehrere Einzelrisiken, die vom Versicherer nicht getrennt versichert werden, kommt die Regelung nur dann zur Anwendung, wenn die Gesamtheit der gedeckten Interessen von Anfang an nicht besteht oder nicht entsteht.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift über den Wegfall des versicherten Interesses nach Beginn der Versicherung stimmt mit dem bisherigen § 68 Abs. 2 VVG überein. Sie erfasst auch den bisher in § 68 Abs. 4 VVG geregelten Fall, dass das versicherte Interesse wegen Eintrittes des Versicherungsfalles wegfällt; dem Versicherer steht die Prämie auch hier nur bis zur Kenntniserlangung vom Wegfall des Interesses zu, da der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie entfallen soll. Der Wegfall des versicherten Interesses hat die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge.

Zu Absatz 3

Der bisherige § 68 Abs. 3 VVG, der ein Kriegsereignis als Grund für den Wegfall des Interesses regelt, ist obsolet.

Die neue Regelung lehnt sich an die Vorschriften von § 74 Abs. 2 und § 78 Abs. 3 VVG-E für die Fälle einer betrügerischen Überversicherung oder Mehrfachversicherung an. Auch bei der Versicherung eines nicht bestehenden Interesses, die in betrügerischer Absicht geschlossen wird, ist aus Präventivgründen eine Sanktion vorzusehen. Der neue Absatz 3 bestimmt zum einen die Nichtigkeit des Vertrags; zum anderen bleibt der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu zahlen, zu dem der Versicherer von den Umständen, welche die Nichtigkeit begründen, Kenntnis erlangt.

Zu § 81 (Herbeiführung des Versicherungsfalles)

Zu Absatz 1

Führt der Versicherungsnehmer bei der Schadensversicherung den Versicherungsfall vorsätzlich herbei, soll es bei der bisherigen Regelung des § 61 VVG bleiben, nach welcher der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist. Das Alles-oder-nichts-Prinzip erscheint insoweit sachgerecht und auch erforderlich, um keinen Anreiz zu unredlichem Verhalten zu schaffen. Eine nur teilweise Leistungspflicht des Versicherers bei Vorsatz des Versicherungsnehmers würde es diesem im Ergebnis erlauben, den Versicherer vorsätzlich zu schädigen.

Zur Frage, inwieweit sich der Versicherungsnehmer das Verhalten eines Dritten, durch das der Versicherungsfall herbeigeführt worden ist, zurechnen lassen muss, hat die Rechtsprechung den Begriff des Repräsentanten entwickelt. Der Entwurf überlässt die Entscheidung dieser Frage weiterhin der Rechtsprechung, da durch eine gesetzliche Regelung den vielfältigen Kriterien des Einzelfalles, die für die Zuordnung zur Repräsentation des Versicherungsnehmers maßgeblich sein können, nicht entsprochen werden könnte.

Zu Absatz 2

Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles soll wie in dem Fall einer grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung (§ 28 Abs. 2 VVG-E) oder Gefährerhöhung (§ 26 Abs. 1 VVG-E) das Alles-oder-nichts-Prinzip durch eine Quotelung ersetzt werden, um im Einzelfall Entscheidungen zu ermöglichen, die den jeweiligen Schutzinteressen des Versicherungsnehmers Rechnung tragen (vgl. Begründung zu § 28 VVG-E). Der Umfang der Leistungspflicht bestimmt sich daher nach dem Grad des Verschuldens. Für das Ausmaß der Leistungsfreiheit des Versicherers ist entscheidend, ob die grobe Fahrlässigkeit im konkreten Fall nahe beim bedingten Vorsatz oder aber eher im Grenzbereich zur einfachen Fahrlässigkeit liegt.

Hinsichtlich der Beweislastverteilung verbleibt es auch bezüglich des Verschuldens beim geltenden Recht: Der Versicherer hat nicht nur Vorsatz, sondern auch die grobe Fahrlässigkeit nachzuweisen. Diese Abweichung von den Regelungen in § 26 Abs. 1, § 28 Abs. 2 und § 82 Abs. 3 VVG-E ist insofern gerechtfertigt, als in diesen Fällen eine Obliegenheits- bzw. Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers vorliegt und vom Versicherer nachgewiesen ist; bei § 81 Abs. 2 VVG-E ist dagegen die grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers der Ausnahmetatbestand, der trotz Eintrittes des Versicherungsfalles zur teilweisen Leistungsfreiheit des Versicherers führt.

Eine mehrfache Quotelung kommt in den Fällen in Betracht, in denen gleichzeitig eine Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit (§ 28 VVG-E) vorliegt.

Abweichende Vereinbarungen der Vertragspartner sind zulässig (vgl. § 87 VVG-E). So ist z. B. möglich, eine pauschalierte Quotenregelung zu vereinbaren, um Auseinandersetzungen über eine sachgerechte Quotierung zu vermeiden. Einschränkungen für solche Bestimmungen in den AVB ergeben sich aber aus § 307 Abs. 1 und 2 Nr. 1 BGB.

Von § 81 VVG-E abweichende Sonderregelungen sieht der Entwurf wie bisher bei der Haftpflichtversicherung (§ 103 VVG-E) und bei der Transportversicherung (§ 137 VVG-E) vor. Auf Schadensversicherungen bei einer Personenversicherung ist § 81 VVG-E nicht anzuwenden (vgl. §§ 183 und 194 Abs. 1 Satz 1 VVG-E).

Zu § 82 (Abwendung und Minderung des Schadens)

Die Vorschrift greift die von der VVG-Kommission entwickelten Grundsätze über die Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Obliegenheitsverletzungen auf. Sie weicht daher sowohl sachlich als auch redaktionell vom geltenden § 62 VVG ab.

Die Regelung ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 87 VVG-E). Auf die Unfallversicherung sind die §§ 82 und 83 VVG-E auch dann nicht anzuwenden, wenn sie als Schadensversicherung ausgestaltet ist (vgl. § 184 VVG-E).

Zu Absatz 1

Die in dieser Vorschrift geregelte Obliegenheit des Versicherungsnehmers stimmt mit dem geltenden Recht überein. Es bleibt dabei, dass die Obliegenheit erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles entsteht; bis dahin gilt § 81 Abs. 1 VVG-E. Eine Vorerstreckung auf den Zeitpunkt, in dem der Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht, sieht der

Entwurf nur für den Aufwendungsersatz bei der Sachversicherung nach § 90 VVG-E vor.

Zu Absatz 2

Auch die Vorschriften in den Sätzen 1 und 2 für den Fall von Weisungen eines oder mehrerer Versicherer entsprechen sachlich dem bisherigen § 62 Abs. 1 VVG. Neu in Satz 1 ist lediglich die Voraussetzung für die Obliegenheit des Versicherungsnehmers, Weisungen des Versicherers zu befolgen, dass diese für den Versicherungsnehmer zumutbar sein müssen. Dies bedeutet, dass sich der Versicherer bei Erteilung einer Weisung nicht über berechnete Interessen des Versicherungsnehmers, die bei Befolgung der Weisung verletzt würden, hinwegsetzen darf. Zum Beispiel wäre dies im Kaskoschadensrecht der Fall, wenn der Versicherer die Weisung zur Reparatur eines Pkw in einer Werkstatt erteilt, die keine Vertragswerkstatt des Kfz-Herstellers ist, und der Versicherungsnehmer damit seine Werksgarantie gefährden würde.

Zu Absatz 3

Entsprechend den Regelungen von § 26 Abs. 1 und des § 28 Abs. 2 VVG-E bei Gefährerhöhung bzw. Verletzung vertraglicher Obliegenheiten wird abweichend vom geltenden Recht zwischen vorsätzlichen und grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzungen unterschieden. Während der Versicherer im Fall einer vorsätzlichen Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers wie bisher in vollem Umfang leistungsfrei ist, kann er bei einer grob fahrlässigen Verletzung nur eine Kürzung seiner Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers verlangen. Im Einzelnen kann zu dieser Quotelungsregelung auf die zu § 81 Abs. 2 und § 28 Abs. 2 VVG-E dargelegten Gründe verwiesen werden.

Für die Beweislast gilt auch hier, dass der Versicherer die objektive Verletzung der Obliegenheit nach Absatz 1 zu beweisen hat; gelingt dies, so muss sich der Versicherungsnehmer von grober Fahrlässigkeit entlasten, wenn er die volle Leistung des Versicherers erhalten will.

Zu Absatz 4

Das bisherige in § 62 Abs. 2 Satz 2 VVG auf grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen beschränkte Kausalitätserfordernis für die Leistungsfreiheit des Versicherers wird in Satz 1 entsprechend § 28 Abs. 3 VVG-E auf vorsätzliche Verletzungen erstreckt. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 3 entfällt somit, wenn die Obliegenheitsverletzung weder auf den Versicherungsfall oder dessen Feststellung noch auf den Umfang der Leistungspflicht oder dessen Feststellung Einfluss hat. Die Beweislast für die fehlende Kausalität der Obliegenheitsverletzung trägt der Versicherungsnehmer. In Satz 2 wird klargestellt, dass der Versicherer auch bei fehlender Kausalität leistungsfrei ist, wenn dem Versicherungsnehmer bei seiner Obliegenheitsverletzung ein arglistiges Verhalten vorzuwerfen ist.

Zu § 83 (Aufwendungsersatz)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 63 Abs. 1 Satz 1 und 3 VVG überein. Für die Sachversicherung sieht § 90 VVG-E einen erweiterten Aufwendungsersatz vor.

Abweichend vom geltenden Recht wird die Regelung über den Aufwendungsersatz in den Katalog der halbzwingenden Vorschriften aufgenommen (vgl. § 87 VVG-E). Dies entspricht der Auslegung des § 63 VVG im Schrifttum, wonach jedenfalls eine vollständige Abbedingung eines Aufwendungsersatzes gegen § 307 BGB verstoßen würde.

Zu Absatz 2

Ein Anspruch auf Ersatz der vom Versicherungsnehmer gemäß § 82 Abs. 1 und 2 VVG-E aufgewendeten Kosten zur Abwendung oder Minderung des Schadens ist nur insoweit gegeben, als der Versicherer bei Schadenseintritt leistungspflichtig ist. Hieraus folgt, dass der Versicherungsnehmer z. B. bei einer Quotelung im Falle einer grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles nach § 81 Abs. 2 oder § 82 Abs. 3 Satz 2 VVG-E (vorbehaltlich Absatz 4 Satz 1) Ersatz seiner Aufwendungen nur entsprechend dieser Quote verlangen kann. Dies gilt aber auch für die sonstigen Fälle, in denen der Entwurf eine Quotelung bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers vorsieht, sowie für den bisher in § 63 Abs. 2 VVG geregelten Fall der Unterversicherung nach § 75 VVG-E. Sind mehrere Vorschriften anzuwenden, kommt auch eine mehrfache Quotelung in Betracht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 63 Abs. 1 Satz 2 VVG überein.

Zu Absatz 4

Der neue Absatz 4 übernimmt die bisherige Regelung des § 123 Abs. 1 VVG für die Tierversicherung. Der Ausschluss des künftig nicht abdingbaren Anspruchs des Versicherungsnehmers auf Aufwendungsersatz erscheint hinsichtlich der in § 123 Abs. 1 VVG erfassten Kosten nach wie vor sachgerecht. Weitergehende vertragliche Einschränkungen des Aufwendungsersatzes in der Tierversicherung sind künftig ausgeschlossen (§ 87 VVG-E). Die in § 123 Abs. 2 VVG vorgesehene Aufteilung der Kosten der ersten tierärztlichen Untersuchung bleibt der Vereinbarung der Vertragspartner überlassen.

Zu § 84 (Sachverständigenverfahren)

Die Regelung stimmt sachlich mit dem bisherigen § 64 VVG überein. Die Vorschrift des § 64 Abs. 3 VVG, nach der eine Abweichung von der Bestimmung des § 64 Abs. 1 Satz 1 VVG ausgeschlossen ist, wird aus gesetzessystematischen Gründen in § 87 VVG-E aufgenommen. Es reicht aus, die Abdingbarkeit zum Nachteil des Versicherungsnehmers auszuschließen.

Für die Fälle der Befangenheit eines Sachverständigen gelten die allgemeinen Grundsätze bei Schiedsgutachterverfahren; einer besonderen Regelung bedarf es hier weiterhin nicht.

Für die Vorschrift des bisherigen § 65 VVG, nach der eine Vertretung des Versicherungsnehmers durch einen Bevollmächtigten bei der Schadensermittlung nicht ausgeschlossen werden kann, besteht kein praktisches Bedürfnis; sie kann daher entfallen.

Zu § 85 (Schadensermittlungskosten)

Zu Absatz 1

Satz 1 stimmt sachlich mit dem bisherigen § 66 Abs. 1 VVG überein. Wie im geltenden Recht wird hier abweichend von der Formulierung in § 83 Abs. 1 Satz 1 VVG-E darauf abgestellt, dass die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten war; damit wird der unterschiedlichen Situation, in der sich der Versicherungsnehmer jeweils befindet, Rechnung getragen.

Satz 2 stellt klar, dass dem Versicherungsnehmer Kostenersatz auch insoweit zusteht, als dieser Betrag zusammen mit der sonstigen Entschädigung die vertraglich festgesetzte Versicherungssumme übersteigt. Die Vorschrift ist zwar, wie die übrigen Bestimmungen des § 85 VVG-E, abdingbar; ein vollständiger Ausschluss eines Kostenersatzes durch die AVB, durch den der Versicherungsschutz ausgehöhlt würde, wäre jedoch nach § 307 BGB unwirksam.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 66 Abs. 2 VVG und stellt zusätzlich klar, dass dem Versicherungsnehmer auch im Fall einer Aufforderung des Versicherers, einen Sachverständigen oder Beistand zuzuziehen, die hierdurch entstehenden Kosten zu erstatten sind.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift erstreckt die bisherige, nur für die Unterversicherung nach § 75 VVG-E geltende Regelung auf die neuen Quotelungsfälle des Entwurfes bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers (vgl. § 83 Abs. 2 VVG-E).

Zu § 86 (Übergang von Ersatzansprüchen)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 67 Abs. 1 Satz 1 und 2 VVG überein. Sie gilt für alle Bereiche der Schadensversicherung; die bisherige Ausnahme für die Transportversicherung in § 148 VVG entfällt, da die Regelung insgesamt, also auch hinsichtlich des Quotenvorrechts nach § 67 Abs. 1 Satz 2 VVG, der Parteienautonomie überlassen werden kann. Die teilweise auch im Schrifttum erhobenen Bedenken, dass die Quotenregelung in bestimmten Fällen (z. B. bei vereinbartem Selbstbehalt) zu einer ungerechtfertigten Bereicherung des Versicherungsnehmers auf Kosten des Versicherers führen würde, rechtfertigen keine Änderung der geltenden Rechtslage in diesem Punkt.

Zu Absatz 2

Durch die neue Regelung wird eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers zur Wahrung des auf den Versicherer nach Absatz 1 übergehenden Ersatzanspruchs begründet. Nach dem bisherigen § 67 Abs. 1 Satz 3 VVG ist dem Versicherungsnehmer lediglich untersagt, den Ersatzanspruch oder ein zu dessen Sicherung dienendes Recht aufzugeben. Diese Formulierung entspricht nicht dem Sinn und Zweck der Bestimmung, das berechtigte Interesse des Versicherers zu wahren, sich wegen seiner dem Versicherungsnehmer erbrachten Leistung bei dem ersatzpflichtigen Dritten schadlos halten zu können.

In Satz 1 ist daher über das geltende Aufgabeverbot hinaus als Obliegenheit des Versicherungsnehmers bestimmt, den ihm zustehenden Ersatzanspruch bzw. ein zu dessen Siche-

rung begründetes Recht zu wahren und dabei insbesondere bestehende Formerfordernisse oder Fristen zu beachten; bedarf der Versicherer zur Durchsetzung des auf ihn übergegangenen Anspruchs der Mitwirkung des Versicherungsnehmers, z. B. um Auskünfte zu erlangen, die zur Begründung des Ersatzanspruchs notwendig sind, besteht auch insoweit eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers. Voraussetzung hierfür ist aber wie bisher, dass der Ersatzanspruch gegen den Dritten zunächst entstanden und nicht von vornherein z. B. auf Grund einer zulässigen Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer und Drittem ausgeschlossen ist.

Satz 2 regelt die Fälle der Obliegenheitsverletzung in Übereinstimmung mit den Vorschriften des § 28 Abs. 2 VVG-E bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit und des § 82 Abs. 3 VVG-E. Eine Leistungsfreiheit des Versicherers kommt insoweit in Betracht, als die Obliegenheitsverletzung dafür ursächlich ist, dass der Versicherer von dem Dritten keinen Ersatz erlangen kann; diese Voraussetzung ist z. B. nicht erfüllt, wenn feststeht, dass der Versicherer den Ersatzanspruch nicht tatsächlich durchsetzen kann. Eine vollständige Leistungsfreiheit des Versicherers setzt eine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers voraus; bei grober Fahrlässigkeit, deren Nichtvorliegen vom Versicherungsnehmer zu beweisen ist, tritt nur eine quotaler Leistungsbefreiung ein (Satz 3).

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich im Wesentlichen mit dem bisherigen § 67 Abs. 2 VVG überein. Allerdings wird anstelle des Ausschlusses des Anspruchsüberganges ein Regressausschluss eingeführt; der Versicherungsnehmer verliert zwar den Ersatzanspruch gegen den Schädiger, wenn er die Versicherungsleistung in Anspruch nimmt, der Versicherer kann aber den übergegangenen Anspruch nicht gegen den Schädiger geltend machen.

Die Beschränkung des Regressausschlusses auf Familienangehörige in häuslicher Gemeinschaft entspricht allerdings nicht mehr den heutigen gesellschaftlichen Verhältnissen. Die für die Sonderregelung maßgeblichen Gesichtspunkte gelten für alle Personen, die in einer häuslichen Gemeinschaft miteinander leben. Um einen Missbrauch zu verhindern, wird in Absatz 3 darauf abgestellt, dass die häusliche Gemeinschaft zum Zeitpunkt des schadensverursachenden Ereignisses bereits bestand.

Zu § 87 (Abweichende Vereinbarungen)

Über die bisher in § 68a VVG erfassten Vorschriften hinaus ist künftig auch die Regelung des § 83 VVG-E über den Aufwendungsersatz halbzwingend. Die sachlich übereinstimmenden Vorschriften von § 74 Abs. 2, § 78 Abs. 3 und § 80 Abs. 3 VVG-E werden jeweils im Hinblick auf die Halbsätze 2 der zitierten Absätze aufgenommen. Die Aufnahme des § 84 Abs. 1 Satz 1 VVG-E erfolgt aus gesetzessystematischen Gründen (vgl. zu § 84 VVG-E).

Zu § 88 (Versicherungswert)

Die neue Vorschrift definiert den Versicherungswert in der Sachversicherung. Sie bezieht die bisherigen Bestimmungen der §§ 52 und 54 sowie 86 und 88 VVG für die Feuerversicherung ein.

Die Definition ist bei der Anwendung der §§ 74 bis 76, 78, 79 und 93 Abs. 1 Satz 2 VVG-E relevant, soweit Gegenstand der Versicherung eine Sache ist. Eine Sonderregelung enthält § 136 VVG-E für die Transportversicherung.

In Anlehnung an die bisherigen §§ 86 und 88 VVG definiert § 88 VVG-E den Versicherungswert als Zeitwert. Maßgeblich ist danach der Wert der versicherten Sache zum Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses. Für die Wertbemessung ist der Betrag maßgeblich, der für die Wiederbeschaffung oder Wiederherstellung der beschädigten Sache in neuwertigem Zustand abzüglich des Minderwertes, der sich aus dem Zustand der Sache bei Schadenseintritt ergibt, aufzuwenden ist.

Den Vertragspartnern steht es frei, dem Versicherungswert einen anderen Wert zugrunde zu legen. Von praktischer Bedeutung ist insbesondere die Neuwertversicherung, bei der kein Abzug neu für alt erfolgt. Zur Klarstellung enthält die Vorschrift einen ausdrücklichen Vorbehalt für eine abweichende Regelung im Vertrag.

Zu § 89 (Versicherung für Inbegriff von Sachen)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 54 VVG überein. Mehrere Sachen bilden einen Sachinbegriff, wenn sie auf Grund ihrer Zweckverbundenheit allgemein als Einheit behandelt werden. Unter dieser Voraussetzung umfasst der Sachinbegriff die jeweils dazu gehörigen Sachen, also nicht nur die entsprechenden Sachen zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt im Wesentlichen mit dem bisherigen § 85 VVG überein. Lediglich hinsichtlich des Personenkreises, dessen Sachen in die Fremdversicherung einbezogen werden, sind Änderungen erforderlich, um die Regelung mit den geänderten gesellschaftlichen Verhältnissen in Einklang zu bringen. Entsprechend den Erwägungen zu § 86 Abs. 3 VVG-E ist nicht mehr auf Familienangehörige, sondern auf alle Personen abzustellen, die bei Schadenseintritt in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben. Ferner wird bei den bei Schadenseintritt in einem Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer stehenden Personen nur darauf abgestellt, ob sie ihre Tätigkeit für den Versicherungsnehmer an einem Ort ausüben, für den die Sachversicherung des Versicherungsnehmers gilt; die bisherige Alternative der häuslichen Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer ist insoweit ohne praktische Bedeutung und kann daher entfallen.

Zu § 90 (Erweiterter Aufwendungsersatz)

Nach der sog. Vorerstreckungstheorie, die von der Rechtsprechung zu § 63 VVG entwickelt worden ist, steht dem Versicherungsnehmer bei der Sachversicherung ein Anspruch auf Ersatz solcher Aufwendungen zu, die er zur Abwehr eines anderenfalls unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfalles oder zur Minderung des damit verbundenen Schadens tätigt. Diese Rechtsprechung wird in dem neuen § 90 VVG-E aufgegriffen. Die Regelung dient dem Ziel, den Eintritt von Schäden möglichst zu verhindern. Die Vorerstreckung soll nur hinsichtlich des Aufwendungsersatzes maßgeblich sein; eine Vorverlegung der Rettungsobliegenheit nach § 82 Abs. 1 und 2 VVG-E würde den Versicherungs-

nehmer unangemessen belasten und wäre mit einer Aufweichung der bis zum Eintritt des Versicherungsfalles anzuwendenden Regelung des § 81 VVG-E verbunden.

§ 90 VVG-E ist anzuwenden, wenn objektiv ein Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht und die Aufwendungen des Versicherungsnehmers den Zweck haben, den vertraglich festgelegten Versicherungsfall dadurch abzuwenden oder dessen Auswirkungen zu mindern. Nicht erforderlich ist, dass die Aufwendungen des Versicherungsnehmers erfolgreich sind; sie sind in dem Umfang zu erstatten, in dem sie der Versicherungsnehmer den Umständen nach für geboten halten dürfte (vgl. § 83 Abs. 1 Satz 1 VVG-E). Liegen die Voraussetzungen des § 90 VVG-E vor, sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Vorschriften des § 83 Abs. 2 und 3 VVG-E zu erstatten. Ein Anspruch auf Vorschuss nach § 83 Abs. 1 Satz 2 VVG-E steht dem Versicherungsnehmer allerdings nicht zu; wenn der Versicherungsnehmer noch Zeit hat, den Umfang seiner Aufwendungen abzuschätzen, um einen Vorschuss beziffert zu begründen, geltend zu machen und innerhalb der allgemeinen Fälligkeitsfristen vor dem Eintritt des Versicherungsfalles zu erhalten, fehlt es in aller Regel an dem Erfordernis, dass der Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht.

Die neue Regelung ist abdingbar; anders als beim Anspruch nach § 83 VVG-E können hier abweichende Vereinbarungen zum Nachteil des Versicherungsnehmers zugelassen werden, da der Versicherungsnehmer keine entsprechende Rettungsobliegenheit hat. Die Regelung gilt nur für die Sachversicherung; eine Erstreckung auf andere Zweige der Schadensversicherung hätte teilweise nicht überschaubare Konsequenzen und würde in die Produktgestaltung der Versicherer eingreifen.

Zu § 91 (Verzinsung der Entschädigung)

Die bisher nur auf die Feuerversicherung anzuwendende Regelung des § 94 VVG soll mit geringfügigen Änderungen auf die Sachversicherung insgesamt erstreckt werden. Nicht nur bei Gebäudeschäden, sondern auch bei der Beschädigung anderer hochwertiger Sachen müssen vom Versicherer unter Umständen langwierige Schadensermittlungen durchgeführt werden, durch welche die Auszahlung der Entschädigung erheblich verzögert wird; die für die bisherige Mindestverzinsungspflicht maßgeblichen Gründe gelten auch in diesen Fällen.

Die Regelung ist wie bisher abdingbar.

Satz 1 stimmt sachlich mit dem bisherigen § 94 Abs. 1 VVG überein. Eine weitergehende Zinspflicht kann sich insbesondere aus § 288 BGB bei Verzug des Versicherers ergeben.

Satz 2 enthält die bisherige Hemmungsvorschrift des § 94 Abs. 2 VVG. Dem Versicherungsnehmer sollen nur schuldhaftige Verzögerungen angelastet werden; dies entspricht auch der Bestimmung des § 14 Abs. 2 VVG-E über die Fälligkeit der Geldleistung.

Zu § 92 (Kündigung nach Versicherungsfall)

Zu Absatz 1

Die Regelung des § 96 VVG, die den Vertragspartnern bei der Feuerversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles ein Kündigungsrecht einräumt, soll allgemein für die Sach-

versicherung beibehalten werden. Generell ist bei der Sachversicherung ein Bedürfnis der Vertragspartner anzuerkennen, das Versicherungsverhältnis unmittelbar nach dem Eintritt des Versicherungsfalles beenden zu können; die vorzeitige Lösungsmöglichkeit nach § 11 Abs. 4 VVG-E ändert hieran nichts.

Die Regelung ist wie bisher abdingbar.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 96 Abs. 2 VVG überein.

Zu Absatz 3

Die bisherige Regelung in § 96 Abs. 3 VVG über die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers für die Zeit nach der Kündigung entfällt, da der ihr zugrunde liegende Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie nicht aufrechterhalten wird. Der Versicherungsnehmer hat die Prämie nur bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Versicherungsverhältnis durch die Kündigung beendet wird, zu zahlen (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 VVG-E).

Der neue Absatz 3 enthält eine Sondervorschrift für die Hagelversicherung, die wegen ihrer vergleichsweise sehr begrenzten Bedeutung im Übrigen nicht mehr gesondert geregelt werden soll. Um den jahreszeitlich bedingten Besonderheiten der Hagelversicherung Rechnung zu tragen, übernimmt Absatz 3 sachlich unverändert die Regelung des § 113 VVG, die ergänzend den Bestimmungen in den Absätzen 1 und 2 hinzutritt. Die Vorschrift ist wie bisher abdingbar.

Zu § 93 (Wiederherstellungsklausel)

Die bisherige Regelung des § 97 VVG für die Fälle einer Wiederherstellungsklausel bei der Gebäudeversicherung soll allgemein für die Sachversicherung gelten, da sie auch für andere Sachen als Gebäude praktisch relevant sein kann.

Dagegen kann auf die bisherige Vorschrift des § 98 VVG über das Verbot zur Abtretung der Entschädigungssumme verzichtet und einer Regelung in den AVB überlassen werden; einem Abtretungsverbot wird wegen der gegenüber § 97 VVG eingeschränkten Wiederherstellungsklausel künftig keine wesentliche praktische Bedeutung zukommen.

Die neue Regelung kommt nur zur Anwendung, wenn der Vertrag eine entsprechende Wiederherstellungsklausel enthält; sie ist, wie der bisherige § 97 VVG, abdingbar.

Satz 1 bezieht sich nunmehr auf die Wiederherstellung einer versicherten Sache. Abweichend von § 97 VVG muss die Wiederherstellung selbst und nicht nur die bestimmungsgemäße Verwendung des Geldes gesichert sein. Ferner stellt die Vorschrift auf eine Wiederherstellungsklausel ab, die sich nur auf den Mehrbetrag bezieht, den der Versicherer über den Zeitwert im Sinn des § 88 VVG-E hinaus lediglich bei der Wiederherstellung zu bezahlen hat; den Zeitwert kann der Versicherungsnehmer bereits vor einer Sicherstellung der Wiederherstellung und unabhängig von der Wiederherstellung verlangen. Diese eingeschränkte Klausel entspricht der heutigen Praxis und trägt den berechtigten Interessen des Versicherungsnehmers angemessen Rechnung. Da sich die Regelung auf Sachen, die kein Gebäude sind, erstreckt, wird außer der Wiederherstellung jeweils auch der Fall der Wiederbeschaffung erfasst.

Der neue Satz 2 enthält eine Sanktion für den Fall, dass der Versicherungsnehmer schuldhaft seine vertragliche Wiederherstellungspflicht verletzt. Die Wiederherstellung muss innerhalb eines, in der Regel vom Versicherer zu bestimmenden, angemessenen Zeitraums erfolgen. Der Versicherer kann die Rückzahlung der von ihm geleisteten Entschädigung, die auch eine Verzinsung nach § 91 VVG-E umfasst, insoweit verlangen, als diese den Zeitwert der Sache überschreitet. Ist eine Neuwertversicherung vereinbart, wie sie bei der Gebäudeversicherung die Regel darstellt, hat der Versicherungsnehmer somit den Differenzbetrag von Neuwert und Zeitwert zurückzuzahlen.

Die ergänzende Regelung im bisherigen § 193 VVG bezüglich landesrechtlicher Vorschriften, die eine Wiederherstellungspflicht begründen oder die Art der Sicherstellung regeln, übernimmt der Entwurf nicht, da hierfür kein hinreichendes praktisches Bedürfnis ersichtlich ist.

Zu § 94 (Wirksamkeit der Zahlung gegenüber Hypothekengläubigern)

Die vorgeschlagene Regelung übernimmt im Wesentlichen unverändert die Vorschriften der §§ 99 und 100 VVG. Abweichend vom Votum der VVG-Kommission erscheinen diese Vorschriften zum Schutz der Interessen der Grundpfandrechtsgläubiger nach wie vor sachgerecht. Der Anwendungsbereich der Regelung, der nach geltendem Recht auf die Gebäudefeuerversicherung beschränkt ist, wird wie § 93 VVG-E generell auf die Sachversicherung erstreckt, da sich die Regelung auf den Fall einer Wiederherstellungsklausel nach § 93 VVG-E bezieht. Voraussetzung ist allerdings, dass an der versicherten Sache ein Grundpfandrecht besteht. § 94 VVG-E ist nur anzuwenden, wenn eine Wiederherstellungsklausel mit dem in § 93 VVG-E beschriebenen Inhalt vereinbart worden ist. Die Vorschrift ist wie bisher zum Schutz des Hypothekengläubigers halbzwingend; dies folgt aus der Natur der Vorschrift und bedarf daher keiner ausdrücklichen Regelung.

Ergänzende Vorschriften enthalten die §§ 1128 und 1130 BGB, für die weiterhin ein zusätzlicher Anwendungsbereich verbleibt. Wegen dieser Verknüpfung wird die bisherige Terminologie, die auf den – in der Praxis seltenen – Hypothekengläubiger abstellt, im Wesentlichen beibehalten.

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit § 99 Abs. 1 und 2 VVG überein. Sie beziehen sich allerdings nur auf den Teil der Entschädigung, auf den sich die Wiederherstellungsklausel nach § 93 VVG-E erstreckt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 99 Abs. 3 VVG überein. Der bisherige Begriff „untunlich“, der von § 1128 Abs. 1 Satz 3 BGB übernommen wurde, ist veraltet und wird daher durch das Kriterium des unangemessenen Aufwands ersetzt und konkretisiert.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht sachlich dem bisherigen § 100 VVG. Das Schriftformerfordernis für die Zustimmung des Hypothekengläubigers wird, der generellen Linie des Entwurfs entsprechend, durch die Textform ersetzt.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift erstreckt entsprechend dem bisherigen § 107b VVG die Regelungen für Hypothekengläubiger auf die anderen Grundpfandrechtsgläubiger.

Zu § 95 (Veräußerung der versicherten Sache)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit § 69 Abs. 1 und 2 VVG überein. Sie stellen wie bisher nicht darauf ab, dass der Versicherungsnehmer Eigentümer der versicherten Sache ist; die Regelung gilt daher auch bei einer Versicherung für fremde Rechnung, wenn der Erwerber Rechtsnachfolger des Versicherten wird.

Die Regelung erfasst ferner – wie bisher allgemein anerkannt – außer der reinen Sachversicherung auch sachbezogene Haftpflichtversicherungen; in § 102 Abs. 2 und § 122 VVG-E wird dies für die praktisch bedeutsamsten Fälle ausdrücklich klargestellt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, dass der Gutgläubensschutz sich auf alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen erstreckt. Ergänzend sind die §§ 406 bis 408 BGB anzuwenden, wie sich aus § 412 BGB ergibt; dies braucht nicht ausdrücklich bestimmt zu werden, da die allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften des BGB auch für das Versicherungsverhältnis gelten, soweit das VVG nichts anderes bestimmt.

Zu § 96 (Kündigung nach Veräußerung)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 70 Abs. 1 und 2 VVG überein.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift weicht vom bisherigen § 70 Abs. 3 VVG insofern ab, als sie den Wegfall des Grundsatzes der Unteilbarkeit der Prämie berücksichtigt. Daher ist lediglich geregelt, dass allein der Veräußerer im Fall der Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherer oder den Erwerber zur Zahlung der Prämie verpflichtet ist. Die Zahlungspflicht endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 VVG-E).

Zu § 97 (Anzeige der Veräußerung)

Zu Absatz 1

Satz 1 enthält den bisherigen § 71 Abs. 1 Satz 1 VVG und stellt zusätzlich klar, dass sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Erwerber verpflichtet sind, die Veräußerung unverzüglich anzuzeigen.

Satz 2 knüpft die Leistungsfreiheit des Versicherers bei unterlassener Anzeige abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 VVG an eine zusätzliche Voraussetzung. Es ist nicht angemessen, den Versicherer auch dann von seiner Leistungspflicht zu befreien, wenn er auch mit dem Erwerber der versicherten Sache den Versicherungsvertrag geschlossen hätte. Daher wird die Leistungsfreiheit an die Voraussetzung geknüpft, dass der Versicherer nachweist, dass er den mit dem veräußernden Versicherungsnehmer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

Im Übrigen verbleibt es bei dem von der Rechtsprechung zu § 71 VVG entwickelten Grundsatz, dass der Versicherer nur dann leistungsfrei ist, wenn diese Rechtsfolge nicht außer Verhältnis zur Schwere des Verstoßes des Versicherungsnehmers steht. Hier handelt es sich um die Ausprägung des allgemeinen Grundsatzes von Treu und Glauben, der keiner ausdrücklichen Regelung bedarf.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 71 Abs. 2 VVG überein.

Zu § 98 (Schutz des Erwerbers)

Satz 1 stimmt sachlich mit dem bisherigen § 72 Satz 1 VVG überein. Satz 2 berücksichtigt neu die Möglichkeit, für die Kündigung des Erwerbers oder die Veräußerungsanzeige die Textform zu vereinbaren.

Zu § 99 (Zwangsversteigerung, Erwerb des Nutzungsrechts)

Die Vorschrift übernimmt hinsichtlich der Zwangsversteigerung der versicherten Sache den bisherigen § 73 VVG und erstreckt die Regelung auf den Übergang des Fruchtziehungsrechts auf einen Dritten. Eine entsprechende Bestimmung enthält der bisherige § 115 VVG für die Hagelversicherung. Insoweit besteht weiterhin ein praktisches Bedürfnis für eine gesetzliche Regelung, da Rechte Dritter betroffen sind.

Zu § 100 (Leistung des Versicherers)

Der Wortlaut des § 149 VVG soll an die in der Praxis auf Grund der Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB) übliche Leistungspflicht des Versicherers angepasst werden. Danach ist bei der Haftpflichtversicherung der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, die gegen ihn auf Grund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache von einem Dritten geltend gemacht werden. Dem Versicherungsnehmer steht danach an Stelle des bisher in § 149 VVG geregelten Schadensersatzanspruchs ein Freistellungsanspruch gegen den Versicherer zu. Zudem wird – in Anlehnung an die bisherige Regelung in § 3 Abs. 2 AHB – klargestellt, dass die Leistungspflicht des Versicherers auch die Prüfung der Haftpflichtfrage an sich und die Abwehr unberechtigter Ansprüche umfasst.

Die Vorschrift enthält keine Definition des Versicherungsfalles, der gerade in der Haftpflichtversicherung sehr unterschiedliche Ausprägungen erfährt. Als Versicherungsfall werden unter anderem vereinbart das Schadensereignis (z. B. Allgemeine Haftpflichtversicherung), der Rechtsverstoß (z. B. Anwalts- und Notarhaftpflichtversicherung), der Planungsfehler (z. B. Architektenhaftpflichtversicherung), das Inverkehrbringen eines Produktes (z. B. Produkthaftpflichtversicherung), die erstmalige Feststellung des Schadens (z. B. Umwelthaftpflichtversicherung) oder die Schadensmeldung – auch „claims made“ genannt – (z. B. Allgemeine Haftpflichtversicherung, D&O-Versicherung). Diese Gestaltungsmöglichkeiten werden auch künftig nicht eingeschränkt; in den folgenden Vorschriften wird der Begriff des Schadensereignisses im alle Versicherungsfälle umfassenden Sinn verwendet.

Zu § 101 (Kosten des Rechtsschutzes)

Die Regelung ist sachlich unverändert. Der bisherige § 150 Abs. 1 Satz 2 VVG ist wegen der Neufassung des § 100 VVG-E entbehrlich. Die übrigen Abweichungen des Wortlauts sind teils durch die Änderung des bisherigen § 149 VVG, teils sprachlich bedingt.

Zu § 102 (Betriebshaftpflichtversicherung)

Zu Absatz 1

Die bisherige Regelung des § 151 VVG wird auf alle Arbeitnehmer sowie auf die Mitglieder des Leitungsorgans des Unternehmens erstreckt, wie dies bereits in den bisher verwendeten AVB geschieht. Die Formulierung lehnt sich bezüglich der angestellten Personen an § 85 VVG an. Mit der Ersetzung des Begriffes „Betrieb“ durch „Unternehmen“ wird die Terminologie des § 1 HGB übernommen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 151 Abs. 2 VVG überein. Eine sachliche Änderung ergibt sich allerdings aus der Verweisung auf § 97 VVG-E, der gegenüber § 71 Abs. 1 Satz 2 VVG geändert wird. Nach § 97 Abs. 1 VVG-E ist die Leistungsfreiheit des Versicherers bei unterlassener Anzeige der Übertragung des Unternehmens davon abhängig, dass der Versicherer nachweist, dass er den mit dem Veräußerer bestehenden Haftpflichtversicherungsvertrag mit dem Erwerber des Unternehmens nicht geschlossen hätte.

Zu § 103 (Herbeiführung des Versicherungsfalles)

In der Sache bleibt die bisherige Regelung des § 152 VVG erhalten. Klargestellt wird, dass sich der Vorsatz hier – anders als bei § 823 BGB – nicht nur auf die Handlung, sondern auch auf die Schadensfolgen beziehen muss, damit der Haftungsausschluss zu Gunsten des Versicherers greift. Im Übrigen ist der Text an die sprachlichen Änderungen im Allgemeinen Teil angepasst.

Die Vorschrift ist wie bisher abdingbar (vgl. § 112 VVG-E), es kann somit ein Leistungsausschluss bei milderer Schuldförmern vereinbart werden.

Zu § 104 (Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 153 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 VVG überein. Für den Beginn der Frist nach Satz 1 ist der Zeitpunkt maßgeblich, zu dem der Versicherungsnehmer weiß oder damit rechnet, dass er von einem Dritten wegen der eingetretenen schadensverursachenden Tatsache in Anspruch genommen werden kann.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 153 Abs. 4 VVG überein. Der Begriff des Schadensereignisses ist auch hier, wie z. B. in § 116 Abs. 2 und § 117 Abs. 1 VVG-E, weit auszulegen. Verfahren, die sich nicht gegen den Versicherungsnehmer, sondern gegen einen Mitversicherten richten, werden von der Vorschrift nicht erfasst.

Zu Absatz 3

Satz 1 entspricht § 153 Abs. 3 VVG.

In Satz 2 wird in Übereinstimmung mit dem geltenden Recht (§ 153 Abs. 1 Satz 2 VVG) die Vorschrift des § 30 Abs. 2 VVG-E für entsprechend anwendbar erklärt. Sie kommt zur Anwendung, wenn vertraglich die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Verletzung einer Anzeigepflicht nach Absatz 1 oder 2 festgelegt ist, und besagt, dass sich der Versicherer auf diese Obliegenheitsverletzung nicht berufen kann, wenn er anderweitig von den anzeigepflichtigen Tatsachen Kenntnis erlangt hat. Bei Verletzung der Anzeigepflicht kommt ferner § 28 VVG-E zur Anwendung, wenn vertraglich eine entsprechende Obliegenheit des Versicherungsnehmers vorgesehen ist (vgl. § 5 AHB).

Zu § 105 (Anerkenntnis des Versicherungsnehmers)

Das bisherige Anerkenntnis- und Befriedigungsverbot nach § 154 Abs. 2 VVG soll entfallen. Diese Vorschrift erlaubt dem Versicherer, im Versicherungsvertrag Leistungsfreiheit für den Fall vorzusehen, dass der Versicherungsnehmer den anspruchsberechtigten Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt. Nur dann, wenn die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigert werden kann, bleibt die Leistungspflicht bestehen. Diese Regelung erscheint auch unter Berücksichtigung der Interessen des Versicherers unangemessen.

Der Versicherungsnehmer kann durch Anerkennen oder Befriedigen einen nicht bestehenden Anspruch des Dritten nicht zu Lasten des Versicherers begründen und darüber hinaus auch nicht den Versicherungsfall herbeiführen; anderenfalls hätte der Versicherungsnehmer die Befugnis, zu Gunsten des Dritten den Versicherer zu belasten. Sowohl das Anerkenntnis als auch die Befriedigung müssen ohne Einfluss auf den Befreiungsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer bleiben; verspricht der Versicherungsnehmer dem Dritten mehr als diesem zusteht, geht der Mehrbetrag immer zu Lasten des Versicherungsnehmers. Der Versicherer hat ihn nur von dem Anspruch freizustellen, den der Geschädigte ohne das Anerkenntnis gehabt hätte.

Nicht gerechtfertigt ist es, dass der Versicherungsnehmer nach geltendem Recht durch Anerkenntnis oder Befriedigung seinen Befreiungsanspruch auch insoweit verliert, als er ohne sein vielleicht voreiliges Verhalten bestanden hätte. Allerdings liegt es nicht im Interesse des Versicherers, wenn ihm die Abwehr von Ansprüchen des Dritten durch Anerkenntnis oder Befriedigung unmöglich gemacht wird; möglicherweise könnte er diesen durch überlegene Rechtskenntnis zu einem (teilweisen) Verzicht auch dann bewegen, wenn die Ansprüche nach den tatsächlichen Umständen bestehen. Insoweit ist der Versicherer aber nicht schutzwürdig, wenn er gegenüber seinem Vertragspartner alle Einwendungen behält; er versagt ihm dann die Befreiung in dem Umfang, in dem der Versicherungsnehmer mit seinem Anerkenntnis über die wirkliche Anspruchslage hinausgegangen ist.

Das Verbot von Anerkenntnis und Befriedigung ist auch aus der Sicht des Versicherers nicht sehr effektiv. Der Versicherungsnehmer ist nicht gehindert, bestimmte Tatsachen dem Geschädigten gegenüber persönlich oder in einer Gerichtsverhandlung einzuräumen; nur den Anspruch darf er nicht anerkennen. Selbst beim betrügerischen Zusammenwirken des Versicherungsnehmers mit dem Dritten ist es ein Leicht-

tes, ein Anerkenntnis zu vermeiden und nur die (falschen) Tatsachen gemeinsam vorzutragen, aus denen sich der Anspruch des angeblich geschädigten Dritten gegen den Versicherungsnehmer und deshalb der entsprechende Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer ergeben soll.

Deshalb erklärt § 105 VVG-E eine Klausel für unwirksam, nach welcher der Versicherer bei Anerkenntnis des Anspruchs des Geschädigten oder Befriedigung seitens des Versicherungsnehmers leistungsfrei ist.

Zu § 106 (Fälligkeit der Versicherungsleistung)

Die Vorschrift entspricht sachlich dem teilweise missverständlich formulierten § 154 Abs. 1 VVG. Der geänderte Satz 1 berücksichtigt zum einen, dass grundsätzlich der Versicherer und nicht der Versicherungsnehmer die Entschädigung an den Dritten zu zahlen hat (vgl. § 100 VVG-E). Zum anderen wird klargestellt, dass ein Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich bezüglich des Anspruchs des Dritten die Fälligkeit des Freistellungsanspruchs des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Wochen nur herbeiführen kann, wenn die Feststellung des Anspruchs des Dritten mit verbindlicher Wirkung für den Versicherer erfolgt. Dieser muss die Möglichkeit haben, die Berechtigung des von Dritten geltend gemachten Anspruchs zu prüfen; dies ist vor allem auch wegen des Wegfalles des Anerkenntnis- und Befriedigungsverbots nach § 105 VVG-E notwendig.

Der Sonderfall, dass die Entschädigung vom Versicherungsnehmer selbst gezahlt wird, ist in Satz 2 mit der zu Satz 1 erläuterten Änderung geregelt.

Satz 3 stimmt sachlich mit § 154 Abs. 1 Satz 2 VVG überein.

Zu § 107 (Rentenanspruch)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 155 Abs. 1 VVG überein.

Zu Absatz 2

Satz 1 stimmt mit § 155 Abs. 2 VVG überein. Zusätzlich wird in Satz 2 klargestellt, dass die Beschränkung nach Absatz 1 auf einen verhältnismäßigen Teil auch für die Sicherheitsleistung gilt.

Zu § 108 (Verfügung über den Freistellungsanspruch)

Zu Absatz 1

Abweichend vom bisherigen § 156 Abs. 1 VVG, der nur die Entschädigungsforderung erfasst, wird das Verfügungsverbot im Sinn des § 135 BGB nunmehr auf den Freistellungsanspruch insgesamt erstreckt; damit wird dem neuen § 100 VVG-E Rechnung getragen.

Zu Absatz 2

Der bisherige § 156 Abs. 2 VVG entfällt, da die dort geregelten Voraussetzungen für die Leistung des Versicherers an den geschädigten Dritten dem neuen § 100 VVG-E widersprechen.

Nach der neuen Regelung in § 108 Abs. 2 VVG-E ist ein generelles Abtretungsverbot, das sich aus den AVB ergibt, nicht wirksam. Ein Bedürfnis für diese Bestimmung ergibt

sich aus der hiervon abweichenden Regelung in § 7 Nr. 3 AHB. Von der Rechtsprechung ist in zahlreichen Fällen festgestellt worden, dass die Berufung des Versicherers auf das Abtretungsverbot als Verstoß gegen Treu und Glauben zu beurteilen ist, wenn es nicht durch ein berechtigtes Interesse des Versicherers gedeckt ist. Der Versicherungsnehmer kann nämlich ein Interesse daran haben, den Geschädigten an den Versicherer zu verweisen, wenn dieser einen Haftpflichtanspruch in Frage stellt, den der Versicherungsnehmer – vielleicht wegen seiner Beziehungen zu dem Geschädigten – nicht einfach zurückweisen möchte.

Die neue Regelung entspricht auch den Interessen des Geschädigten. Dieser hat häufig keine Kenntnis vom Innenverhältnis zwischen schädigendem Versicherungsnehmer und dem Haftpflichtversicherer. Nachteile für den Geschädigten können sich in den Fällen ergeben, in denen sich der Versicherungsnehmer nicht um die Angelegenheit kümmert und z. B. den Versicherer pflichtwidrig nicht informiert; auch im Fall der Insolvenz des Versicherungsnehmers ist die Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Haftpflichtversicherer erschwert.

§ 108 Abs. 2 VVG-E hat zum Ergebnis, dass der schädigende Versicherungsnehmer seinen Befreiungsanspruch gegen den Versicherer an den geschädigten Dritten – und nur an diesen – abtreten kann; dieser wird dadurch in die Lage versetzt, den Versicherer direkt in Anspruch zu nehmen.

Unwirksam ist ein Abtretungsverbot nur, wenn es durch die AVB vereinbart wird. Darunter sind hier alle von dem Versicherer verwendeten Allgemeinen Geschäftsbedingungen im Sinn des § 305 BGB ohne Rücksicht auf ihre Bezeichnung als AVB zu verstehen. Zulässig bleibt also ein Abtretungsverbot durch Individualvereinbarung – bei Abschluss des Versicherungsvertrags ebenso wie nach dem Versicherungsfall.

Zu § 109 (Mehrere Geschädigte)

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 156 Abs. 3 VVG überein.

Zu § 110 (Insolvenz des Versicherungsnehmers)

Die insolvenzrechtliche Sonderregelung des § 157 VVG wird beibehalten. Lediglich der Wortlaut ist an den neuen § 100 VVG-E angepasst, indem der Begriff „Entschädigungsforderung“ durch den Begriff „Freistellungsanspruch“ ersetzt wird.

Zu § 111 (Kündigung nach Versicherungsfall)

Zu Absatz 1

Die Kündigungsregelung in Absatz 1 stimmt sachlich mit § 158 Abs. 1 VVG überein. Der in Satz 1 geänderte Wortlaut berücksichtigt den neuen § 100 VVG-E. Er stellt auch die im geltenden Recht strittige Frage klar, dass der Versicherungsnehmer bei Leistungsverweigerung des Versicherers zur Kündigung nur berechtigt ist, wenn ihm ein Freistellungsanspruch rechtlich zusteht; er könnte sich anderenfalls jederzeit ein Kündigungsrecht verschaffen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 158 Abs. 2 VVG. Die Verweisung auf die Parallelregelung in § 92 Abs. 2 Satz 2

und 3 VVG-E über die Ausübung des Kündigungsrechts dient der redaktionellen Vereinfachung.

Der bisherige § 156 Abs. 3 VVG, dem der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie zugrunde liegt, entfällt. Der Prämienanspruch bestimmt sich nunmehr nach dem neuen § 39 Abs. 1 VVG-E.

Zu § 112 (Abweichende Vereinbarungen)

Die hier erfassten Vorschriften sind auch nach geltendem Recht halbzwingend. Bezüglich der §§ 105 und 108 VVG-E ergibt sich die Unabdingbarkeit aus den Vorschriften selbst. Nicht abdingbar sind wie im geltenden Recht die besonderen Vorschriften über die Pflichtversicherung (§§ 113 bis 124 VVG-E); dies folgt aus der Rechtsnatur dieser Vorschriften und bedarf daher wie bisher keiner ausdrücklichen Klarstellung.

Zu § 113 (Pflichtversicherung)

Zu Absatz 1

Die Legaldefinition der Pflichtversicherung in Absatz 1 entspricht dem bisherigen § 158b Abs. 1 VVG. Die Verpflichtung kann sich nicht nur aus einem Gesetz im formellen Sinn, sondern auch aus einer Rechtsverordnung, der Satzung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder einer EU-Verordnung ergeben.

Der Gesetzgeber hat bei Umsetzung der Dritten Schadensrichtlinie 1994 in § 5 Abs. 5 Nr. 1 VAG angeordnet, dass Versicherungsunternehmen, die Pflichtversicherungen betreiben wollen, mit dem Geschäftsplan bei der Aufsichtsbehörde die AVB einzureichen haben. Die Stellen, die über die Einhaltung der Versicherungspflicht zu wachen haben, können die Versicherungsbedingungen bei der Aufsichtsbehörde abrufen. Die gleiche Vorlagepflicht gilt gemäß § 110a Abs. 2b VAG auch für Versicherungsunternehmen, die im Dienstleistungsverkehr Pflichtversicherungen betreiben. Gemäß Artikel 12 Abs. 2 EGVVG unterliegt ein über eine deutsche Versicherungspflicht abgeschlossener Versicherungsvertrag deutschem Recht. Es ist deshalb nur folgerichtig, zu bestimmen, dass ein Vertrag über eine Pflichtversicherung nur bei einem im Inland zum Betrieb einer solchen Versicherung befugten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden kann; hierunter fallen auch Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums (vgl. § 110a VAG). Eine entsprechende Vorschrift enthält § 5 Abs. 1 PflVG für die Kfz-Haftpflichtversicherung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158b Abs. 2 VVG überein. Auf den bisherigen § 158b Abs. 2 Satz 2 VVG, der klarstellt, dass die vom Versicherer zu erteilende Bescheinigung mit dem Versicherungsschein verbunden werden kann, kann verzichtet werden, da sich dies von selbst versteht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 158k VVG überein. Sie stellt klar, dass zur Vermeidung einer Aufspaltung des Versicherungsvertrags das ganze Versicherungsverhältnis den Vorschriften über die Pflichtversicherung unterliegt und nicht nur mit dem Teil, der den zwingenden Mindestanforderungen entspricht. Die Vorschrift betrifft

insbesondere die Fälle, in denen eine die Mindestversicherungssumme übersteigende Versicherungssumme vereinbart, der Kreis der mitversicherten Personen über die zwingenden Vorgaben hinaus erweitert oder eine räumliche Erweiterung des Versicherungsschutzes vorgenommen wird. Die in § 117 Abs. 3 VVG-E vorgesehene Begrenzung der Eintrittspflicht des gegenüber dem Versicherungsnehmer leistungsreifen Versicherers auf die vorgeschriebene Mindestversicherungssumme stellt keine Ausnahme von dieser Vorschrift dar, sondern bestätigt den Grundsatz des einheitlichen Vertragsverhältnisses.

Der Abschluss getrennter Versicherungsverträge – über den zwingenden Mindestversicherungsschutz einerseits und über weitergehenden Versicherungsschutz andererseits – wird durch die Regelung des § 113 Abs. 3 VVG-E nicht ausgeschlossen.

Zu § 114 (Umfang des Versicherungsschutzes)

Zu Absatz 1

Hinsichtlich der Mindestversicherungssumme der einzelnen Pflichtversicherung muss das Gesetz eine subsidiäre Regelung für den Fall vorsehen, dass in der Anordnung der Versicherungspflicht selbst keine Regelung getroffen worden ist. An sich ist es Aufgabe der die Versicherungspflicht anordnenden Stelle, zugleich mit dieser Anordnung auch den Umfang der Deckung durch die Pflichtversicherung, also vor allem die Mindestversicherungssumme festzulegen. In vielen Fällen ist aber die Versicherungssumme den AVB überlassen worden, so dass jedenfalls seit der Deregulierung kein einheitlicher Versicherungsschutz mehr sichergestellt ist. Auch in Zukunft muss damit gerechnet werden, dass in einzelnen Fällen eine Regelung der Mindestversicherungssumme anlässlich der Anordnung einer Versicherungspflicht unterbleibt.

Da Pflichtversicherungen in vielen Fällen Personenschäden betreffen, sieht § 114 Abs. 1 VVG-E – vorbehaltlich einer anderen Regelung durch die die Versicherungspflicht anordnende Stelle (z. B. für die Kfz-Haftpflicht § 4 PflVG) – eine Mindestversicherungssumme von 250 000 Euro je Versicherungsfall und von 1 Mio. Euro je Versicherungsjahr vor. Eine Festlegung allein des Betrags je Versicherungsfall würde bei bestimmten Risiken einen am Versicherungsmarkt möglicherweise nicht erhältlichen unbegrenzten Versicherungsschutz zur Folge haben.

Zu Absatz 2

Mit der neuen Regelung soll im Interesse der Funktionsfähigkeit des Marktes und zum Schutz der betroffenen Versicherungsnehmer klargestellt werden, inwieweit im Bereich der Pflichtversicherungen Vereinbarungen über Begrenzungen des Versicherungsschutzes durch teilweise Risikoauschlüsse oder Selbstbehalte getroffen werden können. Seit langem ist es gängige Praxis der Versicherer, in den AVB für Pflichtversicherungen Deckungsbegrenzungen festzulegen. Ein Bedürfnis hierfür ist insoweit anzuerkennen, als dadurch für die Versicherer das Risiko tragbar wird und Rückversicherungsschutz erlangt werden kann. Nach Satz 1 bestimmen sich Inhalt und Umfang der Pflichtversicherung in erster Linie nach den Rechtsvorschriften, durch die die Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung begründet wird. Häufig enthalten diese Vorschriften aber

keine oder zumindest keine abschließenden Bestimmungen über die Zulässigkeit einer Deckungsbegrenzung oder der Vereinbarung eines Selbstbehaltes. In diesen Fällen kann die Lücke durch vertragliche Bestimmungen über die Ausgestaltung der Deckung geschlossen werden. Allerdings dürfen Begrenzungen der Deckung nicht dazu führen, dass der mit der Einführung einer Pflichtversicherung verfolgte Zweck, der zumindest auch in der Sicherung der Interessen der Geschädigten liegt, nicht mehr erreicht werden würde. Dies kann nur von Fall zu Fall unter Berücksichtigung des maßgeblichen Sinnes und Zwecks der jeweiligen Pflichtversicherung beurteilt werden. Die Frage, ob bei einer Pflichtversicherung ein Selbstbehalt des Versicherungsnehmers vereinbart werden darf und ob er auch gegenüber dem geschädigten Dritten wirksam ist, ist im Schrifttum zum Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsgesetz – dem praktisch wichtigsten Fall einer Pflichtversicherung – umstritten. Daher besteht ein praktisches Bedürfnis für eine Regelung in den Fällen, in denen, anders als z. B. § 51 Abs. 5 der Bundesrechtsanwaltsordnung und § 19a Abs. 4 der Bundesnotarordnung, die die Pflichtversicherung anordnende Rechtsvorschrift keine ausdrückliche Bestimmung hierzu trifft.

Nach Satz 1 kann grundsätzlich ein Selbstbehalt vereinbart werden, soweit die in dieser Vorschrift geregelten Voraussetzungen gegeben sind. Zu diesen Voraussetzungen gehört auch, dass der Selbstbehalt der Höhe nach angemessen begrenzt wird. Sollte sich in der Praxis künftig die Notwendigkeit ergeben, für die Kfz-Pflichtversicherung Höchstgrenzen verbindlich vorzugeben, könnte dies in der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung, die in den §§ 5 bis 7 Kfz-PflVV für Obliegenheitsverletzungen Höchstbeträge bestimmt, geregelt werden. Die Vereinbarung eines Selbstbehaltes hat nach Satz 2 nur Wirkung im Innenverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer; sie kann nicht gegenüber dem geschädigten Dritten, aber auch nicht gegenüber mitversicherten Personen (vgl. § 2 Kfz-PflVV, § 10 AKB) geltend gemacht werden, da der besondere Schutz nach dem PflVG den Geschädigten und den Mitversicherten gleichermaßen zukommen soll.

Aus § 113 Abs. 3 VVG-E folgt, dass der Selbstbehalt dem Anspruch des geschädigten Dritten nach § 115 Abs. 1 VVG-E vom Versicherer auch hinsichtlich einer die zwingenden Mindestanforderungen überschreitende Deckung nicht entgegengehalten werden kann. Durch die Verweisung auf § 117 Abs. 1 VVG-E wird klargestellt, dass die Leistungsbeschränkung nach § 117 Abs. 3 Satz 1 VVG-E nicht für einen Selbstbehalt gilt.

Zu § 115 (Direktanspruch)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift führt den Direktanspruch, wie er in der Kfz-Haftpflichtversicherung bereits besteht und sich dort auch bewährt hat, nunmehr generell für alle Pflichtversicherungen ein. Zu den allgemeinen Erwägungen siehe Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 7. Auch außerhalb der Kfz-Pflichtversicherung wird mit dem Direktanspruch die Rechtsstellung des Geschädigten deutlich verbessert, da dieser einen zusätzlichen und stets solventen Schuldner erhält. Die Realisierung von Ersatzansprüchen kann dadurch erleichtert werden. Dies gilt auch für die Berufshaftpflicht-

versicherungen, die für die meisten freien Berufe vorgeschrieben sind. Das in diesen Bereichen häufig bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Geschädigtem (z. B. zwischen Arzt und Patient, Rechtsanwalt und Mandant) wird dadurch, dass sich der Geschädigte direkt an den Versicherer wenden kann, nicht belastet. In die jeweilige Spezialregelung, die die Pflichtversicherung vorschreibt, wird im Übrigen nicht eingegriffen.

Die Vorschriften des § 115 VVG-E sind aus § 3 Nr. 1 bis 3 PflVG übernommen. Sie behandeln den Anspruch des geschädigten Dritten bei einem bestehenden Versicherungsvertrag. Auch wenn Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 als anderen Anspruchsgegner nur den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer nennen, sollen die Bestimmungen, wie dies bisher in der Kfz-Haftpflichtversicherung bei gleichem Wortlaut unbestritten ist, auch für jeden anderen ersatzpflichtigen Mitversicherten gelten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 3 Nr. 3 PflVG überein. Der geänderte Wortlaut des Satzes 3 entspricht dem neu gefassten § 15 VVG-E.

Zu § 116 (Gesamtschuldner)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt in den Sätzen 1 und 2 die Regelung des § 3 Nr. 9 PflVG. Zusätzlich ist § 426 Abs. 2 BGB anzuwenden; der bisherige § 158f VVG kann entfallen. Satz 3 stimmt mit der bisherigen Regelung in § 3 Nr. 10 Satz 2 PflVG überein.

Zu Absatz 2

Die Regelung über den Beginn der Verjährung der Ansprüche, die sich nach Absatz 1 für den Versicherungsnehmer aus Satz 1, für den Versicherer aus den Sätzen 2 und 3 ergeben, stimmt mit dem bisherigen § 3 Nr. 11 Satz 2 PflVG überein. Die Verjährungsfrist beträgt – abweichend vom bisherigen § 3 Nr. 11 Satz 1 PflVG – drei Jahre (vgl. § 195 BGB).

Zu § 117 (Leistungspflicht gegenüber Dritten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt den Direktanspruch des Dritten in Fällen, in denen der Versicherer im Verhältnis zum Versicherungsnehmer leistungsfrei ist. Sie übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 4 PflVG mit einer geringfügigen sprachlichen Änderung. Wie bisher ist auch der Fall erfasst, dass der Versicherer nur teilweise leistungsfrei ist; er hat wegen der Aufgabe des Alles-oder-nichts-Prinzips künftig größere praktische Bedeutung (vgl. insbesondere § 28 Abs. 2 Satz 2 VVG-E).

Der Versicherer kann sich nach Absatz 1 gegenüber dem geschädigten Dritten nicht darauf berufen, dass er im Verhältnis zum Versicherungsnehmer nach diesem Gesetz oder dem Versicherungsvertrag wegen Verletzung einer Anzeigepflicht oder einer anderen Obliegenheit nicht oder nur teilweise zur Leistung verpflichtet ist. Dagegen gilt für Einwendungen, die den Umfang des vertraglichen Versicherungsschutzes betreffen, d. h. die Frage, welche Risiken von der Versicherung abgedeckt werden, die Vorschrift des Absatzes 3. Auch der Fall des § 103 VVG-E, die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Versiche-

rungsnehmer, wird daher von Absatz 3 und nicht von Absatz 1 erfasst.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 3 Nr. 5 PflVG überein. Der Begriff des Schadensereignisses ist weit auszulegen; er erfasst alle Versicherungsfälle, die einer Pflichtversicherung unterliegen. Für den Fall, dass eine zuständige Stelle nicht bestimmt ist, schließt Satz 5 entsprechend § 158c Abs. 2 Satz 4 VVG die Anwendung der Vorschriften des Absatzes 2 aus.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158c Abs. 3 und 4 VVG, § 3 Nr. 6 Halbsatz 1 PflVG überein.

Die nach Satz 1 maßgebliche Mindestversicherungssumme bestimmt sich in erster Linie nach der die Pflichtversicherung anordnenden Rechtsvorschrift, hilfsweise nach § 114 Abs. 1 VVG-E. Für Risikoausschlüsse ergibt sich aus Satz 1, dass sie grundsätzlich dem Anspruch des Dritten entgegengehalten werden können, da die Leistungspflicht des Versicherers nicht weiter gehen kann als bei einem ordnungsgemäßen Versicherungsverhältnis. Aufgabe der die Versicherungspflicht anordnenden Stelle ist es, den notwendigen Umfang des zu vereinbarenden Versicherungsschutzes festzulegen und dabei zu entscheiden, ob und gegebenenfalls welche Risikoausschlüsse vereinbart werden dürfen, ohne dass dadurch der mit der jeweiligen Pflichtversicherung verfolgte Schutzzweck beeinträchtigt wird (vgl. § 114 Abs. 2 VVG-E). Entspricht der Versicherungsvertrag nicht den Vorgaben der die Pflichtversicherung regelnden Rechtsvorschriften, kann sich eine Haftung des Versicherers gegenüber dem Dritten ergeben, wenn er gemäß § 113 Abs. 2 VVG-E das Bestehen der vorgeschriebenen Versicherung bestätigt.

Eine Sonderregelung zu Satz 2 für die Kfz-Haftpflichtversicherung ist wie bisher in dem neu gefassten § 3 PflVG (vgl. Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzentwurfes) enthalten.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158c Abs. 5 VVG überein. Das zu § 158c Abs. 5 Satz 1 VVG bestehende Auslegungsproblem, welche Konsequenzen sich aus dem Zusammentreffen der beiden Verweisungsprivilege nach § 158 Abs. 4 VVG einerseits und § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB andererseits ergeben, wird im Sinn der BGH-Rechtsprechung (vgl. Urteil vom 28. Oktober 1982 – VersR 83,84) klargestellt. Die Vorschrift betrifft danach nur das Innenverhältnis zwischen Haftpflichtversicherer und haftender Körperschaft, führt also nicht zu einem direkten Anspruch des Geschädigten gegen letztere.

Zu Absatz 5

Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei Pflichtversicherungen die Nachhaftung des Versicherers nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses unverzichtbar ist, um einerseits der für die Überwachung der Versicherungspflicht zuständigen Stelle zu ermöglichen, in angemessener Zeit die sich aus der Beendigung des Versicherungsverhältnisses ergebenden Konsequenzen zu ziehen, andererseits aber sicherzustellen, dass auch während dieser Zeit der mit der Versicherungspflicht bezweckte Opferschutz gewährleistet ist. Insoweit ist eine von § 16 VVG-E

abweichende Sonderregelung für Pflichtversicherungen geboten. Im Interesse des Versicherungsnehmers bestimmt Satz 2, dass das Versicherungsverhältnis abweichend von § 16 Satz 1 VVG-E erst einen Monat nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers in Textform von der Eröffnung des Insolvenzverfahrens endet.

Zu § 118 (Rangfolge mehrerer Ansprüche)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift führt eine Rangordnung der Ansprüche auf die Versicherungssumme ein. Grundsätzlich ist bei einer Pflichtversicherung die Mindestversicherungssumme so hoch festzusetzen, dass sie ausreicht, auch einen durchschnittlichen Großschaden zu ersetzen. Dies schließt aber nicht aus, dass sich Schadensfälle ereignen, deren Volumen die Versicherungssumme übersteigt. Um den mit der Einführung der Versicherungspflicht verfolgten Zweck der Sicherung der Schadensersatzforderung des geschädigten Dritten zu erreichen, erscheint es notwendig, anderweitig nicht abgesicherten Individualansprüchen der Geschädigten einen Vorrang insbesondere vor öffentlichen Ersatzansprüchen einzuräumen.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift soll vermieden werden, dass das Verteilungsverfahren nachträglich geändert werden muss.

Zu § 119 (Obliegenheiten des Dritten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung zu § 30 Abs. 1 Satz 2 VVG-E. Sie stimmt mit der bisherigen Regelung in § 3 Nr. 7 Satz 1 PflVG überein. Solange der Dritte unverschuldet keine Kenntnis davon hat, wer Versicherer ist, hat er eine Fristversäumung nicht zu vertreten; der Versicherer kann in diesem Fall aus der Verletzung der Anzeigepflicht gegen den Dritten keine Rechte, insbesondere keinen Schadensersatz, herleiten. Von einer versicherungsvertraglichen Sanktion sieht der Entwurf – wie in den Fällen des § 30 VVG-E – entsprechend dem geltenden Recht ab.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem bisherigen § 158d Abs. 2 VVG. Lediglich das Schriftformerfordernis wird auch hier durch die Textform ersetzt. Für den Versicherer besteht ein berechtigtes Interesse, darüber informiert zu werden, wenn der Dritte seinen Anspruch zunächst nur gegen den Versicherungsnehmer gerichtlich geltend macht. Bei Verletzung dieser Obliegenheit gilt § 120 VVG-E.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158d Abs. 3 VVG, auf den der bisherige § 3 Nr. 7 Satz 2 PflVG verweist, überein. Der geänderte Wortlaut stimmt mit dem neuen § 31 Abs. 1 Satz 2 VVG-E überein. Die Sanktion nach § 120 VVG-E bezieht sich auch auf diese Vorschrift.

Zu § 120 (Obliegenheitsverletzung des Dritten)

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158e Abs. 1 VVG in Verbindung mit § 3 Nr. 7 Satz 2 PflVG überein.

Die bisherige Regelung des § 158e Abs. 2 VVG in Verbindung mit § 3 Nr. 7 Satz 3 PflVG entfällt wegen der Neuregelung in § 105 VVG-E (keine Leistungsbefreiung des Versicherers wegen Anerkenntnis des Versicherungsnehmers).

Zu § 121 (Aufrechnung gegenüber Dritten)

Die Vorschrift stimmt mit § 158g VVG überein. Der Ausschluss der Aufrechnungsbefugnis des Versicherers nach § 35 VVG-E ist vor allem auch im Hinblick auf die generelle Einführung des Direktanspruchs des Dritten bei Pflichtversicherungen (§ 115 VVG-E) sachgerecht. Die Regelung verhindert nicht Aufrechnungen des Versicherers gegen die Forderung des Dritten mit eigenen Ansprüchen gegen diesen Dritten.

Zu § 122 (Veräußerung der von der Versicherung erfassten Sache)

Die Vorschrift stimmt mit § 158h Satz 1 VVG überein.

Da § 158h Satz 2 VVG sich ausschließlich auf die Kfz-Haftpflichtversicherung bezieht, wird diese Vorschrift in das PflVG übernommen (Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzentwurfes). Im Übrigen bleibt es aber dabei, dass die Vorschriften über die Veräußerung der versicherten Sache auch für Kfz-Haftpflichtversicherungsverträge gelten. Sie sind nur entsprechend anzuwenden, weil nicht die Sache das versicherte Schutzobjekt ist, sondern die Haftung des Versicherungsnehmers, die mit dem Besitz der Sache verknüpft ist.

Zu § 123 Rückgriff bei mehreren Versicherten

Zu den Absätzen 1 bis 3

Die Regelung stimmt sachlich mit § 158i VVG überein.

Zu Absatz 4

Der Anwendungsbereich der Vorschrift wird gegenüber § 158i VVG erweitert. Die bisherige Regelung gewährt dem Mitversicherten einer Pflichtversicherung Versicherungsschutz, wenn der Versicherer wegen einer vom Mitversicherten nicht zu vertretenden und diesem nicht bekannten Rechts- oder Obliegenheitsverletzung dem Versicherungsnehmer gegenüber leistungsfrei, dem geschädigten Dritten gegenüber aber leistungspflichtig ist. Die Regelung setzt ein bestehendes Versicherungsverhältnis voraus; sie gewährt dem Mitversicherten, der von der Beendigung des Versicherungsverhältnisses keine Kenntnis hatte, keinen Versicherungsschutz.

Auf diese – sachlich nicht gerechtfertigte – Diskrepanz hat ein Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14. Januar 2004 (VersR 2004, S. 369) hingewiesen; ihr soll mit dem neuen Absatz 4 begegnet werden. Der Mitversicherte soll künftig auch in der für Pflichtversicherungen geltenden Nachhaftungszeit Versicherungsschutz genießen, es sei denn, ihm war die Beendigung des Pflichtversicherungsverhältnisses bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt. Um das gewünschte Ergebnis zu erreichen, kommt nur eine entsprechende, keine unmittelbare Anwendung der Absätze 1 bis 3 in Betracht, weil der Mitversicherte nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses nicht mehr zur unmittelbaren Geltendmachung seiner Rechte aus dem nicht mehr bestehenden Versicherungsvertrag befugt sein kann.

Zu § 124 (Rechtskrafterstreckung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 8 PflVG.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 10 Satz 1 PflVG.

Der Anspruch des Versicherers auf Aufwendungsersatz nach dem bisherigen § 3 Nr. 10 Satz 2 PflVG ist in § 116 Abs. 1 Satz 3 VVG-E geregelt.

Zu § 125 (Leistung des Versicherers)

Die Vorschrift ist neu. Sie beschreibt in Anlehnung an Formulierungen gängiger AVB den hauptsächlich mit einer Rechtsschutzversicherung verfolgten wirtschaftlichen Zweck; hierbei wird zur Klarstellung auch der Fall der Versicherung für fremde Rechnung (§ 43 VVG-E) ausdrücklich erfasst. Um die künftige Produktentwicklung nicht zu hemmen, enthält die Vorschrift keine gesetzliche Definition der Rechtsschutzversicherung. Auch wird aus diesem Grund darauf verzichtet, den Versicherungsfall bei der Rechtsschutzversicherung gesetzlich zu regeln. Neue Versicherungs- und Leistungsformen bleiben möglich (vgl. § 129 VVG-E).

Zu § 126 (Schadensabwicklungsunternehmen)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 158l Abs. 1 VVG.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 158l Abs. 2 VVG.

Zur Angleichung an den Wortlaut von Absatz 1 Satz 2 wird in Absatz 2 Satz 1 klargestellt, dass es sich um ein selbständiges Schadensabwicklungsunternehmen handeln muss.

Zu § 127 (Freie Anwaltswahl)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 158m Abs. 1 VVG überein. Für eine Änderung dieser Regelung besteht kein Anlass, da sie dem Grundsatz der freien Anwaltswahl bisher in der Praxis voll Rechnung trägt.

Der Vorschlag der VVG-Kommission, für Sammelverfahren eine Beschränkung der freien Anwaltswahl zu ermöglichen (vgl. § 128 Abs. 1 Satz 3 des Kommissionsentwurfes), wird nicht aufgegriffen. Eine Beschränkung des Rechts des Versicherungsnehmers, seinen Anwalt frei zu wählen, ließe sich nur mit der Bedingung rechtfertigen, dass bei einer gemeinsamen Vertretung mehrerer Geschädigter durch einen Anwalt jegliche Interessenkollision ausgeschlossen werden kann und auch sonst keine berechtigten Interessen des Versicherungsnehmers entgegenstehen. Durch eine solche notwendige einschränkende Klausel würde aber der Anwendungsbereich der Vorschrift so eingeschränkt, dass das Ziel des Kommissionsvorschlags, die Prozessökonomie zu erhöhen, nicht erreicht würde. Zudem wurde seitens der gerichtlichen Praxis zu Recht darauf verwiesen, dass eine solche Vorschrift nicht selten Rechtsstreitigkeiten über deren An-

wendbarkeit zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer auslösen könnte, die den Rechtsschutz in der Sache selbst behindern würden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 158m Abs. 2 VVG.

Zu § 128 (Gutachterverfahren)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 158n VVG.

Andere Verfahren wie z. B. der in den Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen (ARB) vorgesehene Stichentscheid bleiben zulässig, sofern die Regelung für den Versicherungsnehmer von Vorteil ist.

Zu § 129 (Abweichende Vereinbarungen)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 158o VVG.

Zu § 130 (Umfang der Gefahrtragung)

Die Transportversicherung erfasst in § 129 VVG die Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande und auf Binnengewässern sowie die Versicherung von Schiffen gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt einschließlich der Haftpflicht für Kollisionsschäden.

Der Versicherer trägt alle Gefahren, welche die Beförderung von Gütern und die Binnenschifffahrt in sich bergen. Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Schadensversicherung, die beherrscht sind vom Grundsatz der Spezialität, ist die Transportversicherung beherrscht vom Grundsatz der Universalität der Gefahr.

Der Anwendungsbereich des Kapitels 3 für die Transportversicherung wird wie im geltenden Recht begrenzt. Wie bisher wird die Seeversicherung generell aus dem Anwendungsbereich des VVG ausgeklammert (vgl. § 209 VVG-E und die Begründung hierzu).

Auch bei der Luftfahrtversicherung verbleibt es hinsichtlich des Anwendungsbereichs grundsätzlich beim geltenden Recht. Ob und inwieweit die Vorschriften über die Transportversicherung auch auf die Luftfahrtgüter- und Luftfahrtkaskoversicherung anzuwenden sind, bleibt der Parteiautonomie überlassen (vgl. Allgemeine Deutsche Binnen-Transportversicherungsbedingungen – ADB), da die Luftfahrtversicherung überwiegend international ausgerichtet und durch Abkommen geregelt ist. Die Vertragsparteien können von den Vorschriften des VVG-E, auch soweit sie nicht abdingbar sind, stets abweichen, da es sich bei der Luftfahrtversicherung um Großrisiken im Sinn des § 210 VVG-E in Verbindung mit Artikel 10 Abs. 1 Satz 2 EGVVG handelt.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht der Regelung in § 129 Abs. 1 VVG. Ausdrücklich wird klargestellt, dass die Transportversicherung auch die Gefahren der Lagerung der Güter, die mit der Beförderung verbunden ist, erfasst. Wegen der geltenden Regelungen über den Gefahrübergang beförderter Güter – FOB oder CIF – stellt die Güterversicherung regelmäßig nicht auf die Dauer der Beförderung, sondern auf die vereinbarte Dauer der Versicherung ab.

Zu Absatz 2

Satz 1 entspricht dem bisherigen § 129 Abs. 2 Satz 1 VVG.

Satz 2 regelt – wie bisher § 129 Abs. 2 Satz 2 VVG – die Kollisionshaftpflicht in der Binnenschifffahrt, die nur in Verbindung mit der Flusskaskoversicherung möglich ist. Zusätzlich wird der Fall erfasst, dass der Schaden durch einen Zusammenstoß des Schiffes mit einem Gegenstand verursacht wird. Diese Haftpflicht unterliegt nicht den § 100 ff. VVG-E, sondern den Regeln der Transportversicherung. Im Übrigen kann aber die Haftpflicht gegenüber Dritten aus Schiffsunfällen nicht als Transportversicherung gedeckt werden. Soweit durch Rechtsvorschrift der Abschluss einer entsprechenden Haftpflichtversicherung vorgeschrieben ist, handelt es sich um eine Pflichtversicherung, die nach den dafür geltenden Vorschriften zu beurteilen ist.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit der bisherigen Regelung des § 133 Abs. 1 Satz 1 VVG überein.

Zu § 131 (Verletzung der Anzeigepflicht)

Zu Absatz 1

Abweichend von der allgemeinen Regel des § 19 Abs. 2 VVG-E, dass der Versicherer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten kann, ist es in der Transportversicherung üblich, die Verletzung der Anzeigepflicht mit Leistungsfreiheit des Versicherers zu sanktionieren. Um durch § 19 Abs. 2 VVG-E für die Transportversicherung kein falsches gesetzliches Leitbild zu schaffen, erscheint es geboten, diese abweichende Praxis gesetzlich anzuerkennen. Kein Gegenstand der Anzeigepflicht sind die Umstände, die Art und Umfang des versicherten Interesses betreffen. Sie gehören zur Bestimmung des versicherten Interesses. Auch die Anmeldepflicht nach § 53 VVG-E für laufende Versicherungen ist keine Anzeigepflicht im Sinn dieser Bestimmung und wird von ihr nicht erfasst.

Zu Absatz 2

Dem Versicherungsnehmer steht ein besonderes Kündigungsrecht zu, wenn der Versicherer seine Leistung verweigert. Anders als bei der Haftpflichtversicherung (vgl. § 111 Abs. 1 VVG-E) besteht das Kündigungsrecht auch dann, wenn die Leistungsverweigerung berechtigt ist.

Zu § 132 (Gefähränderung)

Zu Absatz 1

In der Transportversicherung ergeben sich für die versicherten Interessen häufig Gefähränderungen, auf die der Versicherungsnehmer keinen Einfluss hat und denen er sich deshalb nicht entziehen kann. In diesen Fällen besteht ein berechtigtes Interesse des Versicherungsnehmers am Fortbestand des Versicherungsschutzes. Die Interessen des Versicherers werden durch die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige der Gefähränderung und der vertraglich auszubedingenden Möglichkeit der Prämienanpassung berücksichtigt.

Zu Absatz 2

Satz 1 sieht als Grundsatz bei einer Verletzung der Anzeigepflicht nach Gefährerhöhung die Leistungsfreiheit des Versicherers vor.

Satz 2 enthält die sachlich gebotenen Einschränkungen. Abweichend von § 26 Abs. 1 und 2 VVG-E soll es bei der Transportversicherung auch wegen ihres teilweise starken internationalen Bezugs beim bisherigen Alles-oder-nichts-Prinzip bleiben.

Zu Absatz 3

Das Kündigungsrecht des Versicherers nach § 24 Abs. 1 und 2 VVG-E ist bei der Transportversicherung nicht sachgerecht.

Zu § 133 (Vertragswidrige Beförderung)

Die Regelung beruht auf dem Regelungsgehalt des § 137 VVG und entspricht in ihrer Formulierung der Nummer 6 der DTV-Güterversicherungsbedingungen 2000. Hiervon abzuweichen besteht kein Anlass. Zusätzlich wird in Absatz 2 Satz 2 klargestellt, dass es sich um eine Gefähränderung handelt, auf die § 132 VVG-E anzuwenden ist.

Zu § 134 (Ungeeignete Beförderungsmittel)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Verwendung geeigneter Beförderungsmittel ist eine aus dem Frachtvertrag begründete Vertragspflicht des Beförderers. Durch Absatz 1 wird für den Versicherungsnehmer eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit begründet, im Rahmen seiner Einflussmöglichkeiten für die Auswahl geeigneter Beförderungsmittel zu sorgen. In Absatz 2 wird abweichend von den §§ 28, 81 VVG-E das bisherige Alles-oder-nichts-Prinzip beibehalten, da es der internationalen Transportversicherungspraxis entspricht und die für die Aufhebung dieses Prinzips maßgeblichen Gründe auf Versicherungsverträge über Großrisiken nicht zutreffen.

Zu Absatz 3

Satz 1 enthält eine besondere Anzeigebliedenheit des Versicherungsnehmers. In Satz 2 wird entsprechend § 133 Abs. 2 Satz 2 VVG-E klargestellt, dass es sich um eine Gefähränderung im Sinn des § 132 VVG-E handelt.

Zu § 135 (Aufwendungsersatz)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift geht über die geltenden Bestimmungen von § 144 Abs. 1 VVG und § 29 der Allgemeinen Deutschen Seeversicherungsbedingungen (ADS) insofern hinaus, als die Kosten für die Ermittlung und Feststellung des Schadens vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen nicht nur in der Güterversicherung auch dann zu erstatten sind, wenn sie die Höchstgrenze der Versicherungssumme übersteigen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 übernimmt die inhaltlich gleichen Regelungen des § 144 Abs. 2 VVG und des § 37 Abs. 2 ADS.

Zu § 136 (Versicherungswert)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Vorschriften übernehmen sachlich die Regelung des § 140 Abs. 1 und 2 VVG. Die Formulierung orientiert sich an Nummer 10.1 DTV-Güterversicherungsbedingungen 2000. Wegen des unterschiedlich zu bewertenden Interesses der Güterversicherung als reiner Sachversicherung und dem anders gelagerten Haftpflichtinteresse im Frachtgeschäft erscheint eine Angleichung an § 429 HGB nicht angezeigt.

Eine besondere gesetzliche Bestimmung über den Versicherungswert eines Schiffes (vgl. § 141 VVG) erscheint entbehrlich, weil insoweit die allgemeinen Vorschriften über den Versicherungswert in der Sachversicherung (§ 88 VVG-E) mit den üblichen Unterscheidungen von Neuwert und Zeitwert als ausreichend anzusehen und abweichende vertragliche Vereinbarungen zulässig sind.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 140 Abs. 3 VVG.

Zu § 137 (Herbeiführung des Versicherungsfalles)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt die durch die Beschränkung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit entsprechend der Praxis der Transportversicherung (Nummer 3 der DTV-Güterversicherungsbedingungen 2000) leicht eingeschränkte Regelung des § 130 VVG. Für die Transportversicherung verbleibt es beim bisherigen Alles-oder-nichts-Prinzip, da die für dessen Aufhebung maßgeblichen Gesichtspunkte auf Versicherungsverträge über Großrisiken nicht zutreffen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, dass dem Versicherungsnehmer das Verhalten der Schiffsbesatzung im Hinblick auf Absatz 1 nicht zuzurechnen ist. Eine Regelung des Sonderfalles, dass der Versicherungsnehmer der Kapitän des Schiffes ist, kann den AVB überlassen werden.

Zu § 138 (Haftungsausschluss bei Schiffen)

Die Vorschrift übernimmt sachlich unverändert den bisherigen § 132 VVG.

Zu § 139 (Veräußerung der versicherten Sache oder Güter)

Zu Absatz 1

Satz 1 enthält eine Abweichung von § 95 Abs. 2 VVG-E. Der Erwerber der veräußerten Sache, für die unter einer laufenden Versicherung eine Einzelpolice (vgl. § 55 Abs. 1 VVG-E) oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt ist, haftet nicht für die Prämie. Satz 2 stellt klar, dass sich der Versicherer gegenüber einem gutgläubigen Erwerber nicht auf Leistungsfreiheit wegen Nichtleistung der Prämie oder einer Sicherheit durch den Versicherungsnehmer berufen kann.

Zu Absatz 2

Abweichend von § 70 VVG wird durch § 142 VVG in der Güterversicherung bei Veräußerung der versicherten Güter das Kündigungsrecht des Versicherers ganz aufgehoben. Hieran soll festgehalten werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 142 Satz 2 VVG.

Zu § 140 (Veräußerung des versicherten Schiffes)

Bei der Schiffsversicherung soll wie bisher das Kündigungsrecht des Versicherers zeitlich in seiner Wirkung auf die Beendigung der Reise beschränkt werden. Die Veräußerung des Schiffes ist als Gefahränderung anzeigepflichtig; nach § 97 VVG-E ist der Versicherer leistungsfrei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Soweit durch die Bestimmung das Kündigungsrecht des Versicherers eingeschränkt oder gänzlich versagt ist, ist der Versicherer leistungspflichtig, auch wenn die Anzeige unterblieben ist. § 143 VVG knüpft bisher die Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei Kündigung an die Beendigung der Reise und stellt nicht auf den Eigentumsübergang ab. Die neue Formulierung hält hieran fest und ersetzt den unscharfen Begriff „Beendigung der Reise“ durch „Übergabe des Schiffes an den Erwerber“.

Zu § 141 (Befreiung durch Zahlung der Versicherungssumme)

Zu Absatz 1

Der in der internationalen See- und Transportversicherung übliche und im deutschen Recht in § 145 VVG und § 841 HGB sowie in § 38 ADS geregelte so genannte Abandon dient dem Schutz des Versicherers gegen die Ausdehnung seiner Haftung über die vereinbarte Versicherungssumme hinaus. Mit der Erklärung des Abandon und Leistung der Versicherungssumme befreit sich der Versicherer von künftig entstehenden Kosten der Schadensminderung, Wiederherstellung oder Ausbesserung. Mit den vor Erklärung des Abandon hierfür angefallenen Kosten bleibt der Versicherer aber weiterhin belastet.

Zu Absatz 2

Bisher ist das Recht des Versicherers, den Abandon zu erklären und sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien, nicht befristet. Im Interesse des Versicherungsnehmers ist es aber notwendig, dieses Recht auf eine bestimmte Frist nach erlangter Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsfalles zu beschränken.

Zu Kapitel 4 (Gebäudefeuerversicherung)

Vorbemerkung

Die Vorschriften dieses Kapitels lehnen sich weitgehend an die Regelungen in den §§ 101 bis 107c VVG an. Ein vollständiger Verzicht auf diese Regelungen würde den berechtigten Schutzinteressen der Grundpfandrechtsgläubiger widersprechen. Unmittelbar sind zwar ganz überwiegend die Interessen der Kreditinstitute als Realkreditgeber betroffen. Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass sich ein Verzicht auf diesen besonderen gesetzlichen Versicherungsschutz letztlich auch nachteilig für die Kreditnehmer und damit für die Verbraucher auswirken kann. Allerdings erscheint die Privilegierung der Immobiliensicherheiten nach geltendem Recht zu weit reichend. Dies gilt vor allem für die Vorschrift des § 102 Abs. 1 VVG, nach welcher der Versicherer gegenüber einem Grundpfandrechtsgläubiger auch

dann zur Leistung verpflichtet ist, wenn er versicherungsvertragsrechtlich gegenüber seinem Versicherungsnehmer z. B. wegen Brandstiftung leistungsfrei ist. Zwar ist bei der Pflichtversicherung zu Lasten des Haftpflichtversicherers eine entsprechende Regelung vorgesehen (vgl. § 117 VVG-E). Mit der Pflichtversicherung soll aber jeweils einem besonderen Schutzbedürfnis der Geschädigten entsprochen werden. Ein vergleichbares Schutzbedürfnis ist bei den Grundpfandrechtsgläubigern nicht gegeben. Daher folgt der Entwurf insoweit dem Votum der VVG-Kommission, indem er von der Übernahme der Regelung des § 102 Abs. 1 VVG absieht. Ferner besteht für eine Beibehaltung der Vorschrift des § 105 VVG, der einen Kontrahierungszwang zugunsten des Grundpfandrechtsgläubigers vorsieht, kein hinreichendes praktisches Bedürfnis.

Der Anwendungsbereich der Regelung wird wie im geltenden Recht auf die Gebäudefeuerversicherung beschränkt. Für die üblicherweise in die Gebäudeversicherung einbezogenen weiteren Risiken wie z. B. Leitungswasser und Sturm ist nach wie vor kein entsprechendes Regelungsbedürfnis ersichtlich.

Zu § 142 (Anzeigen an Hypothekengläubiger)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift weicht sachlich in zwei Punkten von § 101 Abs. 1 VVG ab: Die Anzeigepflicht des Versicherers nach Satz 1 wird auf den Fall erstreckt, dass die einmalige oder die erste Prämie vom Versicherungsnehmer nicht rechtzeitig gezahlt wird. Der Hypothekengläubiger soll damit in die Lage versetzt werden, nicht nur bei Nichtzahlung einer Folgeprämie, sondern auch bei Zahlungsverzug nach § 37 VVG-E für den notwendigen Versicherungsschutz – sei es durch eigene Prämienzahlung, sei es durch sonstige Maßnahmen – zu sorgen. Ferner bedarf die Anzeige lediglich der Textform; das bisherige Schriftformerfordernis widerspricht den für die Abgrenzung von Textform und Schriftform maßgeblichen Kriterien des Entwurfes.

Zu Absatz 2

Die einzige sachliche Änderung gegenüber § 101 Abs. 2 VVG besteht in der Ersetzung der Schriftform durch die Textform.

Zu § 143 (Fortdauer der Leistungspflicht gegenüber Hypothekengläubigern)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 102 Abs. 2 Satz 2 VVG. Dem Hypothekengläubiger bleibt ein Monat Zeit, im Fall des ihm gemäß § 142 Abs. 1 VVG-E anzuzeigenden Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes zu sorgen. Tritt in der Monatsfrist ein Versicherungsfall ein, steht dem Hypothekengläubiger ein eigener Anspruch auf die Versicherungsleistung zu.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich im Wesentlichen mit § 103 Abs. 1 VVG überein. Satz 1 erfasst sämtliche Tatbestände, die zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses führen. Abweichend vom geltenden Recht wird die Fortdauer des Versicherungsschutzes auf zwei Monate beschränkt; dies

erscheint zur Wahrung der Interessen des Hypothekengläubigers ausreichend. Satz 2 bezieht sich sowohl auf die Erstprämie als auch auf die Folgeprämie; für letztere gilt Absatz 1.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 103 Abs. 2 VVG überein. Mit dem Umfang des Versicherungsschutzes wird sowohl die Versicherungssumme als auch die versicherte Gefahr erfasst. Der Verminderung des Versicherungsschutzes ist die nachträgliche Vereinbarung einer Wiederherstellungsklausel im Sinn von § 93 VVG-E gleichgestellt.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift weicht lediglich hinsichtlich der Frist nach Satz 2 von § 103 Abs. 3 VVG ab. Wie in Absatz 2 wird auch hier durch eine Zweimonatsfrist den Interessen des Hypothekengläubigers ausreichend entsprochen.

Zu § 144 (Kündigung des Versicherungsnehmers)

Die Vorschrift entspricht sachlich der Regelung des § 106 VVG. Da der Versicherer nach § 143 Abs. 2 VVG-E noch zwei Monate nach der Information des Hypothekengläubigers über die Vertragsbeendigung in der Haftung bleibt, soll der Hypothekengläubiger von vornherein in das Kündigungsverfahren einbezogen werden.

Zu § 145 (Übergang der Hypothek)

Die Vorschrift entspricht sachlich dem bisherigen § 104 VVG. Der neue Anwendungsbereich ist allerdings eingeschränkt; die bisherige Leistungspflicht des Versicherers gegenüber dem Hypothekengläubiger in den Fällen des § 102 Abs. 1 VVG entfällt.

Zu § 146 (Bestätigungs- und Auskunftspflicht des Versicherers)

Die Vorschrift stimmt mit § 107 VVG überein.

Zu § 147 (Änderung von Anschrift und Name des Hypothekengläubigers)

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 107a VVG. Entsprechend § 13 Abs. 1 VVG-E wird der Anwendungsbereich auf den Fall der nicht angezeigten Namensänderung erstreckt.

Zu § 148 (Andere Grundpfandrechte)

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 107b VVG überein.

Zu § 149 (Eigentümergegrundpfandrechte)

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 107c VVG überein.

Zu § 150 (Versicherte Person)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit § 159 Abs. 1 VVG überein. Sie dient der Klarstellung, dass es sich um eine Versicherung entweder auf eigene Rechnung oder auf fremde Rechnung (§ 43 VVG-E) handeln kann. Nach § 176 VVG-E ist die Vorschrift auch auf die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuwenden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 159 Abs. 2 VVG. Eine Ausnahme von dem Erfordernis einer schriftlichen Einwilligung der versicherten Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist, wird in Satz 1 Halbsatz 2 für Kollektivlebensversicherungen im Bereich der betrieblichen Altersvorsorge zugelassen. Bei der Bezeichnung „Kollektivlebensversicherung“ handelt es sich um einen neueren aufsichtsrechtlichen Begriff, der an die Stelle des bisher allein gebräuchlichen Begriffes „Gruppenversicherung“ getreten ist. Bei solchen Verträgen fehlt es an dem für das Einwilligungserfordernis maßgeblichen Schutzbedürfnis der versicherten Person, weshalb auf den mit diesem Erfordernis verbundenen erheblichen Verwaltungsaufwand bei diesen Kollektivverträgen verzichtet werden kann.

Eine weitere Ausnahme enthält § 211 Abs. 2 VVG-E für regulierte Pensionskassen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt mit § 159 Abs. 3 VVG überein.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stimmt mit § 159 Abs. 4 VVG überein.

Zu § 151 (Ärztliche Untersuchung)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 160 VVG.

Zu § 152 (Widerruf des Versicherungsnehmers)**Zu Absatz 1**

Entsprechend der gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe bei der Lebensversicherung (vgl. Artikel 17 der Fernabsatzrichtlinie II, umgesetzt in § 48c Abs. 1 Satz 3 VVG) wird die Widerrufsfrist bei der Lebensversicherung abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 VVG-E auf 30 Tage festgelegt.

Der Beginn der Widerrufsfrist bestimmt sich nach der allgemeinen Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 1 VVG-E. Danach ist grundsätzlich der Zeitpunkt des Zugangs des Versicherungsscheins maßgeblich. Da Abschluss des Versicherungsvertrags und Information hierüber bei der Lebensversicherung in aller Regel durch Übersendung des Versicherungsscheins erfolgt, entspricht diese Regelung dem Interesse beider Vertragsparteien an einer klaren Fristbestimmung und steht auch im Einklang mit Sinn und Zweck der Richtlinienvorschrift für die Lebensversicherung, die auf die Information des Versicherungsnehmers über den Vertragsschluss abstellt.

Die Regelung gilt auch für die Fälle des § 5 VVG-E, bei denen der übersandte Versicherungsschein teilweise vom Antrag des Versicherungsnehmers abweicht. Sie hat allerdings insoweit nur geringe praktische Bedeutung, da sich die Fristen für den Widerruf einerseits, für den Widerspruch nach § 5 Abs. 1 VVG-E andererseits weitgehend decken.

Zu Absatz 2

Auch die Sonderregelung in Satz 1 beruht auf einer gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe (Artikel 7 der Fernabsatzrichtlinie II). Nach § 9 Satz 1 VVG-E muss der Versicherer nur die nach Zugang des Widerrufs vom Versicherungsnehmer noch geleisteten Prämien erstatten, sofern der Versicherungsschutz vereinbarungsgemäß schon vor Ablauf der

Widerrufsfrist beginnt. Dies würde bei Lebensversicherungen der in § 169 Abs. 1 VVG-E bezeichneten Art dazu führen, dass der widerrufende Versicherungsnehmer den Rückkaufswert nicht erhält, den er bei einer Kündigung beanspruchen könnte. Um dieses unbillige Ergebnis zu vermeiden, schreibt Absatz 2 Satz 1 insoweit zusätzlich die Zahlung des Rückkaufswertes vor, wie er sich nach den Vorschriften des § 169 Abs. 3 bis 6 VVG-E unter Ausklammerung der Abschluss- und Vertriebskosten (ungezillmertes Deckungskapital) errechnet. Ferner sind die in § 169 Abs. 7 VVG-E erfassten Anteile auszuzahlen, sofern der Versicherungsnehmer bereits zum Zeitpunkt des Widerrufs entsprechende Ansprüche erworben hat; dies wird nur in seltenen Ausnahmefällen in Betracht kommen. Liegen die Voraussetzungen des § 9 Satz 2 Halbsatz 1 VVG-E (fehlende oder unrichtige Belehrung) vor und hat der Versicherungsnehmer noch keine Leistung des Versicherers in Anspruch genommen, steht dem Versicherungsnehmer nach Satz 2 ein Wahlrecht zu: Er kann entweder gemäß § 9 Satz 2 die Erstattung der für das erste Jahr des Versicherungsschutzes und der nach Wirksamwerden des Widerrufs gezahlten Prämien oder den sich aus dem ungezillmerten Deckungskapital ergebenden Rückkaufswert gemäß § 169 Abs. 3 bis 7 VVG-E verlangen. Welche Alternative für den Versicherungsnehmer vorteilhafter ist, richtet sich nach dem Zeitpunkt des Widerrufs. In der Belehrung nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 VVG-E ist bei den Rechtsfolgen des Widerrufs für die Lebensversicherung auf die Besonderheiten nach § 152 Abs. 2 VVG-E hinzuweisen.

Zu Absatz 3

Der neue § 33 Abs. 1 VVG-E knüpft für die Fälligkeit der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämie an den Ablauf der Widerrufsfrist an. Da nach § 152 Abs. 1 VVG-E diese Frist 30 Tage beträgt, wird für die Lebensversicherung der Zeitpunkt der Prämienfälligkeit entsprechend verlängert. Die Regelung ist, wie auch § 33 Abs. 1 VVG-E, abdingbar (vgl. § 171 VVG-E).

Zu § 153 (Überschussbeteiligung)

Die Regelung des § 153 VVG-E zur Überschussbeteiligung ist neu. Zu den allgemeinen Erwägungen vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 8.

Zu Absatz 1

Im geltenden VVG wird die Überschussbeteiligung nicht geregelt. In aller Regel sehen die Verträge eine Überschussbeteiligung des Versicherungsnehmers vor. Der Versicherer hat aber grundsätzlich die Möglichkeit, sich gegen die Einräumung einer Überschussbeteiligung zu entscheiden; er muss dabei allerdings gültige Vorgaben insbesondere des Aufsichtsrechts beachten. Von Sonderfällen abgesehen, wird der Versicherer im Wettbewerb kaum in der Lage sein, Verträge ohne Überschussbeteiligung durchzusetzen. Es besteht keine Notwendigkeit, diese Entscheidungsfreiheit des Versicherers zu beseitigen.

Als Grundsatz legt Absatz 1 fest, dass dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Überschussbeteiligung zusteht. Will der Versicherer hiervon abweichen, muss er den Versicherungsnehmer auf den Ausschluss der Überschussbeteiligung als eine Abweichung vom Regelfall ausdrücklich aufmerksam machen; dies gilt insbesondere dann, wenn es

sich um einen Vertragstyp handelt, bei dem sonst allgemein eine Überschussbeteiligung eingeräumt wird. Der Ausschluss kann zwar auch durch Aufnahme einer entsprechenden Klausel in die AVB vereinbart werden; dabei ist aber das Transparenzgebot zu beachten. Fehlt eine solche Vereinbarung, steht dem Versicherungsnehmer eine Überschussbeteiligung nach Maßgabe des § 153 VVG-E zu.

Der Begriff der Überschussbeteiligung wird erweitert. In der bisherigen Praxis bezieht sich die Überschussbeteiligung ausschließlich auf den sich aus dem Jahresabschluss ergebenden Überschuss. Dies ist auch nach der neuen Regelung die für den Umfang der Überschussbeteiligung des Versicherungsnehmers in erster Linie entscheidende Grundlage. Zusätzlich ist der Versicherungsnehmer aber entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts an den Bewertungsreserven zu beteiligen, die nach Maßgabe des neuen § 54 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung (Artikel 6 des Gesetzentwurfes) im Anhang auszuweisen sind. Diese Bewertungsreserven sind Teil der dem Versicherungsnehmer nach Absatz 1 zustehenden Überschussbeteiligung. Dies entspricht dem vom Bundesverfassungsgericht festgestellten Grundsatz, dass der Versicherungsnehmer an den durch seine Prämienzahlungen geschaffenen Vermögenswerten angemessen beteiligt werden muss.

Die Regelung über die Überschussbeteiligung ist auch anzuwenden auf Versicherer mit Sitz im Ausland, insbesondere in einem anderen EU-Mitgliedstaat oder EWR-Vertragsstaat, die in Deutschland Lebensversicherungen mit Überschussbeteiligung anbieten. Grundlage für die Ermittlung des Überschusses nach § 153 VVG-E ist der Jahresabschluss, der nach dem jeweils maßgeblichen Recht des Sitzstaates aufgestellt worden ist. Es handelt sich um Abschlüsse auf der Grundlage der EU-Richtlinien 91/674/EWG und 2003/51/EG. Die Vorschriften dieser Richtlinien stehen insbesondere nicht der in § 153 Abs. 3 VVG-E vorgesehenen Ermittlung von Bewertungsreserven, die sich nach § 54 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung aus der Zeitwertberechnung ergeben, entgegen. Die mit dem nicht abdingbaren Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Absatz 3 verbundene Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit ist durch das Verbraucherschutzinteresse gerechtfertigt. Die Beteiligung an den Bewertungsreserven ist geeignet und auch erforderlich, um sicherzustellen, dass bei der Ermittlung eines bei Vertragssende zuzuteilenden Überschusses die Vermögenswerte angemessen berücksichtigt werden, die durch die Prämienzahlungen des Versicherungsnehmers mit geschaffen worden sind.

Zu Absatz 2

Für die Ermittlung des Überschusses eines Versicherungsunternehmens sind die entsprechenden handelsrechtlichen Vorschriften maßgebend.

Für die Verwendung des ermittelten Überschusses zu Gunsten der Gesamtheit der Versicherten bleibt es bei der Regelung des § 81c VAG (ergänzt durch die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung – ZRQuotenV –, nach der die Überschüsse aus Kapitalerträgen zu mindestens 90 Prozent den Versicherungsnehmern zufließen, § 1 Abs. 1 und 2 ZRQuotenV; für Bewertungsreserven gilt Absatz 3). Ein vertraglicher An-

spruch des einzelnen Versicherungsnehmers auf eine bestimmte Zuführung zu der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist nicht vorgesehen. Die aufsichts- und steuerrechtlichen Begrenzungen der nicht zugeteilten Rückstellung bleiben bestehen; daraus ergeben sich keine vertraglichen Ansprüche, sondern nur tatsächliche Vorteile des einzelnen Versicherungsnehmers.

Der Betrag, den der Versicherer aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Beteiligung aller Versicherungsnehmer an den Überschüssen der vergangenen Jahre verwendet bzw. den er als Direktgutschrift unmittelbar dem handelsrechtlich ermittelten Überschuss entnimmt, soll auf die einzelnen Versicherungsnehmer grundsätzlich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verursachungsorientiert verteilt werden; auch insoweit sieht der Entwurf einen gesetzlichen Anspruch vertragsrechtlicher Art vor.

Das bedeutet, dass wie bisher gleichartige Versicherungsverträge nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen zu Bestandsgruppen und Gewinnverbänden zusammengefasst werden können und dass sich die Verteilung des Überschusses auf diese daran zu orientieren hat, in welchem Umfang die Gruppe oder der Gewinnverband zur Entstehung des Überschusses beigetragen hat. Daher ist in Absatz 2 nicht eine verursachungsgerechte Verteilung, sondern nur ein verursachungsorientiertes Verfahren vorgeschrieben. Der Versicherer erfüllt diese Verpflichtung schon dann, wenn er ein Verteilungssystem entwickelt und widerspruchsfrei praktiziert, das die Verträge unter dem Gesichtspunkt der Überschussbeteiligung sachgerecht zu Gruppen zusammenfasst, den zur Verteilung bestimmten Betrag nach den Kriterien der Überschussverursachung einer Gruppe zuordnet und dem einzelnen Vertrag dessen rechnerischen Anteil an dem Betrag der Gruppe zuschreibt. Die gesetzliche Vorgabe eines verursachungsorientierten Verfahrens schließt eine ausdrückliche Vereinbarung anderer Verteilungsgrundsätze nicht aus, sofern sie ebenfalls angemessen sind. Der Versicherer kann für die Verteilung bestimmte Grundsätze vereinbaren, die zwar nicht streng verursachungsorientiert, trotzdem aber angemessen sind. Die Interessen des Versicherungsnehmers werden in diesem Falle durch die notwendige Information, durch die transparente Gestaltung der entsprechenden AVB (§ 305 ff. BGB) und durch die gesetzliche Vorgabe der Angemessenheit gewahrt; durch die letzte Voraussetzung wird das zentrale Kriterium der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB ausdrücklich aufgenommen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt als Spezialregelung gegenüber Absatz 2 die Verteilung der Bewertungsreserven. Nach Satz 1 müssen die Bewertungsreserven jährlich neu ermittelt werden. Die Ermittlung bestimmt sich nach der Regelung des § 54 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung; auf die dortige Begründung wird Bezug genommen. Für die rechnerische Zuordnung ist ein verursachungsorientiertes Verfahren zu verwenden. Der Versicherungsnehmer ist jährlich über seinen Anteil an den Bewertungsreserven zu informieren; eine entsprechende Verpflichtung des Versicherers wird in der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E festgelegt.

Einen unbedingten Anspruch auf Beteiligung an den zugeordneten Reserven erwirbt der Versicherungsnehmer, in den Fällen des § 159 VVG-E der als bezugsberechtigt bezeichnete Dritte, nach Satz 2 erst bei Beendigung des Vertrags durch Zeitablauf oder Kündigung. Maßgeblich ist der Betrag, der vom Versicherer für den Zeitpunkt der Vertragsbeendigung zu ermitteln ist. Von diesem Betrag muss die Hälfte an den ausscheidenden Versicherungsnehmer oder den bezugsberechtigten Dritten ausgezahlt werden. Die andere Hälfte verbleibt beim Versicherer. Damit wird berücksichtigt, dass den sog. stillen Reserven bei Versicherungsunternehmen eine wichtige Funktion als Risikopuffer zukommt, um Schwankungen des Kapitalmarktes auszugleichen. Mit der hälftigen Aufteilung wird der Feststellung des Bundesverfassungsgerichts in dem oben zitierten Urteil Rechnung getragen, dass eine Neuregelung der Überschussbeteiligung nicht ausschließlich an den Interessen einzelner aus dem Vertragsverhältnis ausscheidender Versicherungsnehmer ausgerichtet werden darf, sondern die Interessen der Versicherten als Risikogemeinschaft berücksichtigen muss.

Satz 3 stellt klar, dass eine anspruchsbegründende Zuteilung der Hälfte der Bewertungsreserven bereits für einen Zeitpunkt vor Vertragsende vereinbart werden kann. Diese Klarstellung im Hinblick auf § 171 VVG-E ist notwendig, da zweifelhaft sein kann, ob es sich in jedem Fall um eine Vereinbarung zum Vorteil des Versicherungsnehmers handelt.

Eine weitere Klarstellung enthält Satz 4 im Hinblick auf die Anforderungen an die Kapitalausstattung nach dem VAG (vgl. § 53c VAG).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift bestimmt für Rentenversicherungen den Zeitpunkt, der für die Ermittlung des dem Versicherungsnehmer zuzuteilenden Betrags nach Absatz 3 Satz 2 maßgeblich ist.

Zu § 154 (Modellrechnung)

Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung hat der Versicherungsnehmer regelmäßig ein erhebliches Interesse daran, schon bei der Vertragsvorbereitung zu erfahren, welche Leistungen er vom Versicherer über die garantierten Leistungen hinaus zu erwarten hat. Auch der Versicherer und ein von ihm eingeschalteter Vermittler haben ein Interesse an einer derartigen Information, da sie damit die Leistungsfähigkeit ihres Angebots gegenüber anderen Versicherern und im Vergleich zu anderen Finanzdienstleistungen herausstellen werden. Deshalb geben die Versicherer den Interessenten in vielen Fällen eine Beispielrechnung, die bisher ohne gesetzliche Regelung ist.

Um die mit solchen Beispielrechnungen verbundenen Missbrauchsgefahren zu verhindern, sieht § 154 VVG-E zum Schutz der Versicherungsnehmer Bestimmungen für den Fall vor, dass der Versicherer im Zusammenhang mit dem Angebot oder Abschluss einer Lebensversicherung Beispielrechnungen oder vergleichbare Angaben gegenüber dem Versicherungsnehmer verwendet. Zu den allgemeinen Erwägungen der neuen Regelung vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 8.

Zu Absatz 1

Der Versicherer ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer eine normierte Modellrechnung zu übermitteln, sofern er von sich aus oder auf Nachfrage des Interessenten bezifferte

Angaben über die möglichen Auswirkungen der Überschussbeteiligung auf die tatsächliche Gesamtleistung macht. Dabei soll die mögliche Ablaufleistung des Vertrags unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation mit drei verschiedenen Zinssätzen dargestellt werden. Auch dann ist zwar eine Fehlinformation des Versicherungsnehmers durch zusätzliche unternehmensindividuelle Beispielrechnungen und Prognoseangaben nicht ausgeschlossen, aber er hat wenigstens eine vertretbare Berechnung der möglichen Entwicklung der Ablaufleistung als wichtigste Versicherungsleistung; dabei wird diese Berechnung von allen Versicherern auf einheitlichen und vertretbaren Zinsgrundlagen zu erstellen sein. Die maßgeblichen Zinssätze werden durch Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E geregelt.

Modellrechnungen im Sinn des Absatzes 1 kommen nur bei Verträgen in Betracht, bei denen die Überschussbeteiligung erhebliches wirtschaftliches Gewicht hat. Daher werden in Satz 2 bloße Risikoversicherungen sowie die in § 54b Abs. 1 und 2 VAG erfassten Verträge über fondsgebundene Versicherungen von der Anwendung des § 154 VVG-E ausgenommen.

Zu Absatz 2

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch eine konkrete Modellrechnung der in § 154 Abs. 1 VVG-E beschriebenen Art bei manchen Versicherungsnehmern den falschen Eindruck erweckt, sie könnten sich auf Versicherungsleistungen in der so berechneten Höhe verlassen. Daher wird der Versicherer verpflichtet, mit der Modellrechnung die in Absatz 2 vorgesehenen Erläuterungen, die für den Versicherungsnehmer klar und verständlich sein müssen, zu verbinden. Verstößt der Versicherer hiergegen, kann sich für den Versicherungsnehmer ein entsprechender Leistungsanspruch ergeben.

Zu § 155 (Jährliche Unterrichtung)

Mit der neuen Regelung des § 155 VVG-E wird für überschussberechtigte Verträge eine jährliche Unterrichtung vorgeschrieben, deren Mindestinhalt durch Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E festzulegen ist. Die bisherige, auf Verbraucherverträge beschränkte Informationspflicht nach Anlage D Abschnitt II Nr. 3 zu § 10a VAG bedarf im Interesse der Versicherungsnehmer einer Erweiterung und Präzisierung. Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung unterrichten heute schon viele, aber nicht alle Versicherer den Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit jährlich über die Entwicklung des Versicherungsschutzes unter Berücksichtigung der tatsächlichen Zuteilung aus der Überschussbeteiligung. Die entsprechenden Schreiben sind jedoch vielgestaltig, teilweise nicht vergleichbar und in manchen Fällen schwer verständlich. Dabei hat der Versicherungsnehmer ein großes Interesse daran, während der sehr langen Vertragslaufzeit Klarheit über die Entwicklung seiner Ansprüche zu erhalten. Dies gilt vor allem für die inzwischen gesicherten Zahlungen über die ursprünglich garantierten Leistungen hinaus, aber auch für die Abweichungen der tatsächlichen von der bei Vertragsschluss in Aussicht gestellten Entwicklung der Leistungen des Versicherers. Satz 1 verpflichtet den Versicherer, jährlich in Textform über die Entwicklung der Ansprüche des Versicherungsnehmers unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung zu in-

formieren. Die Einzelheiten sind durch Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 3 VVG-E zu regeln.

Auch nach der Neuregelung des § 154 VVG-E werden Versicherer dem Versicherungsnehmer bei den Vertragsverhandlungen neben der normierten Modellrechnung eigene Beispielrechnungen für die möglicherweise zu erwartende Versicherungsleistung einschließlich Überschussbeteiligung oder vergleichbare bezifferte Angaben vorlegen. Satz 2 erweitert die Informationspflicht nach Satz 1 im Hinblick auf Änderungen, die sich für bezifferte Angaben in einer solchen Beispielrechnung oder in der Modellrechnung selbst ergeben. Für diese Fälle wird der Versicherer verpflichtet, zusammen mit der Unterrichtung nach Satz 1 auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung von den Angaben bei Vertragsschluss hinzuweisen. Der Versicherer braucht aber keine neue, aktualisierte Modellrechnung zu übermitteln.

Zu § 156 (Kenntnis und Verhalten der versicherten Person)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 161 VVG. Auf diese Regelung kann nicht verzichtet werden, da Lebensversicherungen auf den Tod eines anderen (vgl. auch § 150 Abs. 1 VVG-E) regelmäßig nicht „auf fremde Rechnung“ im Sinn der Vorschriften von § 43 ff. VVG-E abgeschlossen werden, so dass insoweit § 47 Abs. 1 VVG-E nicht anwendbar ist.

Zu § 157 (Unrichtige Altersangabe)

§ 162 VVG regelt bisher nur den Fall, dass das Alter der versicherten Person zu niedrig angegeben worden ist. Der seltene Fall einer zu hohen Altersangabe ist unregelt, so dass sich weder die Prämie nachträglich ermäßigt noch die Versicherungsleistung erhöht, wenn der Fehler entdeckt wird. Diese Einseitigkeit der Regelung ist unangemessen. Deshalb wird dieser Fall in die neu gefasste Vorschrift einbezogen; im Übrigen stimmt sie sachlich mit dem geltenden Recht überein.

Zu § 158 (Gefahränderung)

Zu den Absätzen 1 und 3

Durch § 164a VVG ist bisher die Anwendung des § 41a VVG in der Lebensversicherung ausgeschlossen. Deshalb kann der Versicherungsnehmer in keinem Fall die Herabsetzung der vereinbarten Prämie mit der Begründung verlangen, es sei eine Gefahrminderung eingetreten. Die dafür geltend gemachten Gründe können angesichts der Tatsache, dass § 164 VVG die Prämienhöhe wegen einer Gefahrerhöhung eingeschränkt zulässt, nicht überzeugen. Deshalb werden die Gefahrerhöhung und die Gefahrminderung gleichgestellt.

Beide Fallgruppen sind in der Lebensversicherung nur unsicher abzugrenzen. Deshalb muss bereits bei Vertragsschluss festgelegt werden, welche Änderung der Gefahrumstände zu einer Änderung der Prämie führen soll. Alle nicht ausdrücklich genannten Umstände bleiben außer Betracht. Hat der Versicherungsnehmer einen besonders unfallträchtigen Beruf, wird der Versicherer einen Zuschlag verlangen; es liegt dann nahe, zu vereinbaren, dass dieser Zuschlag entfällt, wenn der Versicherungsnehmer diesen Beruf nicht mehr ausübt. Ist der Beruf dagegen mit einem erheblich er-

höhten Risiko von Berufskrankheiten verbunden, die auch nach dem Ende der Berufsausübung noch ausbrechen können, wird der Versicherer auf den Zuschlag nach dem Ende der Berufsausübung nicht verzichten wollen. Dies kann auch bei Zuschlägen gelten, die der Versicherer wegen einer latenten Gesundheitsgefährdung z. B. durch Übergewicht verlangt; diese Gefährdung entfällt nicht schon deswegen, weil der Versicherungsnehmer zu einem bestimmten Zeitpunkt kein Übergewicht mehr hat. Deswegen müssen die Voraussetzungen einer Prämienhöhe und -herabsetzung im Vertrag bereits ausdrücklich festgelegt werden, wenn sich der Versicherer oder der Versicherungsnehmer darauf später berufen will.

Zu Absatz 2

Die Verkürzung der Ausschlussfrist in Absatz 2 Satz 1 von bisher zehn Jahren auf fünf Jahre außer bei Vorsatz oder Arglist beruht auf den zu § 21 Abs. 3 VVG-E wiedergegebenen Überlegungen.

Für die Fälle der vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der bei einer Gefahrerhöhung nach § 23 VVG-E bestehenden Pflichten wird ebenfalls die neue Regelung des § 21 Abs. 3 VVG-E bei Verletzung der Anzeigepflicht übernommen. Dies bedeutet, dass abweichend vom geltenden § 164 Abs. 2 Satz 2 VVG auch bei Arglist eine Ausschlussfrist von zehn Jahren gilt. Eine unterschiedliche Behandlung der Arglistfälle, wie sie von der VVG-Kommission in § 151 Abs. 2 ihres Entwurfes vorgeschlagen worden ist, erscheint nicht gerechtfertigt, da das Verhalten des Versicherungsnehmers bei einer Gefahrerhöhung nicht als schwerwiegenderer Verstoß als bei Verletzung der Anzeigepflicht angesehen werden kann.

Zu § 159 (Bezugsberechtigung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 166 Abs. 1 VVG, dessen Satz 2 gestrichen wird, da seine Regelung bereits in dem übernommenen Satz 1 eingeschlossen ist. Die Vorschriften des § 159 VVG-E werden auf alle Lebensversicherungen erstreckt, da nicht nur Kapitallebensversicherungen eine Bezugsberechtigung vorsehen.

Zu den Absätzen 2 und 3

In Absatz 2 wird die Regelung, dass der als bezugsberechtigter bezeichnete Dritte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles erwirbt, auf die Fälle beschränkt, in denen sich der Versicherungsnehmer den Widerruf vorbehalten hat. Erfolgt dagegen die Benennung des Bezugsberechtigten unwiderruflich, soll dieser nach Absatz 3 das Recht auf die Leistung schon von Anfang an erwerben. Damit werden Fälle erfasst, in denen der Versicherungsnehmer den Bezugsberechtigten – möglicherweise schon beim Abschluss des Vertrags – endgültig sichern will, indem er auf seine normalerweise bestehende Widerrufsmöglichkeit verzichtet. Vertraglich kann aber auch bei der Unwiderruflichkeit der Bezugsberechtigung etwas anderes vereinbart werden (vgl. § 171 VVG-E).

Zu § 160 (Auslegung der Bezugsberechtigung)

Mit § 160 VVG-E wird die bisherige Vorschrift des § 167 VVG im Grundsatz übernommen. Allerdings wird sie auf alle Lebensversicherungen erstreckt, da nicht nur Kapital-

lebensversicherungen eine Bezugsberechtigung vorsehen. Die bisherige Vorschrift des § 168 VVG wird als Absatz 3 integriert.

Zu § 161 (Selbsttötung)

Zu den Absätzen 1 und 2

Im Interesse der hinterbliebenen Angehörigen wird die Ausschlussfrist nach § 169 Satz 1 VVG auf drei Jahre verkürzt. Dies entspricht einer verbreiteten Praxis der Lebensversicherer in ihren AVB. Allerdings soll es zulässig bleiben, durch Einzelvereinbarung, also nicht durch die AVB, die Ausschlussfrist über drei Jahre hinaus zu verlängern. Damit soll dem Versicherer ein Handlungsspielraum in Sonderfällen mit sehr hohen Versicherungssummen erhalten bleiben. Eine Verkürzung der Ausschlussfrist oder der Verzicht hierauf wird durch § 171 VVG-E nicht ausgeschlossen, da es sich um eine Vereinbarung zugunsten des Versicherungsnehmers handelt.

Die Vorschrift ist auch anwendbar, wenn der Vertrag nicht nur für den Todesfall Versicherungsleistungen vorsieht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt inhaltlich mit § 176 Abs. 2 Satz 1 VVG überein. Zusätzlich wird klargestellt, dass dem Versicherungsnehmer neben dem Rückkaufswert auch etwaige Ansprüche auf Überschussbeteiligung nach § 169 Abs. 7 VVG-E zustehen. Die Vorschrift ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 171 VVG-E).

Zu § 162 (Tötung durch Leistungsberechtigten)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 170 VVG.

Zu § 163 (Prämien- und Leistungsänderung)

Zu Absatz 1

§ 163 VVG-E sieht das Recht des Versicherers zur Neufestsetzung der Prämie vor, ohne eine entsprechende vertragliche Anpassungsklausel vorauszusetzen. Damit werden solche Klauseln in anderen Fällen nicht ausgeschlossen, sie unterliegen jedoch der allgemeinen Kontrolle nach § 305 ff. BGB. Dies entspricht der bisherigen Regelung des § 172 VVG. Eine inhaltliche Änderung der Voraussetzungen für die Neufestsetzung der Prämie ist nicht vorgesehen; die Änderungen im Wortlaut des § 163 Abs. 1 Satz 1 VVG-E dienen lediglich der Verdeutlichung.

Nach dem neuen Satz 2 ist eine Neufestsetzung ausgeschlossen, soweit die bisherige Prämie erkennbar unzureichend kalkuliert worden ist. Damit wird die für die Krankenversicherung geltende Regelung des § 12b Abs. 2 Satz 4 VAG, auf die § 203 Abs. 2 Satz 4 VVG-E verweist, auch für die Lebensversicherung übernommen. Wenn und soweit die ungünstige Risikoentwicklung schon bei Vertragschluss abschätzbar war, vom Versicherer aber nur unzureichend berücksichtigt worden ist, soll dieser die Nachteile nicht auf die Versicherungsnehmer abwälzen können. Für die Beurteilung dieser Frage ist in erster Linie maßgeblich, ob der Aktuar die unzureichende Kalkulation auf Grund der verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlage hätte erkennen müssen.

Schon nach dem bisherigen § 172 Abs. 1 Satz 1 VVG hat ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit der Änderung, d. h. insbesondere der neuen Prämie, zu prüfen und zu bestätigen. Da der Treuhänder auf die Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen beschränkt sein muss, also nicht wie eine Verwaltungsbehörde ein eigenes Ermessen ausüben kann, handelt es sich bei der Angemessenheit um eine ungeschriebene Voraussetzung; sie ersetzt das billige Ermessen, das der Versicherer einhalten müsste, wenn er die neue Prämie nach § 315 BGB festsetzen könnte. Dies wird durch die Aufnahme der Angemessenheit als ausdrückliche Voraussetzung in § 163 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 VVG-E nunmehr klargestellt.

Die bisherige Regelung des § 172 Abs. 1 Satz 2 VVG, nach der der Versicherer zur Änderung der Bestimmungen zur Überschussbeteiligung berechtigt ist, wenn die Voraussetzungen für eine Neufestsetzung der Prämie gegeben sind, wird nicht übernommen. Ein Bedürfnis für eine solche Regelung könnte allenfalls im Hinblick auf Bestandsübertragungen oder für „auslaufende Bestände“ in Betracht kommen. Fragen der Überschussbeteiligung und des Kosten- und Risikoausgleichs werden aber bereits im Rahmen einer Bestandsübertragung von der Aufsichtsbehörde geprüft. Hierbei sind die Belange der versicherten Personen umfassend zu wahren. Der Begriff der auslaufenden Verträge würde zu erheblichen Auslegungsschwierigkeiten führen, die eher durch entsprechende vertragliche Klauseln als durch eine Regelung im Gesetz ausgeräumt werden könnten.

Zu Absatz 2

Durch § 163 Abs. 2 VVG-E wird eine Lücke der bisherigen Regelung geschlossen.

Satz 1 eröffnet dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit, zu verlangen, dass die Erhöhung der Prämie durch eine entsprechende Herabsetzung der Versicherungsleistung ersetzt wird. Damit wird dem Interesse derjenigen Versicherungsnehmer entsprochen, die bei einer erhöhten Prämie ihre Verträge nicht mehr weiterführen könnten.

Besteht eine prämienfreie Versicherung, ist eine Prämien-erhöhung durch einseitige Erklärung des Versicherers nicht möglich. Daher tritt nach Satz 2 an deren Stelle die Herabsetzung der Versicherungsleistung. Dadurch wird eine nach der Leistungsherabsetzung getroffene Einzelvereinbarung, in der die Vertragsparteien die ungekürzte Leistung gegen eine neu aufzunehmende Prämienzahlung aufrechterhalten, nicht ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stimmt im Wesentlichen mit dem bisherigen § 172 Abs. 3 Satz 1 VVG überein. Eine Prämien-erhöhung soll wie bisher erst zu Beginn des zweiten auf die Unterrichtung des Versicherungsnehmers folgenden Monats wirksam werden. Eine abweichende Vereinbarung zum Nachteil des Versicherungsnehmers ist ausgeschlossen (§ 171 VVG-E).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 172 Abs. 1 Satz 3 VVG.

Zu § 164 (Bedingungsanpassung)

Der neue § 164 VVG-E ersetzt die bisherige Regelung des § 172 Abs. 2 VVG, die einige Fragen offen lässt und zu

Auslegungsschwierigkeiten geführt hat. Die Neuregelung gilt auch für die Berufsunfähigkeitsversicherung (vgl. § 176 VVG-E) und die Krankenversicherung (vgl. § 203 Abs. 4 VVG-E).

Von der Aufnahme einer allgemeinen Anpassungsklausel für die anderen Versicherungszweige, wie sie von der VVG-Kommission vorgeschlagen worden ist (vgl. § 16 des Kommissionsentwurfes), sieht der Gesetzentwurf ab. Der mit dem Vorschlag der VVG-Kommission verbundene Eingriff in bestehende Verträge kann sich zum Nachteil der Versicherungsnehmer auswirken. Dies wäre zwar dann vertretbar, wenn sich in der Praxis aus dem Fehlen einer über den § 306 BGB hinausgehenden Anpassungsmöglichkeit für die Vertragsparteien unzumutbare Probleme ergeben hätten. Solche Probleme haben sich aber bisher nicht gezeigt. Nach wie vor erscheint es daher angemessen, außerhalb der Lebensversicherung und der Krankenversicherung das Risiko der Unwirksamkeit einer vom Versicherer verwendeten Bedingung dem Versicherer aufzuerlegen.

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 ist die Ersetzung einer unwirksamen Bestimmung in den AVB durch den Versicherer wie im geltenden Recht zulässig, wenn die neue Bestimmung zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist.

Diese Anpassungsmöglichkeit bedarf aber einer Ergänzung. Dem Versicherer steht bei der Lebensversicherung – wie bei der Krankenversicherung – kein ordentliches Kündigungsrecht zu; er ist also in der Regel sehr langfristig an den Vertrag gebunden. Auch ist für den Versicherungsnehmer eine vorzeitige Beendigung des Vertrags häufig mit erheblichen Nachteilen verbunden. Diese Umstände machen es erforderlich, dem Versicherer im Fall der Unwirksamkeit einer Klausel in den AVB eine Anpassungsbefugnis auch dann einzuräumen, wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne eine Anpassung für den Versicherer oder den Versicherungsnehmer eine unzumutbare Härte darstellen würde; damit wird die Voraussetzung nach § 306 Abs. 3 BGB aufgegriffen. In aller Regel kann ein ersatzloser Wegfall der unwirksamen Klausel nur für den Versicherer eine unzumutbare Härte darstellen. Um zu vermeiden, dass die Anpassungsmöglichkeit einseitig zu Lasten des Versicherungsnehmers eröffnet wird, bestimmt Satz 1, dass bei der Beurteilung, ob eine für den Versicherer unzumutbare Härte zu bejahen ist, auch die Interessen der Versicherungsnehmer mit zu berücksichtigen sind. Unerheblich ist, aus welchem Grund eine Bestimmung in den AVB unwirksam ist. In erster Linie kann sich die Unwirksamkeit aus einem Verstoß gegen die §§ 307 bis 309 BGB ergeben; andere Gründe dürften in der Praxis selten sein. Die Unwirksamkeit einer Klausel kann allerdings nur, und zwar mit Wirkung für alle Versicherer, welche diese oder eine gleichartige Klausel verwendet haben, durch eine höchstrichterliche Entscheidung des BGH oder eines Oberlandesgerichts, dessen Entscheidung nicht anfechtbar ist, oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde oder der Kartellbehörde festgestellt werden. Nur solche Entscheidungen schaffen abschließend Rechtsklarheit. Könnten die Versicherer in eigener Verantwortung über die Unwirksamkeit entscheiden, würde die Vertragsfreiheit des Versicherungsnehmers in bedenklicher Weise eingeschränkt (vgl. BGH, Urteil vom 12. Oktober 2005, VersR 2005 S. 1565).

Nach Satz 2 ist die vom Versicherer getroffene neue Bestimmung, welche die unwirksame Klausel ersetzen soll, nur wirksam, wenn sie die Belange der Versicherungsnehmer insgesamt angemessen berücksichtigt, aber dabei auch das konkrete Vertragsziel des Vertragspartners gewahrt wird. Die Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer ist ein Kriterium, das im VAG verwendet wird (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, § 12b Abs. 1a Satz 2, § 81d Abs. 3 VAG). Allerdings ist der dort verwendete Begriff der Versicherten, der sowohl Versicherungsnehmer als auch versicherte Personen und Bezugsberechtigte umfasst, für das VVG nicht geeignet, da er dort sich auf die Versicherung für fremde Rechnung bezieht (§ 43 ff. VVG-E). Daher wird hier auf die Belange der Versicherungsnehmer abgestellt und dabei davon ausgegangen, dass auch die Belange des im VAG erfassten Personenkreises mit zu berücksichtigen sind, wenn sie nicht mit den Belangen der Versicherungsnehmer gleichlaufend sein sollten.

Bei der Bedingungsanpassung sind diese Belange von Bedeutung, da von der Unwirksamkeit einer Bestimmung und deren Ersetzung durch eine neue Regelung jeweils eine Vielzahl von Verträgen betroffen ist. Diesem Kriterium wird entsprochen, wenn durch die neue Regelung das bei Vertragsschluss vorhandene Äquivalenzverhältnis wiederhergestellt wird. Dagegen sind die Belange der Versicherungsnehmer in aller Regel nicht gewahrt, wenn die Versicherungsnehmer durch die ersetzende Klausel schlechter gestellt werden, als sie bei Vertragsschluss standen. Die neue Regelung muss darüber hinaus den Anforderungen entsprechen, die sich aus § 307 ff. BGB ergeben.

Nach geltendem Recht ist bei der Lebensversicherung wie auch bei der Krankenversicherung nicht nur für die Prämienanpassung, sondern auch für eine Bedingungsanpassung die Mitwirkung eines unabhängigen Treuhänders vorgeschrieben (vgl. §§ 172, 178g VVG in Verbindung mit den §§ 11b, 12b Abs. 3 bis 5 VAG). Diese Regelung wird nicht übernommen. Insbesondere die Erfahrungen in den letzten Jahren bei der Lebensversicherung haben gezeigt, dass durch die Einschaltung des Treuhänders der damit verfolgte zusätzliche Schutz der Interessen der Versicherungsnehmer in diesen Fällen nicht erreicht wird. Die Bestätigung des Treuhänders, dass die neue Bedingung des Versicherers den gesetzlichen Voraussetzungen entspricht, kann beim Versicherungsnehmer den Eindruck erwecken, dass eine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit der neuen Klausel von vornherein erfolglos wäre. Dem Interesse der Versicherungsnehmer entspricht es daher eher, wenn für Bedingungsanpassungen nach den §§ 164, 203 Abs. 4 VVG-E auf einen Treuhänder verzichtet und der Versicherungsnehmer auf die gerichtliche Kontrolle verwiesen wird.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt den Zeitpunkt, zu dem eine Regelung nach Absatz 1 verbindlich wird. Die Formulierung „wird [...] Vertragsbestandteil“ lehnt sich an den Wortlaut des § 305 Abs. 2 BGB an und soll deutlich machen, dass eine gerichtliche Inhaltskontrolle noch nicht erfolgt ist. Die Frist von zwei Wochen entspricht der bisherigen Regelung des § 172 Abs. 3 Satz 2 VVG. Die Anpassung wirkt jeweils nur für die Zukunft (ex nunc). Die Vertragsparteien können aber einen anderen Zeitpunkt für das Wirksamwerden, z. B. rückwirkend zum

Vertragsschluss, vereinbaren, sofern dieser für den Versicherungsnehmer nicht nachteilig ist (§ 171 VVG-E).

Zu § 165 (Prämienfreie Versicherung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 174 Abs. 1 VVG. Die Zahlungspflicht des Versicherers nach Satz 2 erfasst auch etwaige Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer Überschussbeteiligung (§ 169 Abs. 7 VVG-E).

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird für die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung ergänzend auf § 169 Abs. 3 bis 5 VVG-E verwiesen, um den Gleichlauf der Berechnung mit dem Rückkaufswert im Fall der Kündigung sicherzustellen. Die prämienfreie Versicherungsleistung ist für jedes Versicherungsjahr gesondert im Voraus zu beziffern. Hinsichtlich ihrer Berechnung kann der Versicherer zwar nach § 171 VVG-E von den §§ 165, 169 VVG-E nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen: Dieser soll aber schon bei Vertragsschluss wissen, welche genauen Beträge ihm in den einzelnen Vertragsjahren nach der Berechnung des Versicherers zustehen. Die Berechnung und die Bezifferung im Vertrag beziehen sich allerdings nur auf die garantierten Werte, da die Höhe der zusätzlichen Überschussbeteiligung zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht feststeht.

Zu Absatz 3

Satz 1 übernimmt den bisherigen § 174 Abs. 3 VVG.

Mit Satz 2 wird lediglich klargestellt, dass bereits begründete Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer Überschussbeteiligung durch die Umwandlung nicht berührt werden (vgl. auch § 169 Abs. 7 VVG-E).

Zu § 166 (Kündigung des Versicherers)

Zu den Absätzen 1 bis 3

Diese Regelung übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 175 VVG, erstreckt aber Absatz 1 über § 38 VVG-E hinaus auf alle Fälle der Kündigung des Versicherers (z. B. nach § 19 Abs. 3 Satz 2 VVG-E).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie begründet eine Informationspflicht des Versicherers gegenüber den bezugsberechtigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern für den Fall, dass die fällige Prämie vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer nicht rechtzeitig gezahlt wird. Der Versicherer hat über den Zahlungsverzug und die eintretende Umwandlung der Versicherung zu informieren; dabei muss er die rückständigen Beträge der Prämien, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und über die Rechtsfolge des Zahlungsverzugs aufklären. Ferner hat er den bezugsberechtigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vor der Kündigung der Versicherung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Monaten einzuräumen, damit diese die Möglichkeit erhalten, mit eigenen Mitteln den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten.

Zu § 167 (Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes)

Die Vorschrift übernimmt den in Artikel 4 Nr. 2 des Entwurfes eines Gesetzes zum Pfändungsschutz der Altersvorsorge und zur Anpassung des Rechts der Insolvenzanfechtung (Bundestagsdrucksache 16/886) vorgesehenen § 173 VVG.

Zu § 168 (Kündigung des Versicherungsnehmers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt inhaltlich mit § 165 Abs. 1 VVG überein.

Zu Absatz 2

Der Anwendungsbereich des bisherigen § 165 Abs. 2 VVG wird dahin erweitert, dass nicht nur Kapitalversicherungen auf den Todesfall, sondern alle Lebensversicherungen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Leistungspflicht des Versicherers gewiss ist, erfasst werden. Das Kündigungsrecht besteht danach auch bei Rentenversicherungen; im Fall der Kündigung hat der Versicherungsnehmer nach § 169 VVG-E Anspruch auf den Rückkaufswert einschließlich der zugeteilten Überschussanteile.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt den neuen § 165 Abs. 3 VVG, der durch Artikel 4 Nr.1 des Entwurfes eines Gesetzes zum Pfändungsschutz der Altersvorsorge und zur Anpassung des Rechts der Insolvenzanfechtung (Bundestagsdrucksache 16/886) in das VVG eingefügt werden soll.

Zu § 169 (Rückkaufswert)

Die Regelung des Rückkaufswertes weicht erheblich von dem bisherigen § 176 VVG ab. Zu den allgemeinen Erwägungen vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 8.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschränkt den Anwendungsbereich gegenüber § 176 VVG in zweifacher Weise. Zunächst werden die Fälle der Kündigung durch den Versicherer ausgeklammert, weil insoweit nach § 166 Abs. 1 VVG-E ausschließlich die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nach § 165 VVG-E vorgesehen ist. Außerdem werden aber auch die Fälle des Rücktrittes und der Anfechtung durch den Versicherungsnehmer durch § 169 VVG-E nicht mehr geregelt. Dies hat zur Folge, dass sich die Abwicklung des Vertrags nach allgemeinem Recht richtet; der Versicherungsnehmer kann also nicht nur den Rückkaufswert, sondern unter Umständen alle bisher bezahlten Prämien einschließlich Zinsen verlangen. Dies ist grundsätzlich gerechtfertigt, weil der Versicherer in diesen Fällen Anlass zum Rücktritt oder zur Anfechtung gegeben hat; für eine Privilegierung im Verhältnis zum allgemeinen Vertragsrecht besteht kein Anlass.

Zu Absatz 2

Satz 1 beschränkt den Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufswertes in den Ausnahmefällen, in denen der nach den Absätzen 3 bis 6 berechnete Rückkaufswert höher ist als die Versicherungsleistung zum Zeitpunkt der Kündigung. Ein solcher Fall liegt vor, wenn das Deckungskapital für eine vereinbarte lebenslange Rente höher ist als die vereinbarte Rückzahlung aller Prämien im Todesfall vor Beginn der Rentenzahlung. Der von der Auszahlung nach Satz 1 ausge-

nommene Teil des Rückkaufswertes begründet eine prämiensfreie Versicherung nach § 165 VVG-E (vgl. Satz 2). Entfällt der Vertrag durch Rücktritt oder Anfechtung, ist nach Satz 3 der volle Rückkaufswert zu zahlen, da eine Fortsetzung des Vertragsverhältnisses als prämiensfreie Versicherung für die Vertragsparteien nicht zumutbar ist.

Zu Absatz 3

Die Höhe des vom Versicherer bei einer Kündigung zu zahlenden Rückkaufswertes ist derzeit durch § 176 Abs. 3 Satz 1 VVG bestimmt. Danach ist der Betrag „nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik [...] als Zeitwert der Versicherung zu berechnen.“ Diese durch das Dritte Durchführungsgesetz/EWG im Jahre 1994 eingeführte Regelung hat keine ausreichende Transparenz gebracht. Verspricht der Versicherer im Vertrag unter Übernahme des Wortlauts der Bestimmung den (nicht bezifferten) Zeitwert, ist für den Versicherungsnehmer völlig unklar, welchen Betrag er im Fall der Kündigung erhalten wird. Nennt der Versicherer dagegen den Betrag in absoluten Zahlen, kann der Versicherungsnehmer die Berechnung nicht nachvollziehen. Es kommt hinzu, dass auch fast zehn Jahre nach der Neuregelung noch nicht allgemein anerkannt ist, wie die Berechnung zu erfolgen hat; dies hat der Bundesgerichtshof erst kürzlich erneut bestätigt (Urteil vom 12. Oktober 2005, IV ZR 162/03, VersR 2005, S. 1565). Diese Unsicherheit kann dazu führen, dass ein Versicherer versucht, eine ihm günstige Berechnungsweise durchzusetzen. Der Versicherungsnehmer kann seinerseits nur einen Sachverständigen beauftragen, eine eigene Berechnung vorzunehmen; ob dessen Berechnungsweise letztlich gegenüber derjenigen des Versicherers anerkannt wird, ist ungewiss.

Der Zeitwert ist auch unabhängig von diesen Schwierigkeiten ungeeignet, den zwingenden gesetzlichen Anspruch des Versicherungsnehmers zu umschreiben. Unter Zeitwert wird nämlich – neben anderen möglichen Definitionen – der Barwert unter Berücksichtigung aller zukünftigen Zahlungen des Versicherungsnehmers und aller zukünftigen Verpflichtungen des Versicherers verstanden. Damit wird der Vertrag bis zum vereinbarten Vertragsablaufzeitpunkt, also ohne Berücksichtigung des Kündigungsrechts nach § 165 VVG, abgebildet und auf den Kündigungszeitpunkt zurückgerechnet. Dabei ist eine Abzinsung der Leistungen und Verpflichtungen, die zum Teil erst nach vielen Jahren fällig werden, erforderlich, so dass schon geringfügige Unterschiede der verwendeten, nicht eindeutig bestimmten Abzinsungsfaktoren zu großen Differenzen beim Zeitwert führen.

Aus diesen Gründen soll an die Stelle des Zeitwertes eine möglichst klare und nachvollziehbare Berechnung des Rückkaufswertes treten, die einerseits dem Versicherungsnehmer bei der Inanspruchnahme des Kündigungsrechts den durch die gezahlten Prämien angesparten Wert des Vertrags erhält, andererseits den Versicherer weder über seine bereits entstandenen Verpflichtungen hinaus belastet noch ihm gestattet, Vorteile aus der Tatsache der Kündigung zu ziehen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Transparenz hinsichtlich der Berechnung des Rückkaufswertes deutlich verbessert wird; damit wird den Forderungen des Bundesverfassungsgerichts in den oben zitierten Urteilen nach Herstellung einer höheren Transparenz auch für die Berechnung der Rückkaufswerte nachgekommen. Die Verbesserung wird erreicht, indem nach Absatz 3 die Auszahlung des Deckungs-

kapitals vorgeschrieben wird. Das Deckungskapital wird versicherungsmathematisch nach den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Berücksichtigung der bilanz- und aufsichtsrechtlichen Regelungen der Deckungsrückstellung (§ 341f HGB, § 65 VAG) berechnet. Nur bei der fondsgebundenen Lebensversicherung, bei der die Versicherungsnehmer unmittelbar die Chancen und Risiken der Anlage am Kapitalmarkt tragen, muss es bei der Zeitwertberechnung bleiben (Absatz 4).

Zusätzlich enthält Satz 1 eine Sonderregelung für die Frühstornofälle. Die bisherige Praxis der Versicherer, die ersten Prämien zur Deckung der Abschlusskosten zu verwenden und auf dieser Grundlage die Prämie zu kalkulieren (sog. Zillmerung), führt dazu, dass zumindest in den ersten zwei Vertragsjahren kein Rückkaufswert besteht. Dieses Verfahren berücksichtigt nicht hinreichend die Interessen der Versicherungsnehmer, die sich aus unterschiedlichen Gründen dazu entschließen, von ihrem gesetzlichen Kündigungsrecht Gebrauch zu machen. Dem kündigenden Versicherungsnehmer soll in diesen Fällen ein Mindestrückkaufswert zustehen. Maßgeblich ist der Betrag des Deckungskapitals, der sich errechnet, wenn die Abschluss- und Vertriebskosten rechnerisch auf die ersten fünf Vertragsjahre verteilt werden. Um auszuschließen, dass vom Versicherer die gesamten Abschlusskosten, also auch der Teil, der nach geltendem Aufsichtrecht nicht gezillmert werden darf (vgl. § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung auf der Grundlage von § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 VAG), in Ansatz gebracht werden und damit die mit der Neuregelung beabsichtigte Besserstellung des kündigenden Versicherungsnehmers verhindert würde, wird klargestellt, dass Abschluss- und Vertriebskosten nur im Rahmen des jeweils geltenden Höchstzillmersatzes angesetzt werden dürfen. Die Regelung setzt im Übrigen voraus, dass die Verrechnung der Abschlusskosten mit den Prämien vereinbart worden ist. Haben die Parteien z. B. vereinbart, dass die Abschlusskosten gesondert und ohne Zillmerung/Verrechnung gezahlt werden, es also nicht zu einer Verrechnung der Abschlusskosten kommt, kann es auch nicht zu einer Verrechnung über einen Zeitraum von fünf Jahren kommen. Der Rückkaufswert wäre einerseits entsprechend höher; die Verpflichtung zur Zahlung der Abschlusskosten bestünde andererseits bei gesonderter Vereinbarung unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag beendet wird (ähnlich wie bei der Wohnraummiete; eine Maklerprovision ist auch dann in voller Höhe zu zahlen, wenn die angemietete Wohnung nach kurzer Zeit wieder gekündigt wird).

Die Neuregelung knüpft an das sog. Riester-Modell nach dem durch Artikel 7 des Gesetzes vom 5. Juli 2004 (BGBl. I S. 1443) geänderten Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1322) an; sie ist verständlicher als der Vorschlag der VVG-Kommission, der auf das „ungezillmerte Deckungskapital“ abstellt. Der Gesetzentwurf hat sich deswegen am geltenden Recht orientiert und nicht – wie der Bundesgerichtshof in dem oben zitierten Urteil vom 12. Oktober 2005 – am Vorschlag der VVG-Kommission, auch wenn beide Vorschläge zu mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit führen. Für den Versicherungsnehmer ergeben sich im Übrigen auf der Grundlage der Regelung des Gesetzentwurfes leicht höhere Auszahlungsbeträge als auf der Grundlage des Modells der VVG-Kommission.

In der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E soll entsprechend der Regelung des § 7 des genannten Zertifizierungsgesetzes bestimmt werden, dass der Versicherungsnehmer vor Abgabe seiner Vertragserklärung über die Höhe und Verteilung der ihn belastenden Abschluss- und Vertriebskosten informiert wird.

Die Sonderregelung in Satz 1 über die Zahlung eines Mindestrückkaufswertes wird auf die Fälle der Kündigung des Versicherungsvertrags beschränkt. Dabei wird die Kündigung durch den Versicherer wegen der Bezugnahme in § 165 Abs. 2 VVG-E (auch in Verbindung mit § 166 Abs. 1 VVG-E) ebenso erfasst wie die Kündigung durch den Versicherungsnehmer; beide Kündigungen beruhen nämlich oft auf dem Umstand, dass der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien nicht mehr zahlen kann. Dagegen besteht kein Anlass, die Sonderregelung auch auf die Fälle des Rücktrittes und der Anfechtung durch den Versicherer zu erstrecken, da hierbei immer ein Fehlverhalten des Versicherungsnehmers vorliegen wird.

Nach Satz 2 muss der Rückkaufswert von vornherein für jedes Vertragsjahr angegeben werden. Der Rückkaufswert ist also vorbehaltlich der Einschränkungen nach den Absätzen 5 und 6 garantiert. Der Versicherungsnehmer hat ein berechtigtes Interesse, bereits bei Vertragsschluss darüber informiert zu werden, mit welchen garantierten Beträgen er in den einzelnen Vertragsjahren rechnen kann.

Satz 3 berücksichtigt die Fälle, in denen der Versicherer seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaat des EWR-Übereinkommens hat, dessen Recht ein Deckungskapital im Sinn von Absatz 3 nicht kennt. Schließt ein solcher Versicherer einen Lebensversicherungsvertrag mit einem Versicherungsnehmer in Deutschland, unterliegt dieser Vertrag in der Regel deutschem Recht (vgl. Artikel 8 EGVVG). Um diesen Versicherer nicht gegenüber einem Versicherer mit Sitz in Deutschland zu benachteiligen, wird ihm das Recht eingeräumt, den Rückkaufswert nach einem Bezugswert zu berechnen, der mit dem Deckungskapital vergleichbar ist und im Wesentlichen zu entsprechenden Ergebnissen führt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Richtlinie 2002/83/EG über Lebensversicherungen in Artikel 20 für die Bildung versicherungstechnischer Rückstellungen einheitliche Kriterien für die Gemeinschaft vorsieht. Der Versicherungsnehmer wird durch die Zulassung einer von Satz 1 abweichenden Berechnung des Rückkaufswertes schon deshalb nicht benachteiligt werden, da er vom Versicherer nach Satz 2 über dessen Höhe für jedes Vertragsjahr bereits bei Vertragsschluss unterrichtet wird und sich damit einen Vergleich mit Versicherungen verschaffen kann, bei denen der Rückkaufswert nach dem Deckungskapital zu berechnen ist. Auch soll in der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E vorgeschrieben werden, dass der Versicherungsnehmer bei der Information über den Rückkaufswert auf den abweichenden Bezugswert hinzuweisen ist.

Zu Absatz 4

Für fondsgebundene Versicherungen und andere in § 54b VAG geregelte Verträge verbleibt es für die Berechnung des Rückkaufswertes bei der bisherigen Regelung des § 176 Abs. 3 VVG. Zusätzlich enthält Satz 2 die Verpflichtung, im Vertrag die Grundsätze der Berechnung anzugeben. Im Übrigen verbleibt es bei der Regelung des Absatzes 3; das

heißt insbesondere, dass die Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten zur Sicherung eines Mindestrückkaufswertes auch für die Fälle des Absatzes 4 gilt und dass bei fondsgebundenen Rentenversicherungen, die eine Mindestleistung vorsehen, für die eine prospektive Deckungsrückstellung gebildet wird (z. B. Beitragszusagen mit Mindestleistung gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung), der Rückkaufswert insoweit nach Absatz 3 gebildet wird.

Zu Absatz 5

Satz 1 enthält gegenüber § 176 Abs. 4 VVG das zusätzliche Erfordernis, den Abzug zu beziffern. Neu ist ferner das Abzugsverbot nach Satz 2.

Nach der bisherigen Regelung des § 176 Abs. 4 VVG ist der Versicherer zu einem Abzug von dem Rückkaufswert (bisher als Zeitwert berechnet nach § 176 Abs. 3 VVG) berechtigt, wenn und soweit der Abzug im Vertrag vereinbart und angemessen ist. Dabei ist streitig, ob der Stornoabzug bei Vertragsschluss bereits beziffert werden muss. Für die Nennung eines Betrags spricht der Umstand, dass der Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss über die Höhe eines bei Kündigung drohenden Abzugs unterrichtet sein muss, wenn er dessen wirtschaftliche Bedeutung erkennen soll. Ein Abzug, der nur dem Grunde nach vereinbart, der Höhe nach aber tatsächlich in das Ermessen des Versicherers gestellt ist oder von diesem erst nach der Kündigung genannt wird, erfüllt diese Voraussetzung nicht; das gilt auch für einen nicht bezifferten Abzug, für dessen Berechnung auf versicherungsmathematische Grundsätze verwiesen wird, die der Versicherungsnehmer nicht kennt und nicht selbst nachvollziehen kann. Deshalb wird in Absatz 5 die bisherige Regelung dahingehend klargestellt, dass der (angemessene) Stornoabzug im Vertrag nicht nur vereinbart, sondern bereits beziffert werden muss.

Bei dem Kriterium der Angemessenheit des vereinbarten Stornoabzugs handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Solche Begriffe können und müssen verwendet werden, wenn eine Fülle von Lebenssachverhalten erfasst werden soll, aber nicht erschöpfend umschrieben werden kann. Diese Voraussetzung ist hier nicht uneingeschränkt gegeben. Einerseits sind bisher regelmäßig nur drei einen Stornoabzug möglicherweise rechtfertigende Umstände (Bearbeitungskosten, Risikoverschlechterung, nicht bereits getilgte Abschlusskosten) geltend gemacht worden; erst neuerdings wird der zunehmend diskutierte Stornoabzug mit weiteren Überlegungen gerechtfertigt. Andererseits ist ein Abzug wegen noch nicht getilgter Abschluss- und Vertriebskosten grundsätzlich umstritten; dabei handelt es sich um den größten Teilbetrag der bisher weitgehend üblichen Stornoabzüge.

Der Gesetzgeber kann die Frage der Angemessenheit zwar grundsätzlich der Rechtsprechung zur Entscheidung im Einzelfall überlassen. Die umstrittene Berechtigung eines Abzugs wegen der zum Zeitpunkt der Kündigung noch nicht getilgten Abschluss- und Vertriebskosten soll aber abschließend geklärt werden.

Dieser bisher zugelassene Abzug beruht auf der Überlegung, der Versicherer habe für den Vertrieb seiner Lebensversicherungen erhebliche Kosten, die er auf alle geschlossenen Verträge unter der Bezeichnung Abschlusskosten an-

teilig umlegt; sie sind aber nur teilweise dem einzelnen Vertrag unmittelbar zurechenbar. Die Umlage auf die Verträge erfolgt in den meisten Fällen in der Weise, dass jeder Vertrag von Anfang an mit einem bestimmten Betrag für Abschlusskosten belastet wird. Deshalb werden mit den Prämien der ersten Jahre zunächst – neben Verwaltungskosten und Risikoprämie – nur diese Abschlusskosten gedeckt; erst anschließend wird mit den Sparanteilen der Prämie ein Deckungskapital aufgebaut. Diese mit dem Begriff „Zillmerung“ bezeichnete Vorgehensweise ist durch aufsichtsrechtliche Regelung (§ 4 Abs. 1 Satz 2 der Deckungsrückstellungsverordnung) auf vier Prozent der Summe aller Prämien beschränkt, wobei die erst während der sehr langen Vertragslaufzeit fälligen Prämien nicht abgezinst werden. Soweit die Abschlusskosten den Höchstzillmersatz übersteigen oder soweit nicht oder nur in geringem Umfang gezillmert wird, werden die nicht gedeckten Abschlusskosten als Amortisationsbeiträge in die laufenden Prämien einkalkuliert. Im Fall der Kündigung werden dann die wegen der fehlenden Amortisationsbeiträge der nicht mehr eingehenden Prämien noch nicht getilgten Kosten als Stornoabzug geltend gemacht.

Dieser Stornoabzug beruht zwar auf einer vom Standpunkt der Versicherer folgerichtigen Überlegung, vernachlässigt aber das zwingende gesetzliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers. Dieser muss zwar – eine transparente Vertragsgestaltung vorausgesetzt – grundsätzlich hinnehmen, dass der Versicherer zur Deckung seiner Abschlusskosten durch die auf vier Prozent der Summe aller Prämien begrenzte Zillmerung zulässigerweise eine Art Abschlussgebühr erhebt, die bei einer Kündigung nicht erstattet wird. Wenn der Versicherer Abschlusskosten als Amortisationsbeiträge auf alle Prämien umlegt, hat er aber im Fall der Kündigung Anspruch nur auf diejenigen Prämien und auf die darin enthaltenen Amortisationsbeiträge, die bis zur Wirksamkeit der Kündigung fällig geworden sind. Der kündigende Versicherungsnehmer enttäuscht zwar die Erwartung des Versicherers, der trotz seiner bekannten unternehmensindividuellen Stornoquote mit der Kündigung gerade durch diesen Versicherungsnehmer nicht rechnet; dieser verhält sich aber nicht vertragswidrig, sondern nimmt nur sein gesetzlich gesichertes Kündigungsrecht wahr. Deshalb ist die Belastung mit den Abschluss- und Vertriebskosten, die in den zukünftigen, nicht mehr geschuldeten Prämien enthalten sind, eine Art unzulässige Vertragsstrafe für vertragsgemäßes Verhalten.

Der Versicherer trägt die Beweislast dafür, dass der von ihm geltend gemachte Abzug den Voraussetzungen des Absatzes 5 entspricht.

Zu Absatz 6

Die neuen Regelungen in den Absätzen 3 bis 5, insbesondere die Umstellung der Rückkaufwertberechnung auf das Deckungskapital, die Begrenzung der Stornoabzüge und die Sonderregelung für das Frühstorno sind vertragsrechtliche Rahmenbedingungen, die in Zukunft in die Kalkulation der Versicherer eingehen müssen. Die Versicherungsnehmer werden dadurch nicht ungerechtfertigt belastet, denn jeder einzelne von ihnen nimmt an dem Vorteil der Neuregelung teil, wenn er sich zur Kündigung veranlasst sieht.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Neuregelung in Zukunft bei einem Versicherer wirtschaftliche

Schwierigkeiten verursachen kann. So könnte ein Versicherer von einer Welle von Kündigungen weit über die nach seiner bisherigen Erfahrung zu erwartende Quote hinaus überrascht werden. Dann würde ihn die Belastung durch die Regelung zu Gunsten der kündigenden Versicherungsnehmer in besonderer Weise treffen. Er könnte gezwungen sein, Vermögenswerte zur Unzeit, d. h. in einer ungünstigen Marktlage unter Verlusten zu veräußern. In einem anderen Fall könnte die Neuregelung die wirtschaftlichen Schwierigkeiten eines Versicherers über eine kritische Grenze hinaus vergrößern, wenn seine Vermögenswerte bei marktgerechter Bewertung die Verbindlichkeiten nicht mehr decken. In diesem Fall würde die Auszahlung des Deckungskapitals, das wirtschaftlich schon nicht mehr voll vorhanden ist, die kündigenden Versicherungsnehmer im Verhältnis zu den bleibenden begünstigen; letztere haben nur die Chance einer späteren Erholung der Vermögenswerte, behalten aber das Risiko einer Minderung ihrer Versicherungsansprüche bei tatsächlicher oder drohender Insolvenz.

Diesem Problem soll in Absatz 6 dadurch Rechnung getragen werden, dass dem Versicherer unter bestimmten, eng begrenzten Voraussetzungen die Befugnis eingeräumt wird, in Ausnahmefällen den nach Absatz 3 berechneten Rückkaufswert zu kürzen. Eine Leistungskürzung hat zur Voraussetzung, dass ohne eine solche Kürzung die Belange der Versicherungsnehmer gefährdet wären; im Wesentlichen geht es um den Fall, dass die dauernde Erfüllbarkeit der vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern gefährdet wäre. Die Belange der Versicherungsnehmer sind im Sinn des VAG, das auf die Belange der Versicherten abstellt, zu beurteilen (vgl. Begründung zu § 164 Abs. 1 Satz 2 VVG-E). Eine Herabsetzung des Rückkaufswertes kann immer nur befristet auf ein Jahr ausgesprochen werden; ob weiterhin die Notwendigkeit der Herabsetzung gegeben ist, muss jeweils neu überprüft werden.

Diese Lösung ist dem von der VVG-Kommission vorgeschlagenen Weg einer aufsichtsrechtlichen Sonderregelung vorzuziehen. Eine solche Regelung im VAG wäre mit der Funktion der Aufsichtsbehörde und deren Neutralität schwer zu vereinbaren. Zudem erscheint die Befürchtung, dass ein einseitiges Leistungskürzungsrecht des Versicherers zu Ungunsten der Versicherungsnehmer missbraucht werden könnte, nicht begründet. Das öffentliche Eingeständnis eines Versicherers, nur durch Herabsetzung der Rückkaufswerte seine vertraglichen Verpflichtungen erfüllen zu können, würde dessen wirtschaftliche Situation erheblich verschlechtern; der Versicherer wird sich daher nur bei drohender Insolvenzgefahr zu einem solchen Schritt entscheiden.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift stellt lediglich klar, dass bereits erworbene Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer vereinbarten Überschussbeteiligung durch die Kündigung nicht in Frage gestellt werden. Das gilt zunächst für die während der Vertragszeit bereits zugeteilten laufenden Überschussanteile, die nach dem Vertrag angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt werden sollen. Wenn die zugeteilten Überschussanteile zur Erhöhung der Versicherungssumme verwendet worden sind, erfolgt ihre Berücksichtigung allerdings schon bei dem nach Absatz 3 auszahlenden Deckungskapital. Hinsichtlich des Schlussüberschussanteils beschränkt sich der Auszahlungsanspruch

des Versicherungsnehmers auf den Betrag, den der Versicherer für den Kündigungsfall unter Berücksichtigung der Bewertungsreserven nach § 153 Abs. 3 VVG-E zuletzt deklariert hat.

Zu § 170 (Eintrittsrecht)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 177 VVG.

Zu § 171 (Abweichende Vereinbarungen)

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie mit einer Ausnahme im bisherigen Umfang (vgl. § 178 VVG) halbzwingend. Künftig sind auch die Vorschriften der §§ 163 und 164 VVG-E über die Prämien- und Leistungsänderung und die Bedingungsanpassung halbzwingend, um den notwendigen Schutz der Versicherungsnehmer sicherzustellen. In Satz 2 wird neu die Möglichkeit aufgenommen, anstelle der Schriftform die Textform zu vereinbaren. Im Hinblick auf die §§ 157 und 161 VVG-E wird klargestellt, dass auch abweichende Vereinbarungen zum Nachteil der versicherten Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist, ausgeschlossen sind.

Zu Kapitel 6 (Berufsunfähigkeitsversicherung)

Vorbemerkung

Die Regelung der Berufsunfähigkeitsversicherung wird neu in das Gesetz aufgenommen. Zu den allgemeinen Erwägungen siehe Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 9.

Zu § 172 (Leistung des Versicherers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift umschreibt die für die Berufsunfähigkeitsversicherung typische Leistungspflicht des Versicherers. Art und Dauer der Leistungen bestimmen sich nach dem Vertrag; enthält dieser keinen Endtermin, sind die Leistungen für die Dauer der Berufsunfähigkeit zu erbringen. Die Leistungspflicht kann vertraglich auf die Fälle beschränkt werden, in denen die Berufsunfähigkeit einen bestimmten Prozentsatz erreicht oder überschreitet.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine Definition der Berufsunfähigkeit. Ausgangspunkt ist dabei nicht der erlernte Beruf oder die Tätigkeit zur Zeit des Vertragsschlusses, sondern es wird die berufliche Entwicklung des Versicherungsnehmers nach dem Vertragsschluss einbezogen. Zum einen kann heute auf Grund der veränderten Lebenswirklichkeit nicht davon ausgegangen werden, dass jemand bis zum Rentenalter in dem einmal erlernten Beruf weiterarbeitet. Zum anderen muss auch bei Tätigkeiten, die keinem bestimmten Lehrberuf entsprechen, eine Einkommenssicherung durch eine Berufsunfähigkeitsversicherung möglich sein. Die allgemeinen Kriterien, die für die Beurteilung der jeweiligen Berufstätigkeit gelten, können gesetzlich nicht präzisiert werden, sondern müssen auch künftig den AVB und der Rechtsprechung hierzu überlassen werden; dies ist z. B. für den Beruf des selbständigen Unternehmers oder Handwerkers relevant, bei dem nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine zumutbare Umorganisation des Betriebs für die Beurteilung seiner Berufsunfähigkeit zu berücksichtigen ist.

Nur die Beeinträchtigung durch Krankheit, Unfall oder Kräfteverfall wird als Leistungsvoraussetzung berücksichtigt. Das normale altersbedingte Nachlassen der Kräfte des Versicherungsnehmers und die sich daraus ergebenden Folgen für seine Berufsausübung sind nicht versichert, es sei denn, im Versicherungsvertrag ist eine andere Regelung getroffen worden.

Entsprechend der bisherigen Vertragspraxis und Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass der Beruf voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausgeübt werden kann. Ob der Versicherungsnehmer auf Dauer berufsunfähig ist, kann im Streitfall nur auf der Grundlage einer Prognose, die immer mit Unsicherheiten verbunden ist, festgestellt werden. Deshalb erleichtert § 2 Abs. 3 AVB BUZ 90 die Stellung des Versicherungsnehmers dadurch, dass die Berufsunfähigkeit, wenn sie sechs Monate bestanden hat, als auf Dauer bestehend gilt. Der Entwurf übernimmt diese Fiktion nicht als zwingende gesetzliche Regelung, da sie in der Regulierungspraxis bei positiver Wiederherstellungsprognose auch Nachteile für das zeitlich begrenzte Anerkenntnis haben kann. Auch auf eine entsprechende Vermutungsregelung wird verzichtet, da sie für den Versicherungsnehmer keinen wesentlichen Vorteil hätte. Der Zeitpunkt, ab dem der Versicherer seine Leistungen – rückwirkend ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, nach Anzeige der Berufsunfähigkeit oder erst nach einer bestimmten Mindestdauer der Beeinträchtigung – zu erbringen hat, ist durch den Versicherungsvertrag zu regeln.

Zu Absatz 3

Die Leistungspflicht des Versicherers wird in der Praxis häufig an die in Absatz 3 umschriebene weitere Voraussetzung geknüpft. Damit ist keine abschließende Regelung der Frage verbunden, ob die versicherte Person, in der Regel also der Versicherungsnehmer, auf eine andere mögliche oder ausgeübte Tätigkeit verwiesen werden darf. Die in den Versicherungsverträgen vorgesehenen Verweisungen führen in der Praxis zwar häufig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen und die Versicherer verwenden unterschiedliche AVB, die teils eine abstrakte oder konkrete Verweisungsmöglichkeit vorsehen und teils auf diese Möglichkeit ganz verzichten. Die Rechtsprechung hat aber zur Lösung von Problemfällen handhabbare und sachgerechte Grundsätze entwickelt. Zudem ist eine Beibehaltung der Produktvielfalt wünschenswert, um dem unterschiedlichen Bedarf der Versicherungsnehmer gerecht zu werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Versicherungen mit Verweisungsmöglichkeiten zu niedrigeren Prämien angeboten werden können als solche ohne diese Möglichkeit. Die Vereinbarung einer Umschulungs- oder Rehabilitationsobliegenheit muss auch weiterhin bestimmt genug und für den Versicherungsnehmer zumutbar sein. Hierbei handelt es sich jedoch um Fragen des allgemeinen Obliegenheitsrechts. Einer besonderen Regelung für die Berufsunfähigkeitsversicherung bedarf es nicht.

Zu § 173 (Anerkenntnis)

Zu Absatz 1

Eine relativ große Zahl von Streitfällen in der Berufsunfähigkeitsversicherung hat ihre Ursache u. a. darin, dass bei dauernder Berufsunfähigkeit hohe Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Diese haben jedoch für den Versiche-

rungsnehmer Lohnersatzfunktion und sollen alsbald nach Eintreten des Versicherungsfalles meist für den Lebensunterhalt oder zur Bezahlung einer Ersatzkraft zur Verfügung stehen. Daraus folgt ein schützenswertes Interesse, dass sich der Versicherer möglichst bald und für längere Zeit bindend erklärt, damit der Versicherungsnehmer diese wiederkehrenden Leistungen in seine Zukunftsplanung einbeziehen kann. Daher sieht der Entwurf in Absatz 1 die Verpflichtung des Versicherers vor, zu erklären, ob er seine Leistungspflicht anerkennt. Hinsichtlich des Zeitpunktes, in dem sich der Versicherer erklären muss, bedarf es keiner besonderen Regelung, da insoweit die Fälligkeitsvorschrift des § 14 VVG-E ausreicht.

Der Versicherer kann nach Absatz 1 ein Anerkenntnis verweigern, wenn er der Auffassung ist, die Berufsunfähigkeit sei nicht erwiesen oder die versicherte Person könne im Fall des § 172 Abs. 3 VVG-E auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden. Dagegen kann der Versicherer ein Anerkenntnis nicht mit dem Vorbehalt der Verweisung auf eine andere mögliche Tätigkeit erklären. Für ein solches auf einzelne Elemente der Berufsunfähigkeit beschränktes Anerkenntnis besteht wegen der Möglichkeit der Befristung kein schutzwürdiges Interesse der Vertragsparteien.

Der Versicherer darf sein Anerkenntnis zeitlich begrenzen. Die Praxis hat gezeigt, dass aus der Sicht beider Vertragsparteien ein Bedürfnis besteht, in zweifelhaften Fällen bis zu einer abschließenden Klärung zunächst eine vorläufige Entscheidung zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, dass sich der Versicherer die Prüfung vorbehalten möchte, ob sich der Versicherungsnehmer auf eine andere Tätigkeit verweisen lassen muss. Die Laufzeit der zeitlich beschränkten Zusage braucht nicht geregelt zu werden, da der Versicherer für die zugesagte Dauer gebunden ist (Absatz 2 Satz 2). Es liegt daher in seinem eigenen Interesse, die Gültigkeit der Zusage nicht unangemessen lange auszuweiten.

Zu Absatz 2

Um zu verhindern, dass der Versicherer sich einem dauernden Anerkenntnis durch mehrere aufeinander folgende, zeitlich begrenzte Leistungszusagen entzieht, kann das Anerkenntnis nur einmal zeitlich begrenzt werden (Satz 1). Von dieser Regelung darf im Versicherungsvertrag nicht abgewichen werden, auch nicht durch Einzelabrede (vgl. § 175 VVG-E). Dies schließt nicht aus, dass die Vertragsparteien nach dem Versicherungsfall zur vorläufigen Beilegung eines Streites über die vom Versicherungsnehmer geltend gemachte Berufsunfähigkeit eine Vereinbarung über zunächst wiederum zeitlich begrenzte Leistungen des Versicherers treffen. Würde eine solche Abrede nicht zugelassen, müsste der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gerichtlich geltend machen; diesen Weg kann er auch gehen, indem er seine Zustimmung zu einer erneuten zeitlich begrenzten Leistungsvereinbarung verweigert und auf einer unbefristeten Erklärung des Versicherers besteht.

Ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis ist nach Satz 2 für seine Dauer bindend. Damit ist insoweit das in § 174 VVG-E vorgesehene Nachprüfungsverfahren ausgeschlossen. Der Versicherer hat die Alternative, sich endgültig zu seiner Leistungspflicht zu erklären; bei einem unbefristeten Anerkenntnis hat er das Nachprüfungsverfahren zur Ver-

fügung, um sich nachträglich von seiner Leistungspflicht zu befreien.

Zu § 174 (Leistungsfreiheit)

Zu Absatz 1

Zum Schutz des Versicherungsnehmers ist es erforderlich, dass sich der Versicherer von einer Leistungszusage nur unter bestimmten Voraussetzungen lösen kann. Dies entspricht auch der derzeitigen Rechtslage auf der Grundlage des § 7 AVB BUZ 90: Voraussetzung ist eine Änderung der tatsächlichen, für die Beurteilung der Leistungspflicht maßgebenden Umstände. Eine nur von der ersten Entscheidung abweichende Beurteilung und Bewertung der Tatsachen genügt nicht. Bei einem nach § 173 Abs. 2 VVG-E begrenzten Anerkenntnis verbleibt es für die Zeit der Bindung bei der vom Versicherer zugesagten Leistung. Um den Versicherungsnehmer in die Lage zu versetzen, die Entscheidung des Versicherers zur Änderung seiner Leistung nachzuprüfen, muss ihm dieser die Veränderung der Tatsachen unter Beifügung eventueller Unterlagen darlegen.

Die Regelung des § 174 VVG-E schließt die Anwendung von § 19 ff. VVG-E bei Verletzung der Anzeigepflicht sowie eine Anfechtung nach den §§ 119 und 123 BGB sowohl des Anerkenntnisses als auch des Versicherungsvertrags nicht aus. Diese Rechte des Versicherers sind vor allem für die Fälle bedeutsam, in denen sein Anerkenntnis tatsächlich unbegründet war, weil die Voraussetzungen für seine Leistungspflicht zu keinem Zeitpunkt vorgelegen haben.

Zu Absatz 2

Unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes ist eine kurzfristige Fortwirkung der Leistungszusage über den Zeitpunkt der Abänderungserklärung hinaus erforderlich, damit sich der Versicherungsnehmer auf den Wegfall der bisher erhaltenen Leistungen, die in aller Regel als Rente gezahlt werden, für seinen Lebensunterhalt einstellen kann. Daher tritt die Leistungsfreiheit nicht vor Ablauf des dritten Monats nach der Erklärung des Versicherers ein; dies gilt, wie aus Sinn und Zweck der Regelung folgt, nicht, wenn der Versicherungsnehmer zuvor stirbt.

Zu § 175 (Abweichende Vereinbarungen)

Auch nach der Regelung des § 172 VVG-E werden die Voraussetzungen und der Umfang der Versicherungsleistungen wie bisher durch den Vertrag und die AVB bestimmt. Daran muss festgehalten werden, um die Gestaltung der Versicherungsprodukte nicht festzulegen. So kann z. B. vereinbart werden, dass die Leistungspflicht des Versicherers nur eintritt, wenn die Berufsunfähigkeit einen bestimmten Prozentsatz übersteigt. Daher ist § 172 VVG-E nicht halbzwingend. Dagegen sollen von den Vorschriften der §§ 173 und 174 VVG-E, die eine Schutzfunktion für den Versicherungsnehmer haben, Abweichungen zu dessen Nachteil nicht zugelassen werden.

Die Regelung schließt nicht aus, dass die Vertragsparteien nach einem Versicherungsfall, also nach der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Vereinbarungen darüber treffen, welche Leistungen der Versicherer zu erbringen hat. Deshalb bleibt es z. B. möglich, dass die Vertragsparteien im Streitfall einen Vergleich über die Höhe und über die Dauer der Leis-

tungen schließen; dabei sind sie nicht an § 173 Abs. 2 Satz 1 VVG-E gebunden.

Zu § 176 (Anzuwendende Vorschriften)

Da die Berufsunfähigkeitsversicherung bisher nicht gesondert geregelt ist, werden derzeit die Vorschriften für die Lebensversicherung entsprechend angewendet. Dies soll nicht schon deswegen geändert werden, weil das neue Gesetz Regelungen für einige wichtige Einzelfragen dieses Versicherungszweigs enthält. Ergänzend bleiben daher die Vorschriften für die Lebensversicherung insgesamt entsprechend anwendbar. Das gilt allerdings – wie bisher – nicht, soweit die Besonderheiten der Berufsunfähigkeitsversicherung dem entgegenstehen. Ein Beispiel für die Anwendbarkeit ist danach die Neufestsetzung der Prämie nach § 163 VVG-E und die Bedingungsanpassung nach § 164 VVG-E. Ein Beispiel für die Unanwendbarkeit ist die Regelung des Rückkaufswertes nach § 169 VVG-E, da bei der Berufsunfähigkeitsversicherung der Eintritt des Versicherungsfalles ungewiss ist; etwas anderes gilt nur bei einer Versicherung mit Beitragsrückgewähr.

Ein Teil der entsprechend anzuwendenden Vorschriften ist für die Lebensversicherung nach § 171 VVG-E halbzwingend. Dies wird nicht auf die Berufsunfähigkeitsversicherung übertragen. Einerseits soll die Produktgestaltungsfreiheit der Versicherer nicht entsprechend eingeschränkt werden, da sich die Berufsunfähigkeitsversicherung noch stärker in der Entwicklung befindet. Andererseits bestehen rechtssystematische Bedenken dagegen, Vorschriften, deren Anwendbarkeit nur entsprechend und nur vorbehaltlich von nicht näher bestimmten Besonderheiten der Berufsunfähigkeitsversicherung angeordnet wird, für halbzwingend zu erklären. Der notwendige Schutz der Versicherungsnehmer vor unangemessenen Abweichungen in den AVB von nicht abdingbaren Vorschriften für die Lebensversicherung, deren Leitbild auf die Berufsunfähigkeitsversicherung übertragen werden kann, dürfte durch § 307 BGB sichergestellt sein.

Zu § 177 (Ähnliche Versicherungsverträge)

Zu Absatz 1

Die Vorschriften der §§ 173 bis 176 VVG-E sollen entsprechend auch für Versicherungsverträge gelten, durch die eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abgesichert wird. Diese bisher kaum angebotene Versicherungsform ist eine Art „kleine Berufsunfähigkeitsversicherung“, die erst einsetzt, wenn der Versicherungsnehmer erwerbsunfähig wird. Wegen niedrigerer Prämien kann die Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Zukunft größere Bedeutung erlangen. Bei ihr besteht hinsichtlich der für die Berufsunfähigkeitsversicherung geregelten Punkte dieselbe Interessenlage, wenn die Arbeitsunfähigkeit gesundheitlich bedingt ist (vgl. § 172 Abs. 2 VVG-E).

Durch die ausdrückliche Regelung für den Fall der dauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird eine analoge Anwendung einzelner Vorschriften auf die Einkommensausfallversicherung und andere Versicherungen nicht ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Auf die Unfallversicherung und auf die Krankenversicherung sind die Vorschriften der §§ 173 bis 175 VVG-E auch

dann nicht anzuwenden, wenn sie Risiken der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit absichern. Insoweit gelten die besonderen Bestimmungen der §§ 178 ff. und 192 ff. VVG-E.

Zu § 178 (Leistung des Versicherers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt unter Einbeziehung des § 179 Abs. 1 Satz 1 VVG-E die wesentliche Verpflichtung des Versicherers nach Abschluss einer Unfallversicherung. Sie berücksichtigt ferner, dass über den eigentlichen Unfallbegriff hinaus, den Absatz 2 definiert, auch andere Ereignisse durch Vereinbarung einem Unfall gleichgestellt werden können, wie dies in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) häufig für die „erhöhte Kraftanstrengung“ geschieht.

Zu Absatz 2

Satz 1 definiert den Begriff des Unfalles im engeren Sinn. Der Rahmencharakter der Vorschrift schließt nicht aus, Risikoausschlussklauseln in den AVB oder dem jeweiligen Individualvertrag vorzusehen. Insoweit enthält die Regelung keine Änderung des bisher geltenden Rechts. Das Merkmal der plötzlichen Einwirkung verdeutlicht in Übereinstimmung mit der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung, dass das den Versicherungsschutz auslösende Ereignis für die versicherte Person unerwartet, überraschend und deshalb unentrinnbar eingetreten sein muss. Damit wird dem zeitlichen Element des Geschehens keine vorrangige oder ausschlaggebende Bedeutung beigemessen. Darüber hinaus muss es sich um eine unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung handeln. Das bedeutet, dass die versicherte Person gegen oder ohne ihren Willen zwar nicht notwendigerweise von dem von außen wirkenden Ereignis, wohl aber von der dadurch verursachten physischen oder psychischen Einbuße getroffen worden sein muss. Satz 2 übernimmt inhaltlich unverändert die bisher in § 180a Abs. 1 VVG enthaltene Vermutungsregel.

Zu § 179 (Versicherte Person)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 179 Abs. 1 und 2 Satz 1 VVG.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 179 Abs. 3 VVG und ergänzt damit für den Bereich der Unfallversicherung die allgemeinen Vorschriften der Versicherung für fremde Rechnung (§ 43 ff. VVG-E). Die bisher in § 179 Abs. 2 Satz 2 VVG enthaltene Bestimmung über die entsprechende Anwendung der Vorschriften über die Fremdversicherung entfällt, weil diese Vorschriften künftig auf alle Versicherungszweige unmittelbar anzuwenden sind.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 179 Abs. 4 VVG. Die Erwägungen zu der Parallelvorschrift des § 156 VVG-E bei der Lebensversicherung im Verhältnis zu § 47 Abs. 1 VVG-E gelten auch hier.

Zu § 180 (Invalidität)

Die abdingbare Vorschrift wird neu eingefügt. Sie enthält eine Auslegungsregel, die eingreift, wenn für den Fall der Invalidität Leistungen versprochen werden und der Versicherungsvertrag keine näheren Regelungen enthält. Unfallversicherungsverträge, die Leistungen an einen bestimmten Grad der Behinderung anknüpfen, werden von der Regelung daher nicht betroffen. In – teilweise älteren – Verträgen enthaltene abweichende Definitionen der Invalidität, die beispielsweise auf eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abstellen, werden von der Vorschrift gleichfalls nicht erfasst; eine Veränderung der Leistungsvoraussetzungen mit Wirkung für bestehende Verträge sieht der Gesetzentwurf nicht vor.

Satz 2 greift die in der Rechtsprechung einheitlich vertretene Auslegung des Begriffes der Dauerhaftigkeit einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person auf. Die durch den Unfall verursachte gesundheitliche Einbuße muss voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen und zusätzlich darf eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden.

Zu § 181 (Gefahrerhöhung)

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie lehnt sich an die für die Lebensversicherung geltende Regelung des § 164 VVG (jetzt § 158 VVG-E) an und ändert die allgemeinen Bestimmungen der §§ 23 bis 25 und 27 VVG-E teilweise ab.

Zu Absatz 1

Nach dieser Vorschrift können – abgesehen von den Fällen der Arglist (Absatz 2 Satz 2) – Rechtsfolgen aus einer Gefahrerhöhung nur abgeleitet werden, wenn die Änderung bestimmter Gefahrumstände ausdrücklich und in Textform als Gefahrerhöhung vereinbart worden ist. Für den praktisch wichtigsten Fall des Berufswechsels bedeutet dies, dass der Versicherer dem Versicherungsnehmer sein geltendes Berufsgruppenverzeichnis übermittelt, das dann die Grundlage für die Vereinbarung in Textform bildet. Von der Vorschrift kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden (vgl. § 191 VVG-E).

Zu Absatz 2

Satz 1 lehnt sich an bisher üblicherweise verwendete AUB an, die für den Fall des Berufswechsels – als dem in der Unfallversicherung wichtigsten Anwendungsfall der Gefahrerhöhung – die tarifliche Herabsetzung der Versicherungssummen vorsehen, und regelt als Rechtsfolge einer objektiv vorliegenden Gefahrerhöhung die tarifliche Reduktion der Versicherungsleistungen bei unveränderter Prämie. Das in den AUB vorgesehene Wahlrecht des Versicherungsnehmers, stattdessen die Versicherung mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag fortzuführen, ist für ihn nicht nachteilig und daher auch im Hinblick auf § 191 VVG-E wirksam. Die Vorschrift setzt nicht voraus, dass der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung schuldhaft nicht angezeigt hat. Wechselt der Versicherungsnehmer in einen bei diesem Versicherer nicht versicherbaren Beruf, der als Gefahrerhöhung nach Absatz 1 anzusehen ist, ist Absatz 2 Satz 1 nicht anwendbar; der Versicherungsschutz entfällt insoweit.

Nach Satz 2 bleiben dem Versicherer nur im Fall einer arglistig nicht angezeigten Gefahrerhöhung alle weitergehenden Rechte (vgl. § 24 VVG-E) erhalten.

Für den umgekehrten Fall einer verminderten Gefahr besteht bei der Unfallversicherung – anders als bei der Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung – im Hinblick auf § 41 VVG-E kein zusätzlicher Regelungsbedarf. Die AUB sehen für den Fall eines die Gefahr mindernden Berufswechsels das Recht des Versicherungsnehmers vor, bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen oder die bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag zu wählen; diese Vertragsgestaltungsfreiheit ist für ihn nicht nachteilig und soll erhalten bleiben.

Zu § 182 (Mitwirkende Ursachen)

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie übernimmt eine üblicherweise in den AUB enthaltene Regelung und bezweckt, die schon bisher geltende Beweislast festzuschreiben. Unfallversicherungen versprechen Leistungen für die durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen. Grundsätzlich ist es daher zwar Sache des Versicherungsnehmers, darzulegen und zu beweisen, dass die konkrete Gesundheitsschädigung oder ihre Folge durch das versicherte Unfallereignis eingetreten ist. Häufig wirken aber vor dem Unfallereignis bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mit. Angesichts der Schwierigkeiten für einen Versicherungsnehmer, das Bestehen und den Umfang dieser Mitwirkung darzulegen und zu beweisen, und um einer damit verbundenen denkbaren Entwertung des Versicherungsschutzes vorzubeugen, ist es sachgerecht, die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen und ihr Ausmaß entsprechend der bisherigen Bedingungspraxis vom Versicherer darlegen und beweisen zu lassen. Die Vorschrift ist auf andere Tatbestände, die zu einer Verminderung der Versicherungsleistung führen, nicht entsprechend anzuwenden.

Zu § 183 (Herbeiführung des Versicherungsfalles)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 181 VVG. Es handelt sich um eine Sonderregelung zu § 81 VVG-E, der auf die Unfallversicherung auch als Schadensversicherung nicht anzuwenden ist.

Zu § 184 (Abwendung und Minderung des Schadens)

Die neu eingefügte Vorschrift ersetzt den bisherigen § 183 VVG. Die allgemeinen Vorschriften über die Rettungsobliegenheit erscheinen für die Unfallversicherung nicht angemessen. Soweit die Unfallversicherung nicht Schadenssondern Summenversicherung ist, sind die nur für die Schadensversicherung geltenden §§ 82 und 83 VVG-E ohnehin nicht anwendbar. Soweit die Unfallversicherung als Schadensversicherung ausgestaltet ist, schließt § 184 VVG-E die Anwendbarkeit der §§ 82 und 83 VVG-E aus. Der Ausschluss dieser Vorschriften hindert den Versicherer allerdings nicht, Obliegenheiten zur Verminderung der Folgen eines Unfalles – im Rahmen der Zumutbarkeit – vertraglich zu vereinbaren.

Zu § 185 (Bezugsberechtigung)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 180 VVG.

Zu § 186 (Hinweispflicht des Versicherers)

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Die weitaus größte Zahl der auf dem Markt verwendeten AUB knüpft die Leistungspflicht des Versicherers an bestimmte zeitliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen. So hängt die Invaliditätsleistung nach Nummer 2.1.1.1 AUB 1999 davon ab, dass die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von dem Versicherungsnehmer bei dem Versicherer geltend gemacht worden ist. Die Rechtsprechung betrachtet die rechtzeitige ärztliche Feststellung der Invalidität als Anspruchsvoraussetzung und die Frist für die Geltendmachung der Invalidität als Ausschlussfrist. In der Rechtspraxis führt die Nichtbeachtung dieser Fristen häufig zu Streit. Versicherungsnehmer übersehen immer wieder die sich aus den AVB ergebende Notwendigkeit der ärztlichen Feststellung und der Geltendmachung des Anspruchs innerhalb eines begrenzten Zeitraums. Die Rechtsprechung versagt dem Versicherer fallgruppenabhängig die Berufung auf das Verstreichen der Fristen nach Treu und Glauben. In der Rechtslehre führt das gelegentlich zu Bedenken gegen die Transparenz einschlägiger Klauseln.

Grundsätzlich begegnet das Anliegen der Versicherer, zu Leistungen vor allem wegen Invalidität nur dann verpflichtet zu sein, wenn eine entsprechende medizinische Dokumentation vorliegt, keinen Bedenken. Versicherungsnehmer erwarten solche zeitlichen Voraussetzungen eines Anspruchs indessen nicht von vornherein. Auch ziehen sich ärztliche Untersuchungen und Behandlungen nach einem Unfallereignis häufig längere Zeit hin, ohne dass der versicherten Person die ärztliche Prognose zu einem bestimmten Zeitpunkt erkennbar sein muss. Um diesen vermeidbaren Problemen zu begegnen, soll den Versicherer bei Anzeige eines Versicherungsfalles eine Informationsobliegenheit treffen, den Versicherungsnehmer auf solche speziellen Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen hinzuweisen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen der Versicherer außerhalb der Invalidität solche Voraussetzungen für seine Leistungspflicht in den AVB vorsieht.

Satz 2 bestimmt als Sanktion, dass sich der Versicherer im Fall einer Verletzung seiner Informationsobliegenheit auf eine verspätete Darlegung der Anspruchs- oder Fälligkeitsvoraussetzungen nicht berufen kann. Ist eine ärztliche Feststellung der Invalidität zu keinem Zeitpunkt erfolgt und hat der Versicherer die von ihm versprochene Leistung von ihr abhängig gemacht, führt die Vorschrift nicht zu einer Veränderung der gegenwärtigen Rechtslage.

Zu § 187 (Anerkenntnis)

Zu Absatz 1

Die neue Vorschrift greift eine in den AUB überwiegend enthaltene Regelung auf. Der Versicherer hat sich innerhalb der Einmonatsfrist darüber zu erklären, ob und in welcher Höhe er den Anspruch des Versicherungsnehmers anerkennt. Die Erklärungslast des Versicherers setzt voraus, dass die allgemeinen Voraussetzungen für die Fälligkeit der Versicherungsleistung erfüllt sind (vgl. § 14 VVG-E). Soweit nach einem Versicherungsfall umfangreichere Erhebungen des Versicherers erforderlich sind, verkürzt die Vorschrift

die dem Versicherer gewährte Frist – der allgemeinen Regelung entsprechend – nicht.

Zu Absatz 2

Satz 1 übernimmt gleichfalls eine in der Bedingungspraxis überwiegend verwendete Regelung. Satz 2 führt eine Vorschusspflicht des Versicherers für den Fall ein, dass seine Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach feststeht. Die Höhe des Vorschusses bemisst sich nach demjenigen Betrag, den der Versicherer nach der zu diesem Zeitpunkt erkennbaren Sach- und Rechtslage mit Sicherheit zu leisten hat.

Zu § 188 (Neubemessung der Invalidität)

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie berücksichtigt, dass in der Unfallversicherung einerseits ein Interesse des Versicherungsnehmers daran besteht, alsbald eine Invaliditätsleistung zu erhalten, andererseits die Einschätzung des Grades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einer versicherten Person jedenfalls innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach einem Unfallereignis schwanken kann.

Zu Absatz 1

Satz 1 sieht – insoweit den seit langem verwendeten AUB folgend – vor, dass Versicherer und Versicherungsnehmer den Grad der Invalidität innerhalb einer Frist von drei Jahren nach dem Unfall neu bemessen lassen können. Satz 2 räumt in der Unfallversicherung von Kindern die Möglichkeit ein, diese Frist vertraglich zu verlängern. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die körperliche Entwicklung von Kindern in Abhängigkeit von ihrem Alter zum Zeitpunkt des Unfalles erst nach längerer Zeit als abgeschlossen gelten kann.

Zu Absatz 2

Satz 1 bestimmt zum Schutz des Versicherungsnehmers, dass der Versicherer ihn über die ihm in der Regel unbekanntes Befugnis zur Neubemessung des Invaliditätsgrades unterrichtet. Satz 2 regelt die Rechtsfolge für den Fall, dass der Versicherer die vorgeschriebene Unterrichtung unterlässt.

Zu § 189 (Sachverständigenverfahren, Schadensermittlungskosten)

Die §§ 184 und 185 Abs. 1 VVG enthalten bisher für die Unfallversicherung Vorschriften über das Sachverständigenverfahren und die Erstattung von Ermittlungskosten. Künftig werden diese Fragen in den §§ 84 und 85 VVG-E entsprechend den §§ 64 und 66 VVG allgemein für die Schadensversicherung geregelt. Diese Vorschriften gelten somit für die Unfallversicherung als Schadensversicherung unmittelbar; der geringfügig vom bisherigen § 184 Abs. 1 Satz 1 VVG abweichende Wortlaut des § 84 Abs. 1 Satz 1 VVG-E stimmt in der Sache mit dem geltenden Recht überein. Die Einschränkung der Kostenerstattung bei Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes nach § 85 Abs. 2 VVG-E soll entsprechend dem geltenden Recht für die Unfallversicherung nicht gelten. Soweit die Unfallversicherung als Summenversicherung ausgestaltet ist, folgt aus § 189 VVG-E die entsprechende Anwendbarkeit der §§ 84 und 85 Abs. 1 und 3 VVG-E.

Abweichende Vereinbarungen sind im bisherigen Umfang zulässig (vgl. §§ 191, 87 VVG-E).

Zu § 190 (Pflichtversicherung)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert die bisherige Regelung des § 185 Abs. 2 in Verbindung mit § 158b Abs. 2 VVG. Entsprechend der Parallelregelung des § 113 Abs. 2 VVG-E für die Haftpflichtversicherung wird ausdrücklich klargestellt, dass sich die Versicherungspflicht nicht nur aus einem Gesetz im formellen Sinn, sondern auch aus sonstigen Rechtsvorschriften ergeben kann. Die Vorschrift ist, wie § 113 Abs. 2 VVG-E, zwingend; einer ausdrücklichen Klarstellung bedarf es auch hier nicht.

Zu § 191 (Abweichende Vereinbarungen)

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie übernimmt inhaltlich den bisherigen § 180a Abs. 2 VVG und erweitert zum auch insoweit notwendigen Schutz des Versicherungsnehmers die halbzwingenden Vorschriften um die §§ 181 und 186 bis 188 VVG-E. Im Hinblick auf § 178 Abs. 2 VVG-E wird ausdrücklich klargestellt, dass auch abweichende Vereinbarungen zum Nachteil der versicherten Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist, ausgeschlossen sind.

Zu § 192 (Vertragstypische Leistungen des Versicherers)

§ 192 VVG-E umschreibt in den Absätzen 1 und 4 bis 6 die verschiedenen Formen der privaten Krankenversicherung einschließlich der Pflegekrankenversicherung. Die Vorschriften des Kapitels 8 beziehen sich auf die Krankenversicherung insgesamt, es sei denn, der Anwendungsbereich einer Vorschrift ist, wie z. B. in den §§ 196, 199, 206 VVG-E, ausdrücklich auf bestimmte Formen der Krankenversicherung beschränkt.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich den bisherigen § 178b Abs. 1 VVG. Sie ist wie bisher abdingbar (vgl. § 208 VVG-E), um die Freiheit der Produktgestaltung zu erhalten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist neu. In der Rechtsprechung und Literatur war bisher allgemein anerkannt, dass die Leistungspflicht des Versicherers nach Absatz 1 nicht nur auf das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung beschränkt ist, sondern sich auch nicht auf Aufwendungen erstreckt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen und damit eine Übermaßvergütung bedeuten. Auf Grund der Entscheidung des BGH vom 12. März 2003 (VersR 2003, S. 581) ist zweifelhaft geworden, ob sich aus der gesetzlichen Definition der Leistungspflicht im bisherigen § 178b Abs. 1 VVG, der inhaltlich unverändert in § 192 Abs. 1 VVG-E übernommen wird, der Ausschluss einer solchen Übermaßvergütung ergibt. Dies soll daher in dem neuen Absatz 2 klargestellt werden. Da die Vorschrift die geltende Rechtslage wiedergibt, die vertraglichen Rechte der Versicherungsnehmer also nicht verkürzt werden, kann diese Vorschrift wie die übrigen Regelungen für die Krankenversicherung auf Altverträge im Sinn des neuen Artikels 1 Abs. 1 EGVVG erstreckt werden (vgl. Artikel 2 Unterartikel 2 Nr. 2 des Gesetzentwurfes).

Von der Aufnahme eines allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots, wie dies von der VVG-Kommission vorgeschlagen worden ist (vgl. § 186 Abs. 3 Satz 1 des Kommissionsentwurfes), sieht der Entwurf dagegen ab. Ein solches Wirtschaftlichkeitsgebot könnte nicht für bereits bestehende Krankenversicherungen eingeführt werden, da die Versicherungsnehmer dadurch unangemessen benachteiligt würden. Der BGH hat der überwiegend vertretenen Auslegung, dass dem Begriff der medizinischen Notwendigkeit auch eine wirtschaftliche Bedeutung zukommt, eine Absage erteilt und damit insoweit die Rechtslage erstmals verbindlich festgestellt. Für eine gesetzliche Verankerung des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Zukunft besteht kein Bedürfnis; eine entsprechende Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers kann in den AVB bestimmt werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ist neu (vgl. hierzu Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 10). Sie stellt klar, dass auch solche Tätigkeiten des Versicherers im Rahmen seines Leistungsmanagements Gegenstand einer Krankenversicherung sein können, die dem Service oder der Beratung und Unterstützung des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit der Erbringung versicherter Leistungen dienen. Einige dieser Nebenleistungen aus dem Versicherungsvertrag werden schon heute von Krankenversicherern erbracht. Dies gilt vor allem für die in Nummer 1 erfasste Beratungstätigkeit; auch die in Nummer 5 vorgesehene unmittelbare Abrechnung wird teilweise zwischen Kliniken und Versicherern praktiziert. Ob und in welcher Weise die Versicherer von der schon bisher bestehenden Möglichkeit, derartige Zusatzleistungen zu vereinbaren, Gebrauch machen, bleibt auch künftig der Ausgestaltung der Verträge und der angebotenen Tarife überlassen; vom Versicherer sind hierbei die sich aus den §§ 307, 308 BGB für allgemeine Geschäftsbedingungen und dem Aufsichtsrecht ergebenden Vorgaben zu beachten. In § 192 Abs. 3 VVG-E geht es nur um die Rechtsbeziehung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer; der Entwurf regelt nicht die Konsequenzen, die sich aus der vereinbarten Zusatzleistung im Verhältnis Versicherer bzw. Versicherungsnehmer zu den Leistungserbringern ergeben. Da die Entwicklung weiter im Fluss ist, beschreibt die Vorschrift nur die inzwischen geläufigsten Nebenleistungen; die Aufzählung ist somit nicht abschließend.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178b Abs. 2 VVG.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178b Abs. 3 VVG.

Zu Absatz 6

Satz 1 übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178b Abs. 4 VVG. Satz 2 erstreckt die Regelung des Absatzes 2 zur Übermaßvergütung auf die Pflegekostenversicherung. Da das Elfte Buch Sozialgesetzbuch die private Pflegeversicherung als Pflegepflichtversicherung detailliert regelt, wird in Satz 3 ausdrücklich klargestellt, dass diese Vorschriften der Regelung in Teil 2 Kapitel 8 des VVG-E vorgehen.

Zu § 193 (Versicherte Person)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178a Abs. 1 und 2 Satz 1 VVG; sie dient lediglich der Klarstellung, dass es sich um eine Versicherung entweder auf eigene Rechnung oder auf fremde Rechnung (§ 43 VVG-E) handeln kann.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178a Abs. 3 Satz 2 VVG. Die Erwägungen zu der Parallelvorschrift des § 156 VVG-E bei der Lebensversicherung gelten auch hier.

Zu § 194 (Anzuwendende Vorschriften)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt weitgehend unverändert den bisherigen § 178a Abs. 2 VVG. Der Anwendungsbereich der allgemeinen Vorschriften über die Schadensversicherung (§§ 74 bis 87 mit Ausnahme des § 81 VVG-E) für die Krankenversicherung entspricht dem geltenden Recht. Dies gilt auch für den Ausschluss der Vorschriften über die Gefahrerhöhung (§§ 23 bis 27 VVG-E) in Satz 2.

Satz 3 wird neu eingefügt. Er stellt für den Fall einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden, also schuldlosen Anzeigepflichtverletzung den bisher geltenden Rechtszustand her; danach sind in diesem Fall sowohl die Kündigung durch den Versicherer als auch das Verlangen einer höheren Prämie ausgeschlossen (vgl. bisher § 178a Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 41 Abs. 1 und 2 VVG). Verletzt der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht mit einfacher Fahrlässigkeit, bleiben dem Krankenversicherer die allgemeinen Rechte nach § 19 VVG-E in vollem Umfang erhalten.

Satz 4 übernimmt die bisherige Ausschlussfrist nach § 178k Satz 1 VVG von drei Jahren hinsichtlich aller Rechte, die dem Versicherer bei einer vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 2 bis 4 VVG-E zustehen. Diese Abweichung von § 21 Abs. 3 Satz 1 VVG-E trägt der besonderen sozialen Bedeutung der Krankenversicherung für den Versicherungsnehmer Rechnung. Hat der Versicherungsnehmer allerdings vorsätzlich gehandelt, ist seine Besserstellung in der Krankenversicherung nicht gerechtfertigt. Daher gilt in diesen Fällen die allgemeine Vorschrift des § 21 Abs. 3 Satz 2, nach der die Ausschlussfrist zehn Jahre beträgt; abweichend von § 178k Satz 2 VVG gilt diese Frist auch bei Arglist.

Zu Absatz 2

Die Regelung ist neu. Sie trägt ebenfalls der herausragenden Bedeutung, die dem Krankenversicherungsschutz für die privat Versicherten zukommt, Rechnung.

Satz 1 verlängert die Frist von zwei Wochen nach § 38 Abs. 1 Satz 1 VVG-E bei Zahlungsverzug für die Krankenversicherung auf zwei Monate. Damit soll der Schutz der Versicherungsnehmer in wirtschaftlichen Notlagen in dem für Versicherer und Versichertengemeinschaft zumutbaren Rahmen verbessert werden. Die längere Frist sowie die für die Versicherungsnehmer wichtigen Zusatzinformationen nach Satz 2 entsprechen der Regelung für freiwillig Ver-

sicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 191 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Damit wird auch eine Vorgabe des Koalitionsvertrags vom 11. November 2005 (vgl. dort Teil B Kapitel IV Nr. 7.2 Krankenversicherung) umgesetzt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. § 86 VVG-E, der entsprechend dem bisherigen § 67 VVG den gesetzlichen Übergang von Ersatzansprüchen regelt, gilt grundsätzlich auch für die Krankenversicherung, soweit es sich nicht um eine Summenversicherung handelt (vgl. Absatz 1 Satz 1). Auf den Bereicherungsanspruch auf Rückzahlung überhöhter Entgelte ist § 86 VVG-E nicht anwendbar. Daher bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, die sich auf Bereicherungsansprüche des Versicherungsnehmers oder gegebenenfalls einer anderen versicherten Person bezieht. Dabei ist die in § 86 Abs. 2 VVG-E eingeführte Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers mit zu übernehmen. Da es sich um eine Spezialthematik der Krankenversicherung handelt, wird dieser Sonderfall in den Vorschriften über die Krankenversicherung geregelt. Nicht zu übernehmen ist § 86 Abs. 3 VVG-E, weil dessen Schutzgedanke nicht auf den Fall zu übertragen ist, dass die in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Person mit diesem einen Behandlungsvertrag geschlossen hat.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie erklärt die allgemeinen Bestimmungen über die Versicherung für fremde Rechnung, von denen die Krankenversicherung bisher ausgenommen war, für anwendbar und regelt die für die Krankenversicherung notwendigen Abweichungen.

Zu § 195 (Versicherungsdauer)

Die Vorschrift fasst unter weitgehender Übernahme des bisherigen § 178a Abs. 4 VVG und dessen Erweiterung die wichtigsten Vorschriften zur Versicherungsdauer und zulässigen Befristung von Krankenversicherungsverträgen zusammen. Aus redaktionellen Gründen zur Erleichterung der Lesbarkeit wird die Krankentagegeldversicherung gesondert in § 196 VVG-E geregelt. Die weitere Befristungsmöglichkeit für Beihilfetarife wird wegen des Sachzusammenhangs in § 199 VVG-E erfasst. Die bisherige Vorschrift des § 178a Abs. 4 Satz 2 VVG wird nicht übernommen, da die nach § 11 Abs. 2 Satz 2 VVG-E zulässige Mindestlaufzeit auch bei der Krankenversicherung angemessen erscheint.

Zu Absatz 1

Satz 1 übernimmt den bisherigen § 178a Abs. 4 Satz 1 VVG und ergänzt ihn in sachlicher Übereinstimmung mit Artikel 54 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie 92/49/EWG (Dritte Richtlinie Schadensversicherung) um die Legaldefinition der substitutiven Krankenversicherung, auf die in § 206 VVG-E sowie in § 12 VAG (vgl. Artikel 7 Nr. 5 des Gesetzentwurfes) Bezug genommen wird. Der Grundsatz der Unbefristetheit der substitutiven Krankenversicherung gilt vorbehaltlich der in den Absätzen 2 und 3 und in den §§ 196 und 199 VVG-E geregelten Ausnahmen. Satz 2 wird neu eingefügt und erstreckt den Grundsatz der Unbefristetheit auf die nicht substitutive Krankenversicherung, sofern diese nach Art der Lebensversicherung betrieben wird. Diese Gleich-

stellung entspricht der aufsichtsrechtlichen Regelung in § 12 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 1 Nr. 3 VAG.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178a Abs. 4 Satz 3 VVG und erweitert die Befristungsmöglichkeit auf die Restschuldkrankenversicherung, die wegen ihrer Bindung an die Laufzeit des zugrunde liegenden Darlehens ihrer Natur nach nicht unbefristet vereinbart werden kann.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie ermöglicht Personen, die sich mit befristetem Aufenthaltstitel (vgl. § 4 des Aufenthaltsgesetzes vom 30. Juli 2004 – BGBl. I S.1950) in Deutschland aufhalten, eine substitutive Krankenversicherung abzuschließen, die nicht mit Alterungsrückstellungen kalkuliert ist (vgl. Artikel 7 Nr. 6 zu § 12 Abs. 6 des Gesetzentwurfes) und deren Laufzeit auf die Dauer der Aufenthaltsgenehmigung abgestellt ist. Da solche Personen mit großer Sicherheit in überschaubarer Zeit wieder in ihr Heimatland zurückkehren, benötigen sie nur einen befristeten Krankenversicherungsschutz, der wegen des Fehlens des langfristigen Alterungsrisikos auch keiner Kalkulation mit Alterungsrückstellungen bedarf. Damit diese Vorschrift nicht zu Umgehungen missbraucht wird, begrenzt Satz 1 die Höchstdauer der Befristung auf fünf Jahre, wobei nach Satz 2 die Versicherungszeiten mehrerer aufeinander folgender Verträge zusammengerechnet werden, und zwar auch dann, wenn diese bei unterschiedlichen Versicherern bestanden. Die Versicherer werden im Antrag auf Abschluss eines solchen Krankenversicherungsvertrags daher stets ausdrücklich nach einer entsprechenden Vorversicherung fragen müssen. Die Einhaltung dieser Vorschriften ist gegebenenfalls durch Prüfungen der Versicherungsaufsicht zu überwachen.

Zu § 196 (Befristung der Krankentagegeldversicherung)

Die Vorschrift ergänzt die Regelung des § 195 VVG-E bezüglich der Krankentagegeldversicherung.

Zu Absatz 1

Satz 1 ermöglicht es, Krankentagegeldversicherungen auf die Vollendung des 65. Lebensjahres als den derzeit noch typischen Zeitpunkt für den Eintritt in den Ruhestand zu befristen. Da vor allem selbständig und freiberuflich Beschäftigte den Beginn des Ruhestandes nicht fest planen können, begründet Satz 2 einen Anspruch des Versicherungsnehmers auf Abschluss einer unmittelbar anschließenden Krankentagegeldversicherung, die bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres befristet sein kann. Nach Satz 4 muss der Versicherer bei fristgerechter Antragstellung die erneute Krankentagegeldversicherung ohne – erneute oder erstmalige – Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten abschließen. Im Fall des erstmaligen Endes der befristeten Krankentagegeldversicherung nach Satz 1 ist der Versicherer nach Satz 3 verpflichtet, den Versicherungsnehmer auf den bevorstehenden Ablauf der Versicherung hinzuweisen, weil diesem die Tatsache der Befristung nach Ablauf von möglicherweise 30 und mehr Jahren seit Vertragsschluss nicht mehr bewusst ist. Diese Ausnahme gilt nur für die erstmalige Beendigung zum 65. Lebensjahr; denn im Falle der nochmaligen Verlängerung bei Beendigung zum 70. Lebensjahr war dem Versicherungsnehmer die Tatsache der Befristung in jedem Fall bekannt.

Zu Absatz 2

Erfüllt der Versicherer die Informationspflicht nach Absatz 1 Satz 3 nicht, soll der Versicherungsnehmer nach Satz 1 noch bis zum Ende des 66. Lebensjahres sein Recht auf Verlängerung der Versicherung wahren können, wobei allerdings wegen der naheliegenden Gefahr des Missbrauchs keine Rückwärtsversicherung auf den Zeitpunkt der Vollendung des 65. Lebensjahres, sondern nur ein materieller Versicherungsbeginn ab Antragstellung vorgesehen ist. Für einen zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall besteht nach Satz 2 kein Versicherungsschutz.

Zu Absatz 3

Der Versicherungsnehmer kann nach dieser Vorschrift entsprechend den Grundsätzen des Absatzes 1 Satz 2 und 4 eine nochmalige Verlängerung der Krankentagegeldversicherung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres verlangen.

Zu Absatz 4

Die starren Grenzen von 65, 70 bzw. 75 Lebensjahren entsprechen schon heute teilweise nicht mehr der Wirklichkeit des Rentenrechts. Um der sich abzeichnenden Entwicklung zu einem höheren Renteneintrittsalter Rechnung zu tragen, wird den Vertragsparteien in Absatz 4 ermöglicht, vertraglich bei der Befristung der Krankentagegeldversicherung in den Absätzen 1 bis 3 jeweils an ein späteres Lebensjahr anzuknüpfen.

Zu § 197 (Wartezeiten)

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178c VVG.

Absatz 1 Satz 2 gilt nur für die freiwillige Pflegeversicherung; für die Pflegepflichtversicherung ist die Wartezeitregelung im Elften Buch Sozialgesetzbuch maßgeblich.

Zu § 198 (Kindernachversicherung)

Zu den Absätzen 1 bis 3

Die Vorschriften übernehmen unverändert den bisherigen § 178d Abs. 1 bis 3 VVG.

Es handelt sich um die Sonderregelung einer Rückwärtsversicherung, auf die § 2 Abs. 2 Satz 2 VVG-E nicht anzuwenden ist.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie stellt zunächst klar, dass die Bestimmungen über die Kindernachversicherung grundsätzlich auch auf die Auslands- und die Reisekrankenversicherung anzuwenden sind. Dies gilt jedoch nicht, wenn und soweit ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz besteht, weil insoweit kein Schutzbedürfnis vorhanden ist.

Zu § 199 (Beihilfeempfänger)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ist neu. Sie stellt klar, dass diejenigen Beihilfeversicherungen, die nur für die Dauer der aktiven Dienstzeit benötigt werden, im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes von vornherein als mit dem Eintritt in den Ruhestand endend und damit befristet abgeschlossen werden können. Die Zulässigkeit einer solchen Befristung war bisher streitig.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt im Wesentlichen unverändert den bisherigen § 178e VVG. Entsprechend dem sachgerechten Vorschlag der VVG-Kommission wird in Satz 2 die vom Versicherungsnehmer einzuhaltende Frist für die Stellung des Antrags von bisher zwei Monaten auf sechs Monate verlängert; ferner wird klargestellt, dass es auch dann keiner Risikoprüfung bedarf, wenn eine solche zu einem früheren Zeitpunkt nicht stattgefunden hat.

Zu § 200 (Bereicherungsverbot)

Die Vorschrift ist neu. Sie soll für eine typische Fallgestaltung in der Krankenversicherung einschließlich der Pflegeversicherung sicherstellen, dass die Gesamterstattungsleistungen (aus PKV, GKV, privater Pflegepflichtversicherung, sozialer Pflegeversicherung, Beihilfe) die Gesamtaufwendungen des Versicherten nicht übersteigen; eine bestimmte Rangfolge der Leistungsverpflichtungen wird nicht begründet. Das Bereicherungsverbot bezieht sich nur auf Krankenversicherungen, die Schadensversicherung sind, und nicht auf Summenversicherungen.

Zu § 201 (Herbeiführung des Versicherungsfalles)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178l VVG. Die sprachliche Änderung ist im Interesse einer einheitlichen Formulierung der Parallelvorschriften des Gesetzentwurfes geboten (vgl. §§ 81, 103, 137, 162 und 183 VVG-E). Die Vorschrift stellt eine Sonderregelung zu § 81 VVG-E dar, der auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden ist (vgl. § 194 Abs. 1 Satz 1 VVG-E).

Zu § 202 (Auskunftspflicht des Versicherers)

Die Vorschrift übernimmt im Grundsatz den bisherigen § 178m VVG.

Während aber bisher das Recht nach Satz 1 auf Auskunft und Einsicht in das vom Versicherer eingeholte Gutachten nur einem vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person benannten Arzt zusteht, wird dieses Recht nunmehr auch einem beauftragten Rechtsanwalt eingeräumt. Damit wird dem Interesse des Versicherungsnehmers entsprochen, der zur Vorbereitung eines etwaigen Rechtsstreits auf die Einsichtnahme angewiesen ist und dem die Kosten einer zusätzlichen Beauftragung eines Arztes erspart werden sollen.

Zu § 203 (Prämien- und Bedingungsanpassung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178g Abs. 1 VVG inhaltlich unverändert. Satz 1 stellt die Kalkulationsart klar, die nach Art der Lebensversicherung, d. h. auf Grund biometrischer Rechnungsgrundlagen erfolgt. Die in Bezug genommenen Vorschriften des VAG enthalten Regelungen zur Berechnung der Prämie und zur Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags. Über Absatz 1 werden die Bestimmungen der §§ 12 und 12a VAG versicherungsvertragsrechtlich wirksam. Neu ist die Bezugnahme auf § 12e VAG, der die Erhebung des Beitragszuschlags für Altverträge regelt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift erweitert die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer die Prämie neu festsetzen kann. In Satz 1 wird abweichend von § 178g Abs. 2 Satz 1 VVG nicht auf die Veränderung des Schadensbedarfes, sondern auf die Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage abgestellt. Diese Rechnungsgrundlagen sind in Satz 3 festgelegt. Abweichend vom geltenden Recht, das nur auf Veränderungen des Schadensbedarfes abstellt, sollen künftig auch Veränderungen der Sterbewahrscheinlichkeiten, die sich aus den jeweils aktualisierten Sterbetafeln ergeben, eine Beitragsanpassung auslösen können. Diese Rechnungsgrundlage kann, wie z. B. auch der Rechnungszins, bisher nur angepasst werden, wenn auf Grund eines veränderten Schadenbedarfes eine Überprüfung der Beiträge erfolgt. Zur Vermeidung von Beitragsprüngen, die sich aus der Kumulierung von Anpassungserfordernissen ergeben können, wird eine Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten zusätzlich als auslösende Grundlage für eine Beitragsüberprüfung zugelassen. Andere Rechnungsgrundlagen, insbesondere der Rechnungszins, sollen entgegen dem Votum der VVG-Kommission nicht für sich allein als Auslöser von Prämienanpassungen berücksichtigt werden, da Veränderungen dieser Rechnungsgrundlage im Wesentlichen auf einer Unternehmensentscheidung beruhen.

Die erforderliche aufsichtsrechtliche Ergänzung ist in Artikel 7 Nr. 7 des Gesetzentwurfes (§ 12b Abs. 2a VAG) vorgesehen.

Satz 2 stellt in Übereinstimmung mit § 12b Abs. 2 Satz 3 VAG klar, dass auch in absoluten Beträgen festgelegte Selbstbehalte und Risikozuschläge bei entsprechender Vereinbarung geändert werden können. § 178g Abs. 2 VVG regelt bisher nicht, nach welchen Kriterien der Treuhänder die Rechnungsgrundlagen zu prüfen und die Beitragsanpassung zu genehmigen hat; dies ist aber vertragsrechtlich relevant. Satz 4 bildet künftig den materiellen Kern des § 12b Abs. 1 bis 2a einschließlich der Ermächtigungsnorm des § 12c VAG im Vertragsrecht ab.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178g Abs. 3 Satz 1 VVG inhaltlich unverändert. Der Wortlaut wird vereinfacht, indem auf die in Absatz 1 enthaltene Definition der relevanten Versicherungsverhältnisse verwiesen wird. Die bisherige Formulierung „Belange der Versicherten“, die auf das VAG zurückgeht, wird aus den zu § 164 Abs. 1 Satz 2 VVG-E dargelegten terminologischen Gründen geändert, ohne dass damit eine sachliche Änderung verbunden sein soll. Wie bisher wird die Mitwirkung eines unabhängigen Treuhänders bei der Anpassung der AVB und der Tarifbestimmungen an veränderte Verhältnisse im Gesundheitswesen vorgeschrieben; insoweit geht es auch um Auswirkungen auf die Kosten und die Prämienkalkulation, so dass versicherungsmathematische Kenntnisse erforderlich sind. Bei der Anpassung einer unwirksamen Bedingung wird dagegen abweichend von § 178g Abs. 3 Satz 2 VVG von der Einschaltung eines Treuhänders abgesehen, da es hier im Wesentlichen um eine rechtliche Beurteilung geht (vgl. § 164 VVG-E und die Begründung hierzu).

Zu Absatz 4

Die neue Vorschrift verweist für die Anpassung einer unwirksamen Versicherungsbedingung, die nicht unter Absatz 3 fällt, auf die Neuregelung in § 164 VVG-E für die Lebensversicherung. Auf die Begründung hierzu wird Bezug genommen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 178g Abs. 4 VVG. Allerdings werden abweichende Vereinbarungen über den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vertragsänderung ausgeschlossen, soweit sie für den Versicherungsnehmer nachteilig sind (vgl. § 208 VVG-E). Für Anpassungen unwirksamer Versicherungsbedingungen nach Absatz 4 bestimmt sich das Wirksamwerden nach § 164 Abs. 2 VVG-E.

Zu § 204 (Tarifwechsel)

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178f VVG und ergänzt Satz 1 durch einen Verweis auf die aufsichtsrechtlichen Vorschriften, die das Nähere zur Gleichartigkeit der Tarife und der Anrechnung der Alterungsrückstellung regeln. Da diese Vorschriften auch vertragsrechtliche Wirkungen im Rahmen des § 204 VVG-E entfalten, sind sie hier aufzunehmen.

Zu § 205 (Kündigung des Versicherungsnehmers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178h Abs. 1 VVG.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 178h Abs. 2 VVG. Die Frist für die rückwirkende Kündigung nach Satz 1 Halbsatz 1 wird von bisher zwei Monaten auf drei Monate verlängert. Diese Verlängerung ist im Hinblick darauf sachgerecht, dass beim Fristbeginn nicht auf die Kenntnis des Versicherungsnehmers vom Eintritt der Versicherungspflicht abgestellt wird. Ferner erweitert Satz 1 Halbsatz 1 den Anwendungsbereich der Vorschrift auf Anwartschaftsversicherungen, die für eine Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung abgeschlossen worden sind. Satz 1 Halbsatz 2 führt eine Nachweispflicht für den Eintritt der Versicherungspflicht ein, deren schuldhaftige Verletzung die Unwirksamkeit der Kündigung des Versicherungsnehmers zur Folge hat; damit soll eine größere Rechtssicherheit über die Wirksamkeit der Kündigung herbeigeführt werden. Satz 3 wird trotz der allgemeinen Regelung des § 39 Abs. 1 VVG-E zur Klarstellung beibehalten.

Zu den Absätzen 3 bis 5

Die Vorschriften übernehmen inhaltlich unverändert den bisherigen § 178h Abs. 3 bis 5 VVG.

Zu § 206 (Kündigung des Versicherers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178i Abs. 1 VVG und stellt in Satz 1 ausdrücklich klar, dass sich der Ausschluss des Kündigungsrechts nach dieser Vorschrift auf die substitutive Krankenversicherung bezieht.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist neu. Für die nicht substitutive Krankenversicherung muss das Kündigungsrecht bisher vertraglich ausgeschlossen werden, wenn sie nach Art der Lebensversicherung betrieben wird (§ 12 Abs. 5 i. V. m. Abs. 1 Nr. 3 VAG). Wegen des übereinstimmenden Schutzzwecks wird das Kündigungsrecht insoweit auch ausdrücklich durch Gesetz ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178i Abs. 2 VVG.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie dient dem notwendigen Schutz der versicherten Personen in den Fällen, in denen der Versicherer das Vertragsverhältnis nach § 38 Abs. 3 VVG-E wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers kündigt, wobei die sich aus § 194 Abs. 2 Satz 1 VVG-E ergebende längere Zahlungsfrist von zwei Monaten zu beachten ist. Wie im Fall der Kündigung oder des Todes des Versicherungsnehmers (vgl. § 207 Abs. 1 und 2 VVG-E) muss jede versicherte Person das Recht haben, die für sie bestehende Krankheitskostenversicherung und Pflegekrankenversicherung bei dem Versicherer fortzusetzen und sich damit den existentiell wichtigen Krankenversicherungsschutz zu erhalten. Dieses Recht ist von den versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie hiervon Kenntnis erlangt haben, auszuüben. Nach Satz 2 hat der Versicherer eine entsprechende Informationspflicht gegenüber den versicherten Personen.

Zu Absatz 5

Die Regelung des Satzes 1 über die Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer stimmt inhaltlich mit dem bisherigen § 178i Abs. 3 VVG überein.

Nach Satz 2 ist der Versicherer entsprechend Absatz 4 Satz 2 zur Information der versicherten Personen über das drohende Ende ihres Versicherungsschutzes und die Möglichkeit der Fortsetzung in Form der Einzelversicherung verpflichtet. Die versicherten Personen müssen ihr Recht auf Fortsetzung der Krankenversicherung entsprechend Absatz 4 Satz 3 innerhalb von zwei Monaten ausüben.

Zu § 207 (Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 178n Abs. 1 VVG überein.

Zu Absatz 2

Die Sätze 1 und 2 stimmen inhaltlich mit § 178n Abs. 2 VVG überein.

Der neue Satz 3 zur Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags durch den Versicherungsnehmer knüpft an die Regelung des § 206 Abs. 5 VVG-E an. Sie soll die Interessen der versicherten Personen in dem Fall wahren, in dem die Gruppenspitze einen Gruppenversicherungsvertrag beendet.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie erstreckt entsprechend der bisherigen Praxis in der Krankenversicherung die ausnahmslose Portabilität eines in Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungsschutzes innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums auch auf den Fall, dass die versicherte Person ihren Lebensmittelpunkt verlegt. Abweichende Vereinbarungen dürfen nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person getroffen werden (vgl. § 208 VVG-E).

Zu § 208 (Abweichende Vereinbarungen)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich den bisherigen § 178o VVG und erweitert die halbzwingenden Vorschriften um die Neuregelungen mit Ausnahme des Bereicherungsverbots nach § 200 VVG-E. Wie bisher wird ausdrücklich klargestellt, dass auch abweichende Vereinbarungen zum Nachteil der versicherten Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist, ausgeschlossen sind (vgl. insbesondere § 207 VVG-E). In Satz 2 wird neu die Möglichkeit aufgenommen, für die Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 205 VVG-E die Schriftform oder die Textform zu vereinbaren; dies entspricht der Parallelregelung des § 171 VVG-E für die Lebensversicherung.

Zu § 209 (Rückversicherung, Seeversicherung)

Wie nach geltendem Recht (§ 186 VVG) bleibt die Rückversicherung vom Anwendungsbereich des neuen Versicherungsvertragsgesetzes ausgeklammert. Bei der Rückversicherung bestehen keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen dem Versicherungsnehmer des Erstversicherers und dem Rückversicherer. Daher finden auch die bei der Reform des VVG zu berücksichtigenden EU-rechtlichen Vorschriften für Versicherungsverträge und für Versicherungsvermittler auf die Rückversicherung keine Anwendung.

Auch für die Seeversicherung soll es beim bisherigen Rechtszustand verbleiben. Gegen die von der VVG-Kommission vorgeschlagene Einbeziehung der Seeversicherung in den Anwendungsbereich des neuen VVG werden nicht nur von den Seeversicherern sondern auch von den Reedern als Versicherungsnehmer beachtliche Bedenken erhoben. Obwohl das im Zehnten Abschnitt des Fünften Buchs Handelsgesetzbuch (§ 778 f.) geregelte Recht der Versicherung gegen die Gefahren der Seeschifffahrt weitgehend veraltet ist, besteht nach Auffassung der betroffenen Wirtschaftskreise kein Anlass für eine Änderung des seit vielen Jahrzehnten bewährten Rechtszustandes, da das dispositive HGB-Recht branchenweit und vor allem international durch die AVB, die jeweils an veränderte internationale Standards angepasst würden, verdrängt worden sei. Auch wenn die Seeversicherung ausnahmslos Großrisiko i. S. d. § 210 VVG-E und damit von den Beschränkungen der Vertragsfreiheit befreit sei, könne sich aus einer Anwendbarkeit des Teils 1 (Allgemeiner Teil) des VVG-E wegen der dort verbraucherrechtlich begründeten Leitbilder eine erhebliche Rechtsunsicherheit im Hinblick auf die Inhaltskontrolle nach den §§ 307, 308 BGB ergeben; dies würde sich angesichts der Internationalität dieses Versicherungszweigs negativ auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit der in diesem Zweig tätigen deutschen Versicherer auswirken.

Diese nachteiligen Konsequenzen können jedenfalls nicht völlig ausgeschlossen werden. Da sich aus der bestehenden Rechtslage in der Praxis keine Unzuträglichkeiten ergeben haben, wird von der, rechtssystematisch zwar wünschenswerten, aber für die Praxis nicht unproblematischen, Einbeziehung der Seeversicherung in den VVG-E abgesehen. Bei der Definition der Seeversicherung als Versicherung gegen die Gefahren der Seeschifffahrt kann darauf verzichtet werden, diese durch konkrete Beispiele entsprechend § 779 HGB zu präzisieren, da auch nach dem vorgesehenen Wegfall dieser Vorschrift davon ausgegangen werden kann, dass für den Rechtsverkehr klar ist, dass der Begriff der Seeversicherung im bisherigen Sinn zu verstehen ist.

Es besteht andererseits aber auch kein hinreichendes praktisches Bedürfnis, das in weiten Teilen völlig veraltete HGB-Recht beizubehalten oder zu modernisieren, da sich die Regelungen in den AVB als sachgerecht und für die Vertragsparteien ausreichend erwiesen haben. Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzentwurfes sieht daher die Aufhebung des Zehnten Abschnittes des Fünften Buchs Handelsgesetzbuch vor.

Zu § 210 (Großrisiken, laufende Versicherung)

Die Ausnahme der Großrisiken von den Beschränkungen der Vertragsfreiheit entspricht dem bisherigen § 187 VVG. Die Vorschrift besagt, dass bei Großrisiken im Sinn des bisherigen Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 EGVVG die Vertragsparteien sowohl von den dem Schutz des Versicherungsnehmers dienenden halbzwingenden Regelungen (vgl. z. B. §§ 18, 32, 42, 52 Abs. 5, §§ 87 und 112 VVG-E) als auch von absolut zwingenden Bestimmungen, durch die bestimmte Vereinbarungen für unwirksam erklärt werden (z. B. §§ 105 und 108 VVG-E), abweichen können. Durch die Präzisierung der Verweisung (Artikel 10 Abs.1 Satz 2 EGVVG) wird klargestellt, dass die Vorschrift auch anzuwenden ist, wenn es sich um ein Großrisiko im Ausland handelt; dies kann insbesondere bei der Transportversicherung praktisch werden. § 210 VVG-E befreit die Vertragsparteien nicht von dem allgemeinen Verbot von Verträgen zu Lasten Dritter; die Vorschrift des § 98 VVG-E ist daher auch für Großrisiken zwingend. Wie bisher unterliegt eine Klausel in den AVB der Inhaltskontrolle nach § 307 ff. BGB; sie ist danach unwirksam, wenn sie mit wesentlichen Grundgedanken der Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes nicht zu vereinbaren ist.

Generelle Ausnahmen für Großrisiken sind in § 6 Abs. 6 VVG-E für die Beratungspflicht, in § 7 Abs. 5 VVG-E für die Informationspflicht und in § 65 VVG-E hinsichtlich der Pflichten der Versicherungsvermittler vorgesehen.

Außer den Großrisiken, zu denen per se die Transportversicherung mit ihren verschiedenen Zweigen gehört, wird auch die laufende Versicherung im Sinn des § 53 VVG-E von den Beschränkungen der Vertragsfreiheit befreit. Diese Bestimmung hat allerdings kaum eine praktische zusätzliche Bedeutung, da es sich in aller Regel um Verträge über ein Großrisiko handelt. Die laufende Versicherung spielt nur im gewerblich-kommerziellen Bereich als Versicherung laufender Geschäftsbeziehungen mit ständig wechselnden Einzelrisiken – insbesondere als Transport-, Kredit- und technische Versicherungen – eine wichtige Rolle; der Versicherungsnehmer bedarf hier nicht des besonderen Schutzes durch halbzwingende Vorschriften.

Zu § 211 (Pensionskassen, kleinere Versicherungsvereine, Versicherungen mit kleineren Beträgen)

Zu Absatz 1

Die bisherige Sonderregelung des § 189 Abs. 1 VVG für Pensionskassen, für kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit im Sinn des § 53 VAG und für die verschiedenen Arten von Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen wird sachlich unverändert beibehalten, um den besonderen Verhältnissen bei diesen Versicherungen auch künftig Rechnung zu tragen. Der überholte Begriff der Werkpensionskasse wird durch die Bezugnahme auf die nach § 118b Abs. 3 und 4 VAG regulierten Pensionskassen ersetzt. Auf den Zusatz „mit Zwangsbeitritt“ wird verzichtet, da neben den klassischen Modellen einer Pflichtmitgliedschaft in den traditionellen Pensionskassensystemen durch die gesetzlichen Änderungen in der betrieblichen Altersversorgung zusätzlich eine große Zahl von Versorgungssystemen z. B. auf tariflicher Ebene eingeführt worden ist, bei denen der Arbeitgeber zwar verpflichtet ist, jedem Arbeitnehmer eine betriebliche Altersversorgung anzubieten, dem Arbeitnehmer es aber freisteht, das Angebot anzunehmen oder abzulehnen.

Keiner Sonderregelung bedarf es für Pensionsfonds im Sinn des § 112 VAG, da es sich hierbei um keine Versicherungsunternehmen handelt und sie daher nicht dem Versicherungsvertragsgesetz unterfallen.

Zu Absatz 2

In dem neuen Absatz 2 werden die Pensionskassen im Sinn des § 118b Abs. 3 und 4 VAG von weiteren Vorschriften des VVG-E ausgenommen, um den Besonderheiten der betrieblichen Altersversorgung in dem notwendigen Umfang zu entsprechen.

Die Beratungs- und Informationspflichten einschließlich der Vorschriften zur Modellrechnung und jährlichen Unterrichtung ergeben sich bereits aus dem VAG und aus arbeitsrechtlichen Vorschriften. Ein allgemeines Widerrufsrecht des Arbeitnehmers als Versicherungsnehmer widerspricht der Einbindung der Versorgungszusage in das Arbeitsverhältnis, in dem den beteiligten Parteien keine einseitigen Widerrufsrechte zustehen. Allerdings müssen bei im Fernabsatz geschlossenen Verträgen die Informationspflicht nach § 7 VVG-E und das Widerrufsrecht nach § 8 VVG-E beachtet werden, da die Fernabsatzrichtlinie II insoweit keine Ausnahme vorsieht.

Aus dem gleichen Grund kann dem Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer kein allgemeines Recht auf Umwandlung der betrieblichen Altersversorgung über eine Pensionskasse in eine prämienfreie Versicherung eingeräumt werden. Auch risikotechnische Gründe sprechen in den kollektiven Systemen bei Pensionskassen dagegen. Soweit ausschließlich der die betriebliche Altersversorgung zusagende Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist, liegen mit Grob Risiken vergleichbare Verhältnisse vor. Auch in diesen Fällen brauchen daher die in Absatz 2 genannten Vorschriften für Pensionskassen nicht angewandt zu werden. Dies gilt auch für die Vorschrift des § 153 VVG-E über die Überschussbeteiligung. Nach § 118b VAG sind die versicherten Personen zu mindestens 50 Prozent in der obersten Vertretung einer regulierten Pensionskasse, die stets in der Rechtsform des

VVaG geführt wird, vertreten. Hinzukommt, dass die AVB und damit die Überschussbeteiligungssysteme von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 2 VAG). Somit ist gewährleistet, dass die versicherten Personen angemessen im Rahmen der Überschussverwendung auch an den stillen Reserven beteiligt werden. Da regulierte Pensionskassen regelmäßig laufende Renten über längere Zeiträume zahlen, ist auch ein Ausgleich über die Zeit zu erwarten.

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 stimmt mit dem bisherigen § 189 Abs. 2 VVG überein.

Zu § 212 (Fortsetzung der Lebensversicherung nach der Elternzeit)

Die vorgeschlagene Regelung stellt eine notwendige Ergänzung der mit der Einführung der Elternzeit bezweckten Familienförderung dar.

Wird während der Elternzeit (vgl. § 15 ff. des Bundeserziehungsgeldgesetzes), in der das Arbeitsverhältnis fortbesteht, keine Prämie an die Direktversicherung oder Pensionskasse gezahlt und wird deshalb die Lebensversicherung vom Versicherer gekündigt und dadurch nach § 166 Abs. 1 VVG-E in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, haben die aus der Versicherung berechtigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer das Recht, die Lebensversicherung innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Elternzeit zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen fortzusetzen. Die Versicherung kann also zum bisherigen Tarif und ohne erneute Gesundheitsprüfung weitergeführt werden. Die Regelung gilt nicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung (§ 176 verweist nicht auf § 212 VVG-E).

Zu § 213 (Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten)

Zur Beurteilung eines Versicherungsrisikos und der Leistungspflicht im Einzelfall erheben die privaten Krankenversicherer der ärztlichen Schweigepflicht unterliegende Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern sowie auch bei anderen Versicherern. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der der Datenfluss zwischen Ärzten und Krankenkasse durch Gesetz (§ 284 f. SGB V) geregelt ist, bedarf es für private Krankenversicherungen einer wirksamen Einwilligungserklärung des Patienten, damit Ärzte Patienteninformationen offenbaren dürfen (§ 203 StGB). Dazu wird derzeit auf eine im Jahr 1989 zwischen dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und dem Düsseldorfer Kreis, einem Zusammenschluss der obersten Datenschutzaufsichtsbehörden für den nichtöffentlichen Bereich, vereinbarte allgemeine pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung zurückgegriffen, die die versicherten Personen bei dem oftmals viele Jahre zurückliegenden Vertragsschluss abgegeben haben.

Diese seit 17 Jahren verwendete Einwilligungserklärung entspricht nicht mehr der geltenden Rechtslage. Seit der Umsetzung der europäischen Datenschutzrichtlinie 95/46/EG durch die Novelle des Bundesdatenschutzgesetzes 2001 ist für die Übermittlung von (Gesundheits-)Daten eine hinreichend bestimmte Erklärung notwendig, welche die Wirksamkeitsvoraussetzungen des § 4a Abs. 1 und 3 BDSG er-

füllt. Insbesondere bei Gesundheitsdaten muss die versicherte Person zum Zeitpunkt ihrer Unterschrift von vornherein klar erkennen können, welche ihrer Patientendaten das Versicherungsunternehmen wann, bei welchen Stellen und zu welchem Zweck soll erheben dürfen. Aus der derzeit bei Vertragsschluss verwendeten Klausel zur Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht ist der versicherten Person jedoch nicht ersichtlich, wann von der Erklärung Gebrauch gemacht werden soll und welche Patientendaten bei wem zukünftig angefordert werden. Weil sie somit die Reichweite ihrer Erklärung nicht erkennen kann, entspricht diese nicht den Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung nach § 4a BDSG. Auch der sich aus § 4a Abs. 1 BDSG ergebenden Pflicht, die versicherte Person auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen, wird die verwendete Klausel nicht gerecht.

Daher ist eine gesetzliche Regelung für die Erhebung von Gesundheitsdaten durch die Versicherungsunternehmen, insbesondere die privaten Krankenversicherer, erforderlich, um mehr Transparenz für die versicherten Personen und eine Stärkung ihrer Rechte zu erreichen.

Zu § 214 (Schlichtungsstelle)

Die Regelung der Schlichtungsstelle übernimmt die im Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechtes (Artikel 2, § 42k VVG) vorgesehene Vorschrift. Zusätzlich erfasst die Regelung in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 den bisherigen § 48e VVG, der zur Umsetzung der Fernabsatzrichtlinie II durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen in das VVG eingefügt worden ist.

Das Schlichtungsverfahren soll sich aber nicht nur auf im Fernabsatz geschlossene, sondern auf alle Versicherungsverträge mit Verbrauchern im Sinn des § 13 BGB erstrecken; der Verzicht auf diese Einschränkung des § 48e VVG entspricht sowohl der allgemeinen Systematik des neuen Versicherungsvertragsgesetzes als auch dem praktizierten Verfahren der Ombudsmänner in der Versicherungswirtschaft. Die für dieses Ombudsmannverfahren geltende Beschränkung auf Verbraucherversicherungsverträge ist dagegen sachgerecht und soll daher beibehalten werden.

Die Regelung des § 214 VVG-E gilt nicht für die Rückversicherung (vgl. § 209 VVG-E). Sie gilt ferner nicht für Versicherungsverträge über Großrisiken; dies ergibt sich hinsichtlich der Streitigkeiten nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 aus der Beschränkung auf Verbraucherversicherungsverträge, hinsichtlich der Vermittler und Versicherungsberater aus § 65 VVG-E. Auch laufende Verträge werden aus diesen Gründen in aller Regel nicht von § 214 VVG-E erfasst.

Zu § 215 (Gerichtsstand)

Zu Absatz 1

Der bisherige § 48 VVG (Gerichtsstand der Agentur) hat in der Vergangenheit zu Unklarheiten und Streitigkeiten geführt. Der Versicherungsnehmer muss darauf achten, dass er tatsächlich im Gerichtsstand des Vertreters und nicht etwa im Gerichtsstand einer Vertriebsorganisation des Versicherers o. Ä. klagt. Andernfalls riskiert er eine Weiterverweisung mit der möglichen Folge, die damit verbundenen Kosten tragen zu müssen. Ferner gilt § 48 VVG nicht für

Makler, wobei er dann wieder gilt, wenn sich der Gelegenheitsmakler im Einzelfall als Versicherungsvertreter betätigt hat. § 48 VVG gilt auch nicht, wenn der Vertrag unmittelbar mit einem Innendienstmitarbeiter des Versicherers geschlossen wurde, wie z. B. in der Direktversicherung (vgl. die Ausführungen in Römer/Langheid, VVG, § 48 Rn. 2).

Auf Grund dieser Unwägbarkeiten ist es vorzugswürdig und ausreichend, dem Versicherungsnehmer das Recht einzuräumen, die Klage gegen den Versicherer, den Versicherungsvermittler oder Versicherungsberater an seinem Wohnsitz einzureichen. Insofern entspricht die Regelung dem § 29c der Zivilprozessordnung (ZPO), der für Klagen aus Haustürgeschäften gemäß § 312 BGB das Gericht für zuständig erklärt, in dessen Bezirk der Verbraucher zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Ob § 29c ZPO auf Versicherungsverträge Anwendung findet, ist jedenfalls nicht eindeutig, da ein Widerrufs- und Rückgaberecht bei Versicherungsverträgen nicht besteht (§ 312 Abs. 3 BGB). Unabhängig davon sollte der Gerichtsstand des Wohnsitzes für Versicherungsnehmer aber über die Haustürgeschäfte hinaus und für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ausschließlich gelten.

Durch diese Regelung wird auch der prozessuale Rechtsschutz des Verbrauchers erheblich gestärkt.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht § 29c Abs. 2 ZPO. Die geringfügig abweichende Formulierung berücksichtigt, dass der Vermittler nicht Vertragspartei zu sein braucht.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht § 29c Abs. 3 ZPO. Sonstige von Absatz 1 abweichende Vereinbarungen sind unzulässig.

Zu Artikel 2 (Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag)

Zu Nummer 1 (Gesetzesbezeichnung)

Das Gesetz enthält künftig an Stelle der anlässlich des Inkrafttretens des Gesetzes über den Versicherungsvertrag im Jahre 1908 getroffenen Regelungen die für die Einführung des neuen VVG notwendigen Übergangsvorschriften. Dies wird durch die Änderung der Gesetzesbezeichnung klargestellt.

Zu Nummer 2 (Erstes Kapitel)

Die bisherigen Vorschriften des Ersten Kapitels (Artikel 1 bis 6) sind obsolet, da das Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 aufgehoben wird (vgl. Artikel 10 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzentwurfes). An deren Stelle treten die für das Inkrafttreten des neuen VVG notwendigen Übergangsvorschriften.

Zu Artikel 1 (Altverträge, Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Zu Absatz 1

Das Versicherungsvertragsrecht wird durch das VVG in wesentlichen Teilen neu gestaltet. Es unterscheidet sich daher grundlegend vom geltenden VVG.

Grundsätzlich gelten neue vertragsrechtliche Regelungen nur für Verträge, die nach dem Inkrafttreten des Gesetzes geschlossen werden, da die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Vertragsverhältnisse (Altverträge) Bestandsschutz genießen. Eine Umkehr dieses Grundsatzes erscheint aber bei der Reform des VVG aus zwei Gründen geboten. Bei Versicherungen handelt es sich häufig um sehr langfristige Vertragsverhältnisse; auf Altverträge wäre unter Umständen noch jahrzehntelang das alte VVG anzuwenden. Aus dem Nebeneinander zweier unterschiedlicher Rechtsordnungen für Versicherungsverträge würden sich für beide Vertragsparteien, in erster Linie allerdings für die Versicherer, kaum vertretbare Schwierigkeiten und Unsicherheiten ergeben. Ferner ist von Bedeutung, dass ein wesentliches Ziel der Reform des VVG darin besteht, die Rechtsstellung des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu stärken; dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn das neue Recht im Grundsatz auch für bestehende Verträge gilt. Die Erstreckung des neuen VVG auf Altverträge stellt eine unechte Rückwirkung dar, deren Zulässigkeit nicht durch überwiegende schutzwürdige Bestandsinteressen der Betroffenen in Frage gestellt ist.

Absatz 1 bestimmt daher im Grundsatz, dass das neu gefasste VVG auch auf Altverträge, d. h. auf Verträge, die bei Inkrafttreten des VVG bestehen, anzuwenden ist. Dies entspricht auch der Regelung des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes in Artikel 229 § 5 Satz 2 EGBGB für Dauerschuldverhältnisse. Bei den vorgeschlagenen Übergangsvorschriften wird davon ausgegangen, dass das neue Versicherungsvertragsgesetz Mitte des Jahres 2007 verabschiedet wird und nach Artikel 10 Abs. 1 des Entwurfes am 1. Januar 2008 in Kraft tritt.

Der Grundsatz der Geltung für Altverträge wird in zweierlei Hinsicht eingeschränkt: Zum einen muss den Versicherern eine Übergangszeit eingeräumt werden, um die bestehenden AVB und Vertragsmuster an das neue Recht anzupassen und die notwendigen betriebsorganisatorischen Änderungen vornehmen zu können. Eine zusätzliche Übergangszeit von einem Jahr nach dem Inkrafttreten des VVG dürfte zur Bewältigung des Umstellungsaufwandes ausreichend, aber auch erforderlich sein. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass für bestimmte Regelungen Abweichungen entweder im Hinblick auf die Übergangszeit oder aber vom Grundsatz der Geltung des neuen Rechtes für Altverträge notwendig sind. Diese Abweichungen sind in Absatz 2 sowie in den Artikeln 2 bis 6 geregelt. Darüber hinaus können auf Altverträge solche Vorschriften des neuen VVG nicht zur Anwendung kommen, die – wie z. B. neue Publizitätsvorschriften, Anzeigepflichten – beim Abschluss des Vertrags zu beachten sind; es bedarf keiner gesetzlichen Klarstellung, dass in diesen Fällen stattdessen die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltenden Vorschriften zu beachten sind. So sind z. B. für die Beurteilung der Frage, ob bei Altverträgen eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung vorliegt, die bisherigen Regelungen von § 16 Abs. 1, § 17 Abs. 1 VVG weiterhin maßgeblich; tritt der Versicherungsfall erst nach dem 31. Dezember 2008 ein, bestimmen sich aber die Rechtsfolgen nach dem neuen VVG.

Zu Absatz 2

Das Inkrafttreten des VVG zum 31. Dezember 2008 für Altverträge ist im Hinblick auf bereits laufende Schadensfälle

problematisch. Die Neuregelung für Obliegenheitsverletzungen kann dazu führen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Ansprüche und Verpflichtungen verändert werden, wenn sie nach dem Recht, das im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung eines Prozesses gilt, zu beurteilen sind. Um eine verfassungsrechtlich problematische Rückwirkung der Übergangsregelung in diesen Fällen zu vermeiden, bestimmt Absatz 2, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles bis zum 31. Dezember 2008 auf die sich hieraus ergebenden Rechte und Pflichten der Vertragsparteien weiterhin das Gesetz über den Versicherungsvertrag anzuwenden ist.

Zu Absatz 3

Den Versicherern muss die Befugnis eingeräumt werden, für Altverträge ihre AVB an das neue VVG anzupassen. Ein Änderungsbedarf kann z. B. auch daraus folgen, dass im VVG auf eine bisherige abdingbare Vorschrift des Gesetzes über den Versicherungsvertrag verzichtet wird.

Die Anpassung ist für den Zeitpunkt vorzunehmen, zu dem das VVG nach Absatz 1 auf Altverträge anzuwenden ist (1. Januar 2009); ein hiervon abweichender Zeitpunkt ergibt sich aus Artikel 2 für die Vertretungsmacht des Versicherungsvertreeters und die Krankenversicherung sowie aus den Artikeln 4 und 5.

Eine Bedingungsanpassung ist aber nur insoweit zulässig, als sie auf Grund einer Änderung des bisherigen Rechtes geboten ist. Dies ist insbesondere der Fall, wenn eine Bedingung einer zwingenden oder halbzwingenden Vorschrift des neu gefassten VVG widerspricht; eine Anpassung kommt aber auch im Hinblick auf Änderungen des dispositiven Rechtes in Betracht. Die Wirksamkeit der Anpassung hängt ferner davon ab, dass sie dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt, zu dem die Änderung Vertragsbestandteil werden soll, in Textform mitgeteilt wird und dabei gleichzeitig die Unterschiede zu den bisher geltenden AVB kenntlich gemacht werden.

Zu Artikel 2 (Vollmacht des Versicherungsvertreeters, Krankenversicherung)

Die Vorschrift erfasst in den Nummern 1 und 2 Bestimmungen des neu gefassten VVG, bei denen es der Übergangsfrist nach Artikel 1 Abs. 1 nicht bedarf und die daher bereits mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes auch auf Altverträge anzuwenden sind.

Die Geltung der Vorschriften in Nummer 1 über die Vertretungsmacht des Versicherungsvertreeters ab Inkrafttreten des neuen Gesetzes für alle Versicherungsverhältnisse ist notwendig, da der Versicherungsvertreter außer mit dem Abschluss neuer Versicherungsverträge auch mit der Betreuung bestehender Versicherungsverhältnisse betraut ist; in Bezug auf seine eigene Rechtsstellung hat er alle von ihm betreuten Versicherungsverhältnisse nach demselben Recht zu behandeln. Dies gilt auch für die in § 73 VVG-E erfassten Angestellten des Versicherers und nicht gewerbsmäßig tätigen Vermittler.

In Nummer 2 werden die gegenüber dem geltenden Recht nur unerheblich geänderten Vorschriften für die Krankenversicherung mit dem Inkrafttreten des VVG auch für Altverträge für anwendbar erklärt. Da das geltende Recht weitgehend unverändert bleibt, dürfte für die Versicherer eine

zusätzliche Übergangszeit entbehrlich sein. Um die Belange der versicherten Personen und die dauernde Erfüllung der bestehenden Krankenversicherungsverhältnisse auf Dauer zu gewährleisten, ist es erforderlich, Vorsorge zu treffen, dass die bestehenden Krankenversicherungsverhältnisse mit den unter neuem Recht zu schließenden Verträgen gemeinsam beobachtet und kalkuliert werden können. Dies kann nur erreicht werden, wenn die bestehenden Verträge mit Inkrafttreten des neuen Rechtes diesem unterworfen werden.

Die neuen Vorschriften kommen auf Altverträge bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des VVG aber nur zur Anwendung, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer form- und fristgerecht über die geänderten AVB unter Kenntlichmachung der Unterschiede gegenüber den bisher geltenden Bedingungen unterrichtet (vgl. Artikel 1 Abs. 3).

Zu Artikel 3 (Verjährung)

Zu Absatz 1

Die vom bisherigen § 12 Abs. 1 VVG abweichende Verjährungsregelung des § 195 BGB ist auch auf bei Inkrafttreten des VVG bestehende Ansprüche der Vertragsparteien anzuwenden, sofern zu diesem Zeitpunkt die Verjährung noch nicht eingetreten ist. Mit Artikel 3 wird die Überleitungsregelung von Artikel 229 § 6 EGBGB zum Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26. November 2001 (BGBl. I S. 3138) aufgegriffen.

Zu Absatz 2

Die Verjährungsfrist nach § 195 BGB beträgt drei Jahre und ist damit länger als die bisherige Frist von zwei Jahren nach § 12 Abs. 1 VVG. Für die Vollendung der Verjährung ist der Zeitpunkt maßgeblich, zu dem die kürzere Frist abläuft.

Zu Absatz 3

Die in dieser Vorschrift geregelten Fälle betreffen die Lebensversicherung, für die an Stelle der bisherigen Verjährungsfrist von fünf Jahren (vgl. § 12 Abs. 1 VVG) ebenfalls die generelle Frist von drei Jahren gelten soll. Die Berechnung des Fristablaufs in den Sätzen 1 und 2 entspricht der Überleitungsregelung von Artikel 229 § 6 Abs. 4 EGBGB.

Zu Absatz 4

Das neue VVG enthält in mehreren Vorschriften Fristen, die für die Geltendmachung oder den Erwerb oder Verlust eines Rechtes maßgeblich sind (so z. B. § 158 Abs. 2 VVG-E). Auf diese Fristen und deren Berechnung sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden; dies entspricht der Regelung von Artikel 229 § 6 Abs. 5 EGBGB. Die Vorschrift ist dagegen nicht auf Fristen anzuwenden, die, wie z. B. die Ausschlussfrist nach § 21 Abs. 3 Satz 1 VVG-E, erstmalig eingeführt werden.

Zu Artikel 4 (Lebensversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung)

Zu Absatz 1

Verträge, die bisher keine Überschussbeteiligung vorsehen, werden durch das neue Recht nicht zu überschussberechtigten Verträgen. Dies wird durch Satz 1 geregelt.

Im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht gesetzte Frist zur Umsetzung seiner Urteile vom 26. Juli 2005 tritt

§ 153 Abs. 2 und 3 VVG-E am 1. Januar 2008 in Kraft. Eine Gleichbehandlung von Alt- und Neuverträgen erscheint geboten. In abgeschlossene kalkulatorische Vorgänge wird durch die Regelung nicht eingegriffen. Sie wirkt für die Zukunft.

Zu Absatz 2

Der BGH hat in seinem Urteil vom 12. Oktober 2005 (VersR 2005, S. 1565) festgestellt, dass das für den Rückkaufwert geltende Recht vor allem hinsichtlich der Frühstornofälle den kündigenden Versicherungsnehmer unangemessen benachteiligt; dem hat sich das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 15. Februar 2006 (Verfahren 1 BVR 1317/96) angeschlossen.

Absatz 2 trägt dieser Rechtsprechung Rechnung, indem die Neuregelung des Rückkaufwertes in § 169 VVG-E sowie die hieran anknüpfenden Vorschriften der §§ 165 und 166 VVG-E über die prämienfreie Versicherung auf Altverträge, die bei Inkrafttreten dieser Regelung bestehen, erstreckt werden. Durch die Verweisung auf § 11c VAG wird klargestellt, dass es für den Altbestand im Sinn dieser Vorschrift bei den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Stornoklauseln bleibt.

Zu Absatz 3

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Versicherungsverträge, die das Risiko einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, einen bestimmten Beruf oder überhaupt eine Erwerbstätigkeit auszuüben, abdecken sollen, besteht bisher nicht. Diese Versicherungsverhältnisse sind zwar grundsätzlich der Lebensversicherung zuzurechnen. Sie werden jedoch in der Praxis im Einzelnen nur durch die AVB geregelt. Für Altverträge muss es bei dieser Rechtslage bleiben. Eine Erstreckung der neuen Regelung des VVG auf Altverträge erscheint vor allem deshalb nicht vertretbar, weil mit den §§ 173 und 174 VVG-E halbzwingende Vorschriften aufgenommen werden, die für die Ausgestaltung dieser Versicherungsverhältnisse von wesentlicher Bedeutung sind. Die Vorschrift des Absatzes 3 schließt aber nicht aus, dass der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer die Anwendung des neuen Rechtes auf Altverträge vereinbart.

Zu Artikel 5 (Rechte der Gläubiger von Grundpfandrechten)

Zu Absatz 1

Der Schutz der Gläubiger von Grundpfandrechten bei der Gebäudefeuerversicherung nach den §§ 99 bis 107c VVG soll künftig eingeschränkt werden (vgl. §§ 142 bis 149 VVG-E). Für Altverträge muss es beim geltenden Recht verbleiben. Gläubiger von Grundpfandrechten, die ihre Rechte gegenüber dem Versicherer nach geltendem Recht angemeldet haben, haben mit dieser Anmeldung eine geschützte Rechtsposition erworben, die der Gesetzgeber zu achten hat. Für alle nach bisherigem Recht von diesen Gläubigern beim Versicherer angemeldeten Hypotheken, Grundschulden und sonstigen Reallasten gelten daher weiterhin die bisherigen Vorschriften (Satz 1). Darüber hinaus wird diesen Gläubigern in Satz 2 eine zusätzliche Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2008 eingeräumt, innerhalb derer sie ihr Grundpfandrecht beim Versicherer noch anmelden und dadurch eine geschützte Rechtsposition erlangen können.

Zu Absatz 2

Die zusätzliche Übergangsregelung für die vom Gesetz zur Überleitung landesrechtlicher Gebäudeversicherungsverhältnisse vom 22. Juli 1993 (BGBl. I S. 1282, 1286) in Verbindung mit der Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 28. Dezember 1942 (RGBl. I S. 740) erfassten Versicherungsverhältnisse bei einer öffentlichen Anstalt ist wegen der vorgesehenen Aufhebung des angeführten Gesetzes und der Verordnung notwendig. Die durch die Verordnung begründete Fiktion der Anmeldung zu Gunsten der Gläubiger von in der Zeit vom 1. Januar 1943 bis 30. Juni 1994 begründeten Grundpfandrechten erlischt damit; nach Satz 2 soll das Erlöschen allerdings erst mit Ablauf des 31. Dezember 2008 eintreten.

Diesen Gläubigern von Grundpfandrechten wird nach Satz 1 die Möglichkeit eingeräumt, ihre Grundpfandrechte noch bis zum 31. Dezember 2008 nach Maßgabe der §§ 99 bis 106 VVG anzumelden. Durch die Anmeldung bleibt ihre bisherige Rechtsposition, die auf der Anmeldefiktion beruht, erhalten. Mit der vorgesehenen Nachfrist zur Anmeldung werden sie den Gläubigern, die ihre Rechte nach geltendem Recht anzumelden haben, gleichgestellt.

Zu Artikel 6 (Versicherungsverhältnisse nach § 190 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag)

Die bisherige Sonderregelung des § 190 VVG für Versicherungsverhältnisse bei Innungsunterstützungskassen und Berufsgenossenschaften soll nicht in das neue VVG übernommen werden. Hinsichtlich der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits bestehenden Versicherungsverhältnisse soll es aber beim bisherigen Rechtszustand verbleiben, wonach das VVG insoweit nicht anzuwenden ist. Artikel 6 enthält eine entsprechende Regelung bezüglich des neu gefassten VVG.

Zu Nummer 3 (Artikel 10 Abs. 1 Satz 1)

Die Beschränkung der Rechtswahlfreiheit im bisherigen Artikel 10 Abs. 1 Satz 1 EGVVG auf in Deutschland ansässige Versicherungsnehmer und hier belegene Risiken entspricht nicht den gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben. Die neu gefasste Vorschrift sieht daher für Verträge über Großrisiken im Sinn des Satzes 2 die völlige Rechtswahlfreiheit vor.

Zu Artikel 3 (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs)

§ 330 Satz 1 BGB enthält auch für Lebensversicherungen eine Auslegungsregel. Diese Vorschrift war schon bisher in der versicherungsvertraglichen Rechtspraxis ohne Bedeutung; sie ist durch die später erlassene Vorschrift des § 166 VVG praktisch überholt worden. Wegen der nunmehr in § 159 Abs. 2 und 3 VVG-E vorgesehenen Unterscheidung zwischen unwiderruflicher und widerruflicher Benennung des Bezugsberechtigten stimmen die beiden Regelungen nicht mehr uneingeschränkt überein. Daher wird die Lebensversicherung aus dem Anwendungsbereich des § 330 Satz 1 BGB ausgeklammert. Die unter den Nummern 1 und 2 vorgeschlagenen Änderungen sind die Konsequenz dieser Ausklammerung.

Zu Artikel 4 (Änderung des Handelsgesetzbuchs)

Die Seeversicherung ist bisher ausschließlich im Zehnten Abschnitt des Fünften Buchs Handelsgesetzbuch in den §§ 778 bis 900 und 905 (Verjährung) geregelt; § 186 VVG klammert die Seeversicherung aus dem Anwendungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes aus. Auch nach dem VVG-E wird die Seeversicherung vom Anwendungsbereich dieses Gesetzes ausgenommen. Auf die Begründung zu § 209 VVG-E wird Bezug genommen. Trotz der Ausklammerung der Seeversicherung besteht kein Bedürfnis für die Beibehaltung dieser umfangreichen HGB-Sonderregelung. Ihre praktische Bedeutung hat sie schon seit langem durch die allgemeinen Bedingungswerke, die sich vor allem an den internationalen Regelungen und Usancen orientieren, verloren. Da diese Regeln sich nach übereinstimmenden Aussagen der betroffenen Wirtschaftskreise bewährt und nur in wenigen Fällen zu Rechtsstreitigkeiten geführt haben, besteht auch keine Notwendigkeit, das Seeversicherungsrecht im HGB an die heutigen Verhältnisse anzupassen.

Die §§ 778 bis 900 und 905 HGB können somit aufgehoben werden. Eine Übergangsfrist ist in dem neuen Artikel 63 EGHGB (Artikel 5 des Gesetzentwurfes) vorgesehen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Einführungsgesetzes zum Handelsgesetzbuch)

Artikel 63 enthält für Altverträge im Sinn des Artikels 1 Abs. 1 EGVVG eine Übergangsvorschrift im Hinblick auf die Aufhebung der Seeversicherungsvorschriften des HGB nach Artikel 4 des Gesetzentwurfes. Auch wenn diese Vorschriften weitgehend überholt sind, soll den Vertragsparteien aus Gründen des Vertrauensschutzes eine Übergangsfrist von einem Jahr für eine etwa notwendige Vertragsanpassung eingeräumt werden. Die Notwendigkeit einer Anpassung kann sich z. B. bezüglich sog. gemischter Reisen im Sinn des § 147 VVG ergeben; diese Vorschrift entfällt nach dem Entwurf, da sie das Seeversicherungsrecht des HGB für anwendbar erklärt.

Zu Artikel 6 (Änderung der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung)**Zu Nummer 1** (§ 31)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die durch das neue Versicherungsvertragsgesetz begründet ist.

Zu Nummer 2 (§ 54)

Mit der Änderung des § 54 werden – zusammen mit § 153 VVG-E – die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus dem Urteil 1 BvR 80/95 umgesetzt, nach dem Versicherungsnehmer angemessen an den Vermögenswerten zu beteiligen sind, die durch die Prämienzahlungen im Bereich der kapitalbildenden Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung geschaffen wurden. Das Bundesverfassungsgericht hat deutlich gemacht, dass die geltenden bilanzrechtlichen Vorschriften, die eine Berücksichtigung der stillen Reserven aus Gründen der Vorsicht ausschließen, bei der Berechnung der Überschussbeteiligung nicht allein maßgeblich sein können. Vielmehr sei eine auf die Besonderheiten der Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung ausgerichtete, abwägende Prüfung gefordert, wie weit die Ausklammerung

stiller Reserven bei der Berechnung des Schlussüberschusses im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten von den einzelnen Versicherungsnehmern hinzunehmen sei oder inwieweit darin eine ungerechtfertigte Beeinträchtigung Einzelner liege. Das Bundesverfassungsgericht hat sodann deutlich gemacht, dass es geboten ist, nicht realisierte stille Reserven jedenfalls in angemessenem Umfang in die Berechnung der Überschussbeteiligung einzubeziehen. In diesem Zusammenhang hat das Bundesverfassungsgericht betont, dass die Beteiligung an den stillen Reserven nicht zwingend durch eine Änderung der bilanzrechtlichen Bewertungsvorschriften zu erfolgen hat. Vielmehr sei es auch möglich, Art und Umfang der Berechnung und Einbeziehung der stillen Reserven durch versicherungsaufsichtliche oder versicherungsvertragsrechtliche Vorschriften vorzusehen und im Bilanzrecht allenfalls eine gesteigerte Transparenz durch zusätzliche Anhangangaben zum Zeitwert der Kapitalanlagen zu schaffen.

Der letzte Gedanke wird mit der Neufassung des § 153 VVG-E und der Änderung des § 54 aufgegriffen. Beide Vorschriften schaffen im Zusammenspiel eine erhöhte Transparenz auch für den Versicherungsnehmer. Mit dem geänderten § 54 sind die Versicherungsunternehmen verpflichtet, für sämtliche Kapitalanlagen, die in der Bilanz zu Anschaffungskosten oder zum Nennwert (§ 341c des Handelsgesetzbuchs) ausgewiesen sind, im Anhang den Zeitwert anzugeben. Dies jedoch nicht – wie bisher – in einer Gesamtsumme, sondern entsprechend der Darstellung der Kapitalanlagen in der Bilanz aufgeschlüsselt. Damit werden die vorhandenen stillen Reserven und stillen Lasten transparent.

Aus den Zeitwerten der einzelnen Kapitalanlagen ist die Summe der Zeitwerte der Kapitalanlagen zu ermitteln und ebenfalls im Anhang anzugeben, die in die Berechnung der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den stillen Reserven einzubeziehen sind. Diesem Betrag ist die Summe der (fortgeführten) Anschaffungskosten der in die Berechnung der Beteiligung an den stillen Reserven einzubeziehenden Kapitalanlagen gegenüberzustellen. Beide Summen sind zu saldieren. Es ergibt sich der Betrag der stillen Reserven zum Bilanzstichtag. Damit wird der Versicherungsnehmer in die Lage versetzt, aus dem Anhang den Betrag der stillen Reserven zu entnehmen.

Mit der Vorschrift wird darüber hinaus erreicht, dass der beizulegende Zeitwert von Hypothekendarlehen und anderen Forderungen künftig aus dem Anhang erkennbar ist. Dies dient, worauf die Europäische Kommission hingewiesen hat, der Umsetzung des Artikels 55 der Richtlinie 91/674/EWG des Rates vom 19. Dezember 1991 über den Jahresabschluss und den konsolidierten Abschluss von Versicherungsunternehmen (ABl. EG Nr. L 374 vom 31. Dezember 1991, S. 7).

Zu Nummer 3 (§ 64)

Der neue Absatz 9 enthält die notwendigen Anwendungsvorschriften.

Zu Artikel 7 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht ist an die Änderung der §§ 10a und 85a sowie der Anlage D anzupassen.

Zu Nummer 2 (§ 8 Abs. 1 Satz 1)

§ 204 VVG-E schränkt die Möglichkeit der Versicherer ein, beliebig neue Tarife mit neuen Kalkulationsgrundlagen bei gleichzeitiger Schließung ähnlicher Altтарife zu entwickeln. Diese Beschränkung könnte missbräuchlich umgangen werden, indem ein Versicherungsunternehmen zur Erreichung des gleichen Zwecks ein Tochterunternehmen gründet, das solche neuen Tarife anbietet. Da die Anwendung des § 204 VVG-E wegen der damit auch verbundenen erheblichen Nachteile nicht auf Konzerne ausgedehnt werden kann, erweitert die neue Vorschrift die Eingriffsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörde.

Zu Nummer 3 (§ 10 Abs. 3)

Die Änderung ist wegen der Bezeichnungsänderung für das EGVVG nach Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzentwurfes und zur Präzisierung der Verweisung erforderlich.

Zu Nummer 4 (§ 10a)

Zu Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 des geltenden § 10a VAG regeln die Verbraucherinformation. Es handelt sich um die Pflicht des Versicherers, dem Versicherungsnehmer vor Vertragschluss und während der Laufzeit des Vertrags die Informationen zu erteilen, die im Einzelnen in der Anlage D aufgeführt sind. Diese Informationspflichten beruhen fast ausschließlich auf EG-rechtlichen Vorgaben. Die Ausgestaltung als öffentlich-rechtliche Pflicht des Versicherers gegenüber der Aufsichtsbehörde erscheint nicht sachgerecht; bereits die bisherige Regelung in § 5a Abs. 1 VVG macht die vertragsrechtliche Relevanz der Regelung der Verbraucherinformation deutlich. Die Frage, welche Informationen dem Versicherungsnehmer vor und nach Vertragsschluss vom Versicherer zur Verfügung gestellt werden müssen, ist typischerweise zivilrechtlicher Natur.

Daher sollen diese Informationspflichten künftig im Versicherungsvertragsgesetz geregelt werden. Hinzu kommt, dass zur Umsetzung der Richtlinie 2002/65/EG über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen der Umfang dieser Informationen noch erheblich erweitert worden ist (vgl. Gesetz zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen vom 2. Dezember 2004, BGBl. I S. 3102, 3108 – Anlage zu § 48b VVG). Diese Informationspflichten werden nunmehr vollständig im neuen VVG erfasst; die entsprechende Regelung ergibt sich aus § 7 Abs. 2 VVG-E in Verbindung mit der zu erlassenden Rechtsverordnung.

Die bisherige Regelung in § 10a Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 VAG in Verbindung mit Anlage D Abschnitt I und II wird daher aufgehoben (vgl. Nummer 14).

Für die in den §§ 112 und 113 VAG geregelten Pensionsfonds, die keine Versicherungsunternehmen sind und auf die das Versicherungsvertragsgesetz daher nicht anzuwenden ist, verbleibt es bei den in Anlage D Abschnitt III vorgeschriebenen Informationen zugunsten der Versorgungsempfänger, die durch Artikel 1 Nr. 39 des Siebten Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2546) erweitert worden sind. Dies gilt auch für die Informationspflicht bei Lebensversicherungen und Pensionskassen, soweit sie Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erbringen; der bisherige § 10a Abs. 1 Satz 3 VAG wird in den neuen Absatz 2 übernommen.

Die neuen Absätze 1 und 3 enthalten die bisherigen Absätze 3 und 1a.

Zu Nummer 5 (§ 11b)

Die Neufassung des § 11b berücksichtigt, dass nach dem neuen § 164 VVG-E bei einer Änderung von allgemeinen Versicherungsbedingungen der Lebensversicherung die Mitwirkung eines Treuhänders künftig entfällt.

Zu Nummer 6 (§ 12)

Zu Buchstabe a

Der Eingangssatz übernimmt die Legaldefinition der substitutiven Krankenversicherung, wie sie in § 195 Abs. 1 Satz 1 VVG-E eingeführt wird. Ferner wird klargestellt, dass der neue Absatz 6 eine Ausnahme von § 12 Abs. 1 VAG enthält.

Zu Buchstabe b

Absatz 4a Satz 2 nimmt entsprechend dem geltenden Recht befristete Krankenversicherungsverhältnisse von der Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags aus.

Zu Buchstabe c

Da die ohne Alterungsrückstellung kalkulierte, befristete Krankenversicherung für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel substitutive Krankenversicherung ist, macht die neue Vorschrift des § 195 Abs. 3 VVG-E gleichzeitig die in Absatz 6 vorgesehene Änderung des § 12 VAG erforderlich; denn nach der bisherigen Fassung des Absatzes 1 darf die substitutive Krankenversicherung nur nach Art der Lebensversicherung und mit Alterungsrückstellung betrieben werden. Das Gleiche gilt entsprechend für Krankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 VVG-E und für die Krankentagegeldversicherung nach Vervollendung des 65. Lebensjahres nach § 196 VVG-E.

Zu Nummer 7 (§ 12b)

Zu Buchstabe a

Mit dem Einschub in Absatz 2 Satz 4 wird der Wortlaut an § 163 Abs. 1 Satz 2 VVG-E, der den bisherigen § 172 VVG ändert, angepasst.

Zu Buchstabe b

Der Absatz 2a wird eingefügt, da nach dem neuen § 203 Abs. 2 Satz 3 VVG-E auch die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten für sich allein eine Überprüfung der Prämien und gegebenenfalls ihre Anpassung auslösen kann. Wie bei den Versicherungsleistungen soll dies aber nicht möglich sein, wenn sich nur unbedeutende Änderungen gegenüber der Kalkulation ergeben haben. Nach dem Vorbild des Absatzes 2 wird daher in Absatz 2a die Berechnung eines „auslösenden Faktors“ vorgesehen. Hat sich die Sterblichkeit in einem Maße verändert, dass der mit den von der Aufsichtsbehörde veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten berechnete Leistungsbarwert um mehr als fünf Prozent über dem kalkulierten liegt, können die Prämien überprüft werden. Da die Auswirkungen der Sterbewahrscheinlichkeiten auf die Prämien tarifbezogen unterschiedlich sind, ist auch dieser „auslösende Faktor“ für jede Beobachtungseinheit getrennt zu berechnen. Bei der Neufestsetzung der Prämien sind die von der Aufsichtsbehörde veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten zu berücksichtigen, der

Krankenversicherer kann jedoch bei systematisch anderen Verhältnissen auch niedrigere Werte ansetzen.

Auf eine Prämienanpassung wegen Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten sind die Vorschriften des Absatzes 2 Satz 3 bis 5 entsprechend anzuwenden.

Zu Buchstabe c

Die Änderung der Verweisung in Absatz 5 berücksichtigt, dass der bisherige § 178g Abs. 3 VVG durch § 203 Abs. 3 VVG-E ersetzt wird.

Zu Nummer 8 (§ 12c)

Zu Buchstabe a

In der neuen Nummer 5 wird die Ermächtigungsgrundlage auf die Berechnung des in § 12b Abs. 2a geregelten neuen „auslösenden Faktors“ Sterbewahrscheinlichkeiten erstreckt.

Zu Buchstabe b

Nach der bisher geltenden Fassung des Satzes 1 bedürfen nur die Rechtsverordnungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 des Einvernehmens mit dem Bundesministerium der Justiz. Dies ist nicht sachgerecht, da auch die Rechtsverordnungen nach den Nummern 2 bis 4 materielles Versicherungsvertragsrecht zum Inhalt haben. Deshalb ist das Einvernehmen auf den gesamten Absatz 1 Satz 1 zu erstrecken.

Zu Nummer 9 (Überschrift § 85a)

Die Änderung der Überschrift ist wegen der Änderung des § 10a erforderlich.

Zu Nummer 10 (§ 110a)

Die Bezugnahme auf Anlage D entfällt, da die Abschnitte I und II dieser Anlage aufgehoben werden (vgl. Nummer 14). Die vorgeschriebene Information ist in die nach § 7 Abs. 2 VVG-E zu erlassende Rechtsverordnung aufzunehmen.

Zu Nummer 11 (§ 111)

Die Änderung ist wegen der Bezeichnungsänderung für das EGVVG nach Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzentwurfes und zur Präzisierung der Verweisung erforderlich.

Zu Nummer 12 (§ 113 Abs. 2)

Die Verweisung in Nummer 4 der Vorschrift ist auf die Anlage D insgesamt zu erstrecken, da Anlage D nur noch den bisherigen Abschnitt III enthält (vgl. die Nummern 4 und 14).

Zu Nummer 13 (§ 118e Abs. 5)

Die Begründung zu Nummer 12 gilt auch für diese Änderung.

Zu Nummer 14 (Anlage D zu § 10a)

Anlage D Abschnitt I und II der Anlage zu § 10a kann aus den zu Nummer 4 dargelegten Gründen wegfallen. Die Information bei Pensionsfonds im bisherigen Abschnitt III in der durch das Siebte Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2546) geänderten Fassung wird unverändert beibehalten; sie ist nach dem neuen § 10a Abs. 2 (vgl. Nummer 4) auch

für Lebensversicherungen und Pensionskassen maßgeblich, soweit sie Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erbringen.

Zu Artikel 8 (Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 2 Abs. 2)

Es handelt sich lediglich um redaktionelle Folgeänderungen, die sich aus der Neuregelung der Haftpflichtversicherung in den §§ 100 bis 124 VVG-E ergeben. Der neue § 3b PflVG enthält den bisherigen § 158h Satz 2 VVG; mit der Verweisung auf diese Vorschrift verbleibt es auch insoweit beim geltenden Recht.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die Vorschriften des § 3 werden in das neu gefasste VVG in den Abschnitt über die Pflichtversicherung (§§ 113 bis 124 VVG-E) im Wesentlichen unverändert aufgenommen, soweit sie über die Kfz-Haftpflichtversicherung hinaus auf alle Arten von Pflichtversicherungen anzuwenden sind. Lediglich bei § 3 Nr. 6 PflVG handelt es sich im Grundsatz um eine spezielle Vorschrift für Kraftfahrzeuge; daher beschränkt sich der neu gefasste § 3 auf diese Regelung, die sachlich unverändert beibehalten wird.

Einer ausdrücklichen Klarstellung im Pflichtversicherungsgesetz, dass für die Kfz-Haftpflichtversicherung die Vorschriften des VVG über die Pflichtversicherung gelten, bedarf es auch künftig nicht, da sich dies zwingend aus der Systematik des neuen VVG ergibt.

Zu Nummer 3 (§ 3a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Übernahme des bisherigen § 3 Nr. 1 PflVG in den neuen § 115 Abs. 1 VVG-E. Der durch Gesetz vom 17. Juli 2002 (BGBl. I S. 2586) eingeführte § 3a enthält eine zusätzliche Sonderregelung für die Kfz-Haftpflichtversicherung, die nicht auf andere Arten von Pflichtversicherungen erstreckt werden kann.

Zu Nummer 4 (§ 3b)

Der neue § 3b enthält den bisherigen § 158h Satz 2 VVG. Die Übernahme in das Pflichtversicherungsgesetz ist sachgerecht, da die Vorschrift sich nur auf die Kfz-Haftpflichtversicherung bezieht.

Zu Nummer 5 (§ 4)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Übernahme des bisherigen § 3 Nr. 4 und 5 PflVG in den neuen § 117 Abs. 1 und 2 VVG-E.

Zu Artikel 9 (Änderung weiterer Rechtsvorschriften)

Es handelt sich im Wesentlichen um bloße formale Anpassungen an das neue Versicherungsvertragsgesetz.

Materielle Änderungen ergeben sich aus

1. den Verweisungen auf die Vorschriften der §§ 113 bis 124 VVG-E, insbesondere auf den aus dem Pflichtversicherungsgesetz übernommenen Direktanspruch nach

§ 115 VVG-E, in Absatz 1 (Arzneimittelgesetz), und Absatz 18 Nr. 1 (Signaturverordnung);

2. der Neuregelung des Rückkaufswertes nach § 169 VVG-E bezüglich Absatz 15 (Fünftes Vermögensbildungsgesetz) und Absatz 16 (Betriebsrentengesetz);
3. der Änderung des § 5 SGB V in Absatz 21; bei Nummer 1 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Übernahme des Inhalts des Absatzes 9 in den § 205 Abs. 2 VVG (Artikel 1 des Gesetzentwurfes); mit der Neuregelung in Nummer 2 wird erreicht, dass beispielsweise Soldaten auf Zeit, die während der versicherungsfreien Dienstzeit eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung aufrechterhalten hatten und die nach Beendigung der Dienstzeit eine versicherungspflichtige Beschäftigung als Arbeitnehmer aufnehmen, die jedoch vor Ablauf der für eine freiwillige Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlichen Vorversicherungszeit endet, zu den Bedingungen der Anwartschaftsversicherung der privaten Krankenversicherung beitreten können, ohne dass diese Anwartschaftsversicherung während der Zeit der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung fortgeführt werden musste.

Zu Artikel 10 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Zwischen Verkündung und Inkrafttreten des VVG muss eine ausreichend lange Übergangszeit liegen, da für die Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein längerer Vorlauf erforderlich ist. Es wird davon ausgegangen, dass das Gesetz Mitte des Jahres 2007 verabschiedet werden kann. Ferner soll das Gesetz zum Jahresbeginn in Kraft treten, um den Übergang zu dem neuen Recht für die Praxis zu vereinfachen. Der Entwurf sieht daher den 1. Januar 2008 als Inkrafttretenszeitpunkt vor.

Zu Absatz 2

Da das geltende Gesetz über den Versicherungsvertrag durch das VVG abgelöst werden soll, muss das Gesetz über den Versicherungsvertrag gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes außer Kraft treten (Nummer 1). Dessen ungeachtet sind die Vorschriften des aufzuhebenden Gesetzes auf Altverträge teilweise weiterhin anzuwenden (Artikel 2 Nr. 2 des Entwurfes).

Bei der in Nummer 2 erfassten Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 28. Dezember 1942 (RGBl. I S. 740) handelt es sich um eine Kriegsverordnung, die in den früheren Monopolgebietenen Personal einsparen sollte. Die bei den früheren Monopolanstalten begründeten gesetzlichen oder kraft gesetzlichen Zwanges begründeten Gebäudeversicherungsverhältnisse sind bei Aufhebung des Gebäudeversicherungsmonopols zum 1. Juli 1994 durch das Gesetz zur Überleitung landesrechtlicher Gebäudeversicherungsverhältnisse vom 22. Juli 1993 (BGBl. I S. 1282) übergeleitet worden. Ist das Versicherungsverhältnis beim ursprünglichen Versicherer fortgesetzt worden, wirkt die Fiktion der Anmeldung von Hypotheken und sonstigen Reallasten fort. Im Rahmen der Rechtsbereinigung ist es sinnvoll, die Verordnung von 1942, die nur noch Altfälle betrifft, aufzuheben und für die Altfälle eine angemessene Übergangsregelung

zu schaffen (vgl. Artikel 2 des Entwurfes, dort Artikel 5 Abs. 2). Den Hypotheken- und sonstigen Realgläubigern soll hierzu die Möglichkeit eingeräumt werden, ihre Hypotheken und sonstigen Reallasten in einer angemessenen Übergangsfrist nach § 99 ff. VVG anzumelden.

Die Verordnung vom 25. Oktober 1944 (RGBl. I S. 278) wird mit Inkrafttreten des VVG und den Überleitungsvorschriften des EGVVG hierzu gegenstandslos; sie kann somit aufgehoben werden (Nummer 3).

Die Verordnung zur Vereinheitlichung des Rechts der Vertragsversicherung vom 19. Dezember 1939 ist mit Inkrafttreten des VVG obsolet und kann daher aufgehoben werden (Nummer 4).

Das unter Nummer 5 erfasste Gesetz vom 22. Juli 1993 kann im Rahmen einer Rechtsbereinigung als nunmehr gegenstandslos aufgehoben werden. Die durch dieses Gesetz ermöglichte Überleitung der vormals bestehenden gesetzlichen oder auf Zwang beruhenden Gebäudeversicherungsverhältnisse bei öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten in vertragliche Versicherungsverhältnisse ist abgeschlossen. Der Regelungszweck des Gesetzes ist erfüllt und erledigt.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 828. Sitzung am 24. November 2006 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob der in dem Entwurf mehrfach verwendete, dogmatisch verfehlte Begriff „Vertragserklärung“ (vgl. z. B. Artikel 1 § 2 Abs. 2, § 7 Abs. 1, § 8 Abs. 1 Satz 1 VVG-E) durch die Wörter „auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung“ ersetzt werden kann.

Begründung

Die Bezeichnung „Vertragserklärung“ ist missverständlich. Es wird nicht klar, welche Art von Erklärungen darunter zu verstehen sein sollen. Sie ist auch dogmatisch falsch; richtig ist die Formulierung „auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung“. Diese knüpft an die §§ 130, 133 und 145 BGB an.

Der Begriff „Vertragserklärung“ findet sich bereits in § 312c Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, § 312d Abs. 6, § 492 Abs. 1 Satz 5, Abs. 3, § 502 Abs. 1 Satz 1 BGB, § 1 Abs. 3 Satz 2 BGB-InfoV, § 48b Abs. 3 Satz 2 und § 48c Abs. 1 Satz 1 VVG. Um die Zivilrechtsdogmatik nicht weiter in Widersprüche zu verstricken, wird ange-regt, auch die genannten Vorschriften entsprechend zu ändern.

2. Zu Artikel 1 (§ 6 Abs. 1, § 61 Abs. 1 VVG-E)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens § 6 Abs. 1 und § 61 Abs. 1 VVG-E an Artikel 12 Abs. 3 der Richtlinie 2002/92/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Dezember 2002 über Versicherungsvermittlung anzupassen.

Begründung

Nach Artikel 12 Abs. 3 der Richtlinie 2002/92/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Dezember 2002 über Versicherungsvermittlung (ABl. Nr. L 9 vom 15. Januar 2003 S. 3 ff.) – Versicherungsvermittlungsrichtlinie – hat der Versicherungsvermittler vor Abschluss eines Versicherungsvertrages, insbesondere anhand der vom Kunden gemachten Angaben, zumindest dessen Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für jeden diesem zu einem bestimmten Versicherungsprodukt erteilten Rat genau anzugeben. Diese Angaben sind der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrages anzupassen.

§ 61 Abs. 1 des Entwurfs setzt die Richtlinie insoweit nicht vollständig um. Nach der Richtlinie sind die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden sowie die Gründe für jeden diesem zu einem bestimmten Versicherungsprodukt erteilten Rat genau anzugeben (Artikel 12 Abs. 3 Satz 1 der Richtlinie). Hierbei handelt es sich um eine

Mindestvorschrift, d. h. es können weitere Angaben erfolgen. Die Einschränkung in Artikel 12 Abs. 3 Satz 2 der Richtlinie lässt diesen Mindestinhalt nicht entfallen, sie ermöglicht allenfalls eine erleichterte Darstellung.

Demgegenüber machen § 6 Abs. 1 und § 61 Abs. 1 VVG-E die Befragung des Kunden nach seinen Wünschen und Bedürfnissen, die Beratung sowie die Mindestangaben einer Dokumentation von mehreren Einschränkungen abhängig: Einmal sind diese Maßnahmen nicht nötig, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür kein Anlass besteht. Zum anderen können sie entfallen, wenn ansonsten kein angemessenes Verhältnis zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämie bestünde.

Die Versicherer trifft zwar nicht die gleiche europarechtliche Pflicht wie die Versicherungsvermittler. Aus Verbraucherschutzgründen können ihre Pflichten jedoch nicht hinter denen der Vermittler zurückstehen.

Die in der Gegenäußerung der Bundesregierung zu § 42c Abs. 1 Satz 1 VVG-E in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts (Bundestagsdrucksache 16/2475, S. 4) angegebene Begründung, dies sei der Kernpunkt eines Kompromisses zwischen Verbraucherschutzinteressen und der Belastung der Vermittler, trägt nicht. Dies gilt auch für die weitere Behauptung, durch die Streichung des „Anlassbezuges“ für die Beratungs- und Dokumentationspflicht würde dem Vermittler die Möglichkeit genommen, den Aufwand individuell anzupassen. Denn die Zulässigkeit einer individuellen Anpassung der Dokumentationspflicht an die individuellen Umstände des Einzelfalls ist unstrittig. Die vorgeschlagene Regelung ermöglicht es allerdings dem Vermittler, seinen Mindestpflichten nicht nachzukommen und damit trotzdem bundesdeutschem Recht zu genügen. Dies ist mit der Richtlinie nicht vereinbar.

3. Zu Artikel 1 (§ 6 Abs. 4 Satz 1 VVG-E)

In Artikel 1 § 6 Abs. 4 Satz 1 ist nach der Angabe „Absatz 1 Satz 1“ die Angabe „und 2“ einzufügen.

Begründung

Aus Gründen des Verbraucherschutzes sollte dem Versicherer außer der Verpflichtung zur anlassbezogenen weiteren Beratung nach Vertragsschluss konsequenterweise auch eine entsprechende Dokumentationspflicht auferlegt werden. Wird der Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Versicherungsvertrages auf Umstände hingewiesen, die ihn zu einer Vertragsänderung bzw. zum Abschluss eines neuen Vertrages veranlassen, sollte er auch den Nachweis einer sachgerechten Beratung durch den Versicherer in den Händen halten.

4. Zu Artikel 1 (§ 15a – neu – VVG-E)

In Artikel 1 ist nach § 15 folgender § 15a einzufügen:

„§ 15a

Anpassung unwirksamer Versicherungsbedingungen

(1) Ist eine Bestimmung in Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers von der Änderung und der hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.“

Begründung

Die Aufnahme einer gesetzlichen Anpassungsregelung erscheint für alle Versicherungszweige notwendig, da Versicherungsverträge in der Praxis regelmäßig eine lange Laufzeit aufweisen. Wird eine Klausel höchstrichterlich beziehungsweise durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt, sollte für den Versicherer die Möglichkeit bestehen, unter engen Voraussetzungen die unwirksame Bedingung zu ersetzen. Da von der unwirksamen Bedingung grundsätzlich eine Vielzahl von Verträgen betroffen ist, erscheint es sachgerecht, wenn in diesen speziellen Fällen nicht durch zahlreiche Individualvereinbarungen eine Neuregelung herbeigeführt werden muss. Eine Anpassungsmöglichkeit ist nicht nur für den Fall angezeigt, dass dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist, sondern auch, wenn das Festhalten an dem Vertrag für eine Partei eine unzumutbare Härte darstellen würde, da eine Unwirksamkeit des Vertrages nach § 306 Abs. 3 BGB vermieden werden sollte.

Als Folge müssen § 164 VVG-E gestrichen und in § 203 Abs. 4 VVG-E die Angabe „§ 164“ durch die Angabe „§ 15a“ ersetzt werden.

5. Zu Artikel 1 (§ 29a – neu – VVG-E)

In Artikel 1 ist nach § 29 folgender § 29a einzufügen:

„§ 29a

Kenntnis anderer Versicherer

Der Versicherer muss sich die Kenntnis von Daten des Versicherungsnehmers eines anderen, demselben Konzern angehörigen Versicherers zurechnen lassen, wenn er Veranlassung hatte und in der Lage war, die bei dem anderen Versicherer gespeicherten Daten abzurufen.“

Begründung

Der Vorschlag der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (vgl. § 32 des Kommissionsentwurfs) zur Zurechnung der Kenntnis anderer Versicherer sollte mit der Maßgabe übernommen werden, dass eine

Nachfragepflicht zwischen Versicherern, die demselben Konzern angehören, statuiert wird. Gerade bei Verletzung der Anzeigepflicht berufen sich in der Praxis Versicherungsnehmer sehr häufig auf die Kenntnis des Versicherers auf Grund von Vorkommnissen im Zusammenhang mit anderen Versicherungsverträgen, da ihnen insbesondere die Spartenentrennung kein Begriff ist. Besonders häufig ist dies zu beobachten, wenn Versicherungsnehmer eine weitere Personenversicherung bei einem Versicherer abschließen, bei dem sie z. B. bereits eine Krankenversicherung unterhalten. Erstattet der Krankenversicherer die Kosten für eine bestimmte Behandlung, so ist es für den Versicherten keinesfalls selbstverständlich, dass er die der Behandlung zu Grunde liegende Erkrankung bei Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung angeben muss. Gehören die Versicherer demselben Konzern an, sollten sie zu dem von den Versicherungsnehmern unterstellten und technisch unschwer möglichen Informationsaustausch angehalten werden.

6. Zu Artikel 1 (§ 41 Satz 1 VVG-E)

In Artikel 1 § 41 Satz 1 sind die Wörter „kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Prämie ab Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen herabgesetzt wird.“ durch die Wörter „hat der Versicherer unverzüglich nach Kenntniserlangung hiervon die Prämie in entsprechendem Umfang herabzusetzen.“ zu ersetzen.

Begründung

Mit dem Wegfall gefahrerhöhender Umstände verringert sich das zu versichernde Risiko. Folglich hat der Versicherer keinen Anspruch mehr auf eine Prämie in der dem höheren Risiko entsprechenden Höhe. Aus Verbrauchersicht erscheint es unbillig, dass der Versicherungsnehmer in diesem Fall selbst aktiv werden und die Herabsetzung der Prämie verlangen muss. Da üblicherweise Kostenerhöhungen von den Versicherern unverzüglich an die Kunden weitergegeben werden, ist es den Versicherern zumutbar, auch im umgekehrten Fall für eine unverzügliche Anpassung zu sorgen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Versicherungen den in aller Regel bestehenden Informationsvorsprung gegenüber den Versicherten ausnutzen und sich letztlich ungerechtfertigt bereichern, solange die Versicherungsnehmer nicht ihr Verlangen nach Prämienenkung artikulieren.

7. Zu Artikel 1 (§ 77 Abs. 3 – neu – VVG-E)

In Artikel 1 ist dem § 77 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Vor dem Abschluss eines Versicherungsvertrags hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dessen nach den Absätzen 1 und 2 bestehende Verpflichtung hinzuweisen.“

Begründung

Aus Gründen des Verbraucherschutzes wird vorgeschlagen, dass der Versicherer vor einem Vertragsabschluss den Versicherungsnehmer auf die Mitteilungspflichten über mehrere Versicherungen hinzuweisen hat, um diesen vor hieraus möglicherweise resultierenden Problemen zu warnen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein mündiger Verbraucher – ausgehend von

seinem Recht der Vertragsfreiheit und seiner Privatautonomie – sich der in Absatz 1 normierten Pflicht nicht hinreichend bewusst ist.

8. **Zu Artikel 1** (§ 92 Abs. 1a – neu – VVG-E)

In Artikel 1 § 92 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

„(1a) Das Kündigungsrecht des Versicherers nach Absatz 1 ist auf Fälle beschränkt, in denen der Versicherungsnehmer mindestens fahrlässig

1. den Versicherungsfall herbeigeführt hat oder
2. im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalles eine vertragliche Obliegenheit verletzt oder eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder geduldet hat.“

Begründung

Das Kündigungsrecht des Versicherers nach Eintritt eines Schadensfalls erscheint aus Sicht eines Versicherungsnehmers, der regelmäßig seine Prämien gezahlt hat und sich nichts hat zuschulden kommen lassen, ungerrecht. Es ist nicht ersichtlich, warum als Kündigungsgrund allein der Anlass herhalten soll, der überhaupt zum Abschluss der Versicherung geführt hat. Das Kündigungsrecht des Versicherers sollte daher auf Fälle beschränkt werden, in denen der Versicherungsnehmer den Schadensfall zumindest fahrlässig herbeigeführt, Obliegenheiten nicht erfüllt oder Gefahrerhöhungen vorgenommen oder geduldet hat und dies auf den Eintritt des Schadensfalls oder auf die Schadensermittlung Einfluss gehabt hat.

9. **Zu Artikel 1** (§ 105 VVG-E)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob die derzeit geltende Regelung des § 154 Abs. 2 VVG, wonach die Vereinbarung der Leistungsfreiheit des Versicherers im Falle eines Anerkenntnisses des Versicherungsnehmers grundsätzlich möglich ist, aufrechterhalten werden kann, soweit nicht Verbraucher betroffen sind.

Begründung

Die Aufrechterhaltung der derzeit in § 154 Abs. 2 VVG niedergelegten Rechtslage ist insbesondere erforderlich, um die Versicherungsnehmer vor für sie nachteilhaften Anerkenntnissen zu schützen. Sollte die Vereinbarung der Leistungsfreiheit des Versicherers im Falle eines Anerkenntnisses des Versicherungsnehmers nicht mehr möglich sein, ist auf Grund der dann fehlenden Warnfunktion der entsprechenden Bestimmung mit einem Anstieg von Anerkenntnissen zu rechnen, die der tatsächlichen Rechtslage möglicherweise nicht entsprechen und zu einer Inanspruchnahme des Versicherungsnehmers führen. Gerade im gewerblichen Bereich wird seitens der Geschädigten häufig massiv auf ein Anerkenntnis des Versicherungsnehmers gedrungen. Diesem Druck konnte sich ein Versicherungsnehmer bislang durch Verweis auf die Versicherungsbedingungen entziehen, welche im Falle eines Anerkenntnisses Leistungsfreiheit des Versicherers vorgesehen haben. Sollte eine solche Bestimmung nicht mehr möglich sein, dürften Versiche-

rungsnehmer im Vertrauen auf das Entstehen des Versicherers weit häufiger zur Abgabe eines Anerkenntnisses neigen, selbst wenn die Gefahr der eigenen Haftung für über die tatsächliche Rechtslage hinausgehende Ansprüche bekannt ist.

10. **Zu Artikel 1** (§ 114 Abs. 2 Satz 1 VVG-E)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens klarzustellen, dass mit der Formulierung „soweit dadurch die Erreichung des jeweiligen Zwecks der Pflichtversicherung nicht gefährdet wird“ Risikobegrenzungen in der Pflichtversicherung künftig möglich bleiben. In diesem Zusammenhang bittet der Bundesrat auch um Klarstellung, dass – im Falle der Einführung eines Direktanspruchs im Bereich der Pflichtversicherung – dieser Direktanspruch jedenfalls im Umfang der vertraglichen Deckungsbegrenzungen beschränkt ist.

Begründung

Der Entwurf sieht vor, dass im Pflichtversicherungsvertrag Risikobegrenzungen künftig nur noch insoweit zulässig sind, als sie die Erreichung des jeweiligen Zwecks der Pflichtversicherung nicht gefährden oder durch Rechtsvorschrift ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist. Damit soll der angestrebte Drittopferschutz gesichert werden.

Es liegt im Wesen einer Pflichtversicherung, das Drittopfer möglichst umfassend zu schützen. Eine Beschränkung der Leistungspflicht im Außenverhältnis auf bestimmte Risiken wäre für den Dritten nicht erkennbar und entspräche daher meist nicht dem Zweck der Pflichtversicherung. Es besteht somit die Gefahr, dass § 114 Abs. 2 Satz 1 VVG-E von der Versicherungsaufsicht so ausgelegt wird, dass Risikobegrenzungen künftig vollkommen unzulässig sind. Dies ist jedoch auch nach der Entwurfsbegründung nicht gewollt. Eine sinnvolle Begrenzung des Versicherungsschutzes muss im Interesse der Versichertengemeinschaft weiterhin möglich sein. Anderenfalls ist mit einer nicht unerheblichen Erhöhung der Beiträge für die Versicherten in vielen Bereichen der Pflichtversicherung zu rechnen.

Sollte – wie in § 115 VVG-E vorgesehen – im Bereich der Pflichtversicherung ein Direktanspruch des Geschädigten gesetzlich vorgeschrieben werden, muss deshalb auch dieser Anspruch in Höhe der Deckungsbegrenzungen beschränkt werden.

11. **Zu Artikel 1** (§ 153 Abs. 1 Satz 1, 2 – neu – VVG-E)

Artikel 1 § 153 Abs. 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind nach dem Wort „steht“ die Wörter „bei der Kapitalversicherung“ einzufügen.
- b) Folgender Satz ist anzufügen:
„Dies gilt nicht für Zusatzversicherungen.“

Begründung

Die Regelungen zur Überschussbeteiligung sind in Übereinstimmung mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juli 2005 (1 BvR 80/95) auf den Bereich der kapitalbildenden Lebensversiche-

rung mit Überschussbeteiligung zu beschränken, da Bewertungsreserven nur für Zinsüberschüsse relevant sind. Für sonstige Versicherungen ist die Zinsüberschussbeteiligung dagegen regelmäßig von geringer Bedeutung. Dies gilt auch für die Zusatzversicherungen.

12. **Zu Artikel 1** (§ 153 Abs. 3 Satz 1a – neu – VVG-E)

In Artikel 1 § 153 Abs. 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Bewertungsreserven aus festverzinslichen Anlagen werden berücksichtigt, soweit sie fällig sind.“

Begründung

Es ist sicherzustellen, dass Bewertungsreserven aus festverzinslichen Anlagen bei der Überschussbeteiligung nicht erfasst werden. Sie lösen sich regelmäßig nach Zeitablauf, d. h. spätestens mit Fälligkeit auf. Der Versicherungsnehmer partizipiert an diesen Reserven durch die laufende Überschussbeteiligung.

13. **Zu Artikel 1** (§ 158 Abs. 1 Satz 2 – neu –, § 181 Abs. 1 Satz 2 – neu – VVG-E)

In Artikel 1 ist dem § 158 Abs. 1 und dem § 181 Abs. 1 jeweils folgender Satz anzufügen:

„Die Änderung des Gesundheitszustandes gilt nicht als Gefahrerhöhung.“

Begründung

Der Versicherungsnehmer benötigt Rechtssicherheit, dass die nicht vorhersehbare Entwicklung seines Gesundheitszustandes seinen Versicherungsschutz nicht gefährdet.

14. **Zu Artikel 1** (§ 165 Abs. 1 Satz 1 VVG-E)

In Artikel 1 § 165 Abs. 1 Satz 1 sind nach dem Wort „prämienfreie“ die Wörter „oder prämienreduzierte“ einzufügen.

Begründung

Den Versicherungsnehmern sollte neben der prämienfreien Versicherung ausdrücklich auch die Reduzierung der Versicherungsprämie ermöglicht werden. Dies ist insbesondere für solche Versicherungsnehmer von Bedeutung, die ihre ursprünglich rein private Altersvorsorge nach Eintritt einer gesetzlichen Rentenversicherungspflicht nicht mehr in voller Höhe fortsetzen können, gleichwohl aber einer ergänzenden privaten Altersvorsorge bedürfen.

15. **Zu Artikel 1** (§ 192 Abs. 5 Satz 2 – neu – VVG-E)

In Artikel 1 ist dem § 192 Abs. 5 folgender Satz anzufügen:

„Vereinbarungen, nach denen der Versicherer bei einer nur teilweisen Arbeitsunfähigkeit oder einer nur teilweisen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zur Leistung nicht verpflichtet ist, sind insoweit unwirksam, als der aus der teilweisen Arbeitsunfähigkeit resultierende Einkommensausfall 50 Prozent des Einkommens unterschreitet, das bei vollständiger Arbeitsfähigkeit erzielt worden wäre.“

Begründung

Verdienstausfall muss unter besonderen Bedingungen auch bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit oder teilweise wiederhergestellter Arbeitsfähigkeit gezahlt werden. Die Wiederaufnahme von Arbeit bei teilweise wiederhergestellter Arbeitsfähigkeit liegt im Interesse von Versicherungsnehmern und Versicherern und muss gefördert werden und sollte keinesfalls wegen der Gefahr des Verlustes von Leistungen verzögert werden.

16. **Zu Artikel 2 Nr. 2** (Artikel 1 Abs. 3 EGVVG-E)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob eine Anpassung der von den Versicherern in Altverträgen verwendeten Allgemeinen Versicherungsbedingungen an die Vorschriften des neuen Versicherungsvertragsgesetzes auch erreicht werden kann, ohne dass den Versicherungsgesellschaften eine Pflicht zur Änderung ihrer sämtlichen Vertragsbedingungen auferlegt wird.

Hilfweise wird darum gebeten, die an die Versicherer gerichtete Frist zur Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Altverträge um mindestens ein Jahr, d. h. bis zum 1. Januar 2010, zu verlängern.

Begründung

Die Anpassung von etwa 280 Millionen Bestandsverträgen alleine in der Schadensversicherung an die Vorschriften des neuen Versicherungsvertragsgesetzes erfordert eine Umstellung unterschiedlichster Bedingungsgenerationen. Jede Vertragsgeneration muss speziell geprüft und angepasst werden, eine pauschale Umstellung ist nicht zulässig. Dies erfordert einen enormen bürokratischen Aufwand. Denkbar wäre eine Regelung, die bestehende Versicherungsbedingungen unter Berücksichtigung des fiktiven Willens der Vertragsparteien für den Fall der Kenntnis der neuen Rechtslage auslegt.

Ein Zeitraum von einem Jahr ab dem geplanten Inkrafttreten des neuen Versicherungsvertragsgesetzes am 1. Januar 2008 erscheint für eine Anpassung durch die Versicherungen jedenfalls nicht ausreichend.

17. **Zu Artikel 2 Nr. 2** (Artikel 4 Abs. 2 EGVVG-E)

In Artikel 2 Nr. 2 ist Artikel 4 Abs. 2 zu streichen.

Begründung

Gemäß Artikel 4 Abs. 2 EGVVG-E soll die neue Rückkaufwertregelung (§ 169 VVG-E) einschließlich der hieran anknüpfenden Vorschriften der §§ 165 und 166 VVG-E ab dem 1. Januar 2008 auch auf bestehende Versicherungsverträge ausgedehnt werden. Da sich die Neuregelungen von den bisherigen Regelungen deutlich unterscheiden, insbesondere im Hinblick auf die Mindestwerte in den ersten Jahren, bedeutet dies einen gravierenden Eingriff in die bestehenden Verträge.

Eine Rückwirkung der Rückkaufwertregelung für bestehende Verträge hätte für die Lebensversicherungsunternehmen erhebliche finanzielle Zusatzbelastungen zur Folge. Die zusätzlichen Mittel müssten zu Lasten

der Überschussbeteiligung der verbleibenden Versicherungsgemeinschaft aufgebracht werden.

Die beabsichtigte Rückwirkung der §§ 165, 166 und 169 VVG-E wird auch nicht vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung für erforderlich gehalten. Insbesondere lässt sie sich nicht aus der in der Begründung zu Artikel 4 Abs. 2 EGVVG-E genannten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts herleiten.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung

Zu Nummer 1 (Zum Gesetzentwurf insgesamt)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob der Begriff „Vertragserklärung“ durch die Wörter „auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung“ ersetzt werden kann. Die Bundesregierung teilt die zur Begründung dieser Prüfbitte vorgetragene dogmatische Bedenken nicht. Der Begriff „Vertragserklärung“ wird bereits im Zivilrecht verwendet; der Bundesrat weist selbst auf die einschlägigen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) und des (geltenden) Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) hin. Fehlvorstellungen über die Bedeutung des Begriffs bestehen nicht und sind auch nicht zu erwarten; die Kommentierung ist eindeutig (vgl. Palandt/Putzo, 65. Auflage 2006, § 502 BGB Rn. 4: Mit dem Begriff „Vertragserklärung“ ist die auf den Vertragsabschluss gerichtete Willenserklärung des Verbrauchers gemeint.).

Zu Nummer 2 (Zu Artikel 1 § 6 Abs. 1, § 61 Abs. 1 VVG-E)

Die Bundesregierung sieht den vom Bundesrat dargestellten Anpassungsbedarf nicht; insbesondere stehen die kritisierten Regelungen des Gesetzentwurfs nicht im Widerspruch zu Artikel 12 Abs. 3 der Richtlinie 2002/92/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Dezember 2002 über Versicherungsvermittlung (ABl. Nr. L 9 vom 15. Januar 2003 S. 3 ff.); sie entsprechen dieser Regelung der Richtlinie vielmehr.

Artikel 12 Abs. 3 Satz 2 der Richtlinie stellt für die Beratung auf die „Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags“ ab. Diese Vorgabe wird durch die Umsetzung konkretisiert. Die Komplexität eines Versicherungsvertrags beurteilt sich nicht nur nach objektiven, sondern auch nach subjektiven Kriterien; es ist deswegen auch auf die Person des Versicherungsnehmers abzustellen. Ein weniger komplexer Vertrag ist außerdem regelmäßig ein Vertrag, der relativ geringe Prämienzahlungen erfordert (Beispiel: eine Fahrradversicherung ist objektiv wenig komplex, die Prämien sind relativ niedrig; ein Krankenversicherungsvertrag ist objektiv sehr komplex, die Prämien sind deutlich höher). Auch das Kriterium des angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und zu zahlenden Prämien ist also mit dem Begriff „Komplexität des Versicherungsvertrags“ zu vereinbaren.

Die Annahme des Bundesrates, eine Beratung könne bei einer niedrigen Prämienbelastung ganz entfallen oder der Vermittler könne seiner Mindestpflicht entgehen, ist schließlich nicht zutreffend. Zu bedenken ist, dass die Kriterien kumulativ zu sehen sind. Das heißt, auch bei einem objektiv wenig komplexen Vertrag, der eine relativ geringe Prämienbelastung mit sich bringt, muss dennoch ausführlich beraten werden, wenn die Person des Versicherungsnehmers dies erfordert. Insgesamt stellen die angegriffenen Regelungen eine Beratung des Versicherungsnehmers in Übereinstimmung mit den Vorgaben der Richtlinie 2002/92/

EG sicher. Nur der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, dass die Regelungen selbstverständlich richtlinienkonform auszulegen sind.

Ergänzend wird auf die Gegenäußerung der Bundesregierung zu § 42c Abs. 1 Satz 1 VVG-E in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts (Bundestagsdrucksache 16/2475, S. 4) Bezug genommen. Der Deutsche Bundestag hat die Bedenken des Bundesrates bereits in seinem Beschluss zum Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts vom 26. Oktober 2006 nicht aufgegriffen.

Zu Nummer 3 (Zu Artikel 1 § 6 Abs. 4 Satz 1 VVG-E)

Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Übernahme der Änderung empfehlen.

Zu Nummer 4 (Zu Artikel 1 § 15a – neu – VVG-E)

Der Bundesrat empfiehlt, die – im Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz vom 13. März 2006 noch enthaltene – Regelung zur Anpassung unwirksamer Versicherungsbedingungen wieder in den Gesetzentwurf einzustellen. Die Bundesregierung möchte dieser Empfehlung aus den nachfolgenden Gründen nicht folgen:

Die Einräumung einer Ersetzungsbefugnis zugunsten des Versicherers stellt eine bedeutsame Abweichung vom Recht der allgemeinen Geschäftsbedingungen dar, wonach unwirksame Klauseln grundsätzlich keine Anwendung finden und sich der Inhalt des Vertrags in diesem Falle nach den gesetzlichen Vorschriften richtet. Die vom Bundesrat geforderte Einräumung einer Ersetzungsbefugnis würde es den Versicherern ermöglichen, das den Verwender von allgemeinen Geschäftsbedingungen treffende Risiko der Unwirksamkeit von Klauseln auf den Versicherungsnehmer abzuwälzen. Darüber hinaus bestünde die Gefahr, dass die Versicherungsnehmer im Zuge der – vom Versicherer einseitig vorzunehmenden – Ersetzung durch die neue Klausel schlechter gestellt würden, als es bei Abschluss des Vertrages ohne Verwendung der unwirksamen Klausel der Fall wäre. Auch einige Landesjustizverwaltungen haben im Rahmen der Beteiligung bei Erstellung des Regierungsentwurfs bemängelt, dass bei Einführung einer entsprechenden Regelung das grundsätzliche Verbot einer geltungserhaltenden Reduktion (vgl. BGH, NJW 2000, 1110) unwirksamer Klauseln umgangen würde, ferner, dass in diesem Falle Rechtsstreitigkeiten über die Notwendigkeit der Ersetzung und die Angemessenheit der Neuregelung vorprogrammiert seien. Die Bundesregierung ist daher der Ansicht, dass die Möglichkeit eines solchen Eingriffes in den geschlossenen Vertrag nicht geschaffen werden sollte. Bei den meisten Verträgen – für die Sonderfälle der Lebens- und Krankenversicherung sehen die §§ 164 und 203 Abs. 4 VVG-E Ausnahmen vor – besteht auch gar kein Bedürfnis für eine einseitige Anpassungsbefugnis des Versicherers, der den Vertrag ggf. nach § 11 VVG-E kündigen und auf diese Weise eine neue Vereinbarung herbeiführen kann.

Zu Nummer 5 (Zu Artikel 1 § 29a – neu – VVG-E)

Der Bundesrat empfiehlt, die – von der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vorgeschlagene – Regelung zur Zurechnung der Kenntnis anderer Versicherer in einem Konzern wieder in den Gesetzentwurf einzustellen. Die Bundesregierung möchte dieser Empfehlung aus den nachfolgenden Gründen nicht folgen:

In der Rechtsprechung hat sich zur Frage der Wissenszurechnung eine im Laufe der Zeit anhand von Einzelfällen entwickelte sehr differenzierte Kasuistik herausgebildet, die den Anforderungen der Praxis besser gerecht wird als die vorgeschlagene Bestimmung. Eine generelle Wissenszurechnung im Konzern hat der Bundesgerichtshof dabei stets abgelehnt (vgl. BGH, VersR 1990, 258; VersR 1992, 217). Eine gesetzliche Regelung des geforderten Inhaltes würde die Fälle der Wissenszurechnung generalklauselartig zusammenfassen. Hierfür besteht kein praktisches Bedürfnis. Die vorgeschlagene Regelung birgt zudem erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten. Der Begriff des Konzerns ist in diesem Zusammenhang zu unbestimmt und lässt Spielraum für Interpretationen; ebenso die Voraussetzung, dass der Versicherer Veranlassung hatte und in der Lage war, die Daten bei dem anderen Versicherer abzufragen. Auch inhaltlich erscheint eine generelle Zurechnung der Kenntnis anderer Versicherungsgesellschaften desselben Konzerns nicht angezeigt. Versicherer würden sich durch eine entsprechende Regelung veranlasst sehen, in weitergehendem Maße als bisher personenbezogene Daten bei anderen Versicherern zu erheben. Dies erscheint unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes nicht unproblematisch. Ein hierdurch bedingter zusätzlicher Kostenaufwand schließe sich zudem in höheren Versicherungsprämien nieder.

Zu Nummer 6 (Zu Artikel 1 § 41 Satz 1 VVG-E)

Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren für eine Änderung des § 41 Satz 1 letzter Halbsatz im Sinne des Beschlusses des Bundesrates eintreten; die Formulierung bedarf noch der näheren Prüfung.

Zu Nummer 7 (Zu Artikel 1 § 77 Abs. 3 – neu – VVG-E)

Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Übernahme der vorgeschlagenen Ergänzung empfehlen.

Zu Nummer 8 (Zu Artikel 1 § 92 Abs. 1a – neu – VVG-E)

Die Bundesregierung vermag dem Vorschlag des Bundesrates nicht zu folgen. Die Regelung des § 92 Abs. 1 VVG-E, nach der jede Vertragspartei nach dem Eintritt des Versicherungsfalles kündigen kann, ermöglicht dem Versicherungsnehmer, einen Vertrag zu kündigen, wenn die konkrete Schadensabwicklung nicht zu seiner Zufriedenheit verlaufen ist. Auf ein Verschulden des Versicherers kommt es nicht an. Umgekehrt gilt dies auch; wenn sich aus Sicht des Versicherers bei der Abwicklung eines konkreten Schadensfalles Defizite (z. B. unzureichende oder fehlerhafte Angaben über die Höhe des Schadens) ergeben, soll er sich aus dem Vertrag lösen können, ohne dass es auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers ankommt (so häufig in allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt; siehe zum Beispiel § 9 Abs. 2 Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Fassung 1986/2002). Die Regelung wird im Übrigen nicht dazu führen,

dass Versicherungsverträge verstärkt vom Versicherer gekündigt werden; primäres Interesse eines Versicherers dürfte es zunächst sein, den Vertrag fortzusetzen.

Zu Nummer 9 (Zu Artikel 1 § 105 VVG-E)

Die Bundesregierung hält es nicht für geboten, für den gewerblichen Bereich die vorgeschlagene Regelung zu modifizieren, um insoweit auch künftig eine Vereinbarung zu ermöglichen, nach welcher der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer einen Anspruch anerkennt.

In seiner Begründung führt der Bundesrat u. a. aus, die bestehende Rechtslage schütze den Versicherungsnehmer vor für ihn nachteilhaften Anerkenntnissen. Gerade im gewerblichen Bereich werde seitens der Geschädigten häufig massiv Druck ausgeübt, um ein Anerkenntnis des Gewerbetreibenden zu erreichen. Diesem Druck könne sich der Versicherungsnehmer bislang unter Verweis auf die Versicherungsbedingungen entziehen.

Dazu ist zunächst darauf hinzuweisen, dass es nicht Sinn und Zweck des in allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Anerkenntnisverbots (vgl. § 5 Nr. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Fassung 1986/2002) ist, den Versicherungsnehmer vor Druck zu schützen. Es geht vielmehr darum, zu verhindern, dass dem Versicherer die ihm nach den Versicherungsbedingungen zustehende Fallbearbeitung entzogen wird (vgl. OLG Hamm, VersR 2006, 829). Schon deswegen erscheint die Begründung des Bundesrates nicht geeignet, das hinter der Prüfbitte stehende Anliegen zu unterstützen.

Hinzu kommt, dass der Bundesrat dies auch nur für einen Teilbereich vorschlägt, in dem indessen kein besonderes Schutzbedürfnis besteht. Dass nämlich Versicherungsnehmer, die ein Gewerbe betreiben, in diesem Zusammenhang schützenswerter seien als Verbraucher, ist aus Sicht der Bundesregierung nicht überzeugend. Gerade gewerbliche Versicherungsnehmer sind durchaus eher in der Lage, das Ansinnen, (unberechtigte) Ansprüche anzuerkennen, abzulehnen, auch ohne dass es der „Argumentationshilfe“ bedürfte, ein Anerkenntnis sei ihnen nach ihrem Versicherungsvertrag verboten. Außerdem ist es, sofern dies aus Sicht eines betroffenen Versicherungsnehmers hilfreich erscheint, ohne weiteres möglich, zu erklären, er müsse erst mit seiner Versicherung Kontakt aufnehmen.

Im Übrigen ist die Annahme, die Änderung der Rechtslage werde zu einer Zunahme von – im Sinn der Regelung relevanten – Anerkenntnissen führen, sehr spekulativ. Dass Tatsachen eingeräumt werden können, die anspruchsbegründend sind, ist schließlich schon bisher möglich gewesen.

Zu Nummer 10 (Zu Artikel 1 § 114 Abs. 2 Satz 1 VVG-E)

Die Bundesregierung vermag dem Vorschlag nicht zu folgen.

Bei der kritisierten Regelung handelt es sich lediglich um einen Auffangtatbestand, der nicht eingreift, wenn eine Spezialregelung (in Bundes- oder Landesrecht) vorliegt. Aus Sicht der Bundesregierung ist es auch sehr wünschenswert, dass die Frage, ob bei einer Pflichtversicherung Deckungsausschlüsse zulässigerweise vereinbart werden können, in der jeweiligen Spezialregelung (vgl. z. B. § 4 KfzPflVV) geregelt wird. Auch bei einem Direktanspruch haben derart-

tige Ausschlüsse die Wirkung, dass der Versicherer gegenüber dem Dritten nicht haftet, soweit die Ausschlüsse zulässigerweise vereinbart worden sind (vgl. Prölss/Martin, 27. Auflage 2004, § 158c VVG, Anmerkung 18).

Soweit in Versicherungsverträgen, die abgeschlossen worden sind, um eine durch Rechtsvorschrift vorgegebene Versicherungspflicht zu erfüllen, Deckungsausschlüsse vereinbart worden sind, die nicht ausdrücklich zugelassen sind, stellt sich immer – unabhängig von der in § 114 Abs. 2 Satz 1 VVG-E vorgeschlagenen Regelung – die Frage, ob den Vorgaben der jeweils maßgeblichen Rechtsvorschrift genügt wird. Ebenso ist selbstverständlich, dass die vertragliche Vereinbarung nicht ausdrücklich vom Normgeber zugelassener Deckungsausschlüsse, die die Erreichung des jeweiligen Zwecks einer Pflichtversicherung gefährden, zur Folge hat, dass der Versicherungsnehmer seiner Verpflichtung nicht nachkommt; es besteht kein den rechtlichen Vorgaben entsprechender Versicherungsschutz (soweit nicht die vereinbarten Risikoausschlüsse schon wegen Verstoßes gegen § 307 ff. BGB unwirksam sind). Diese Ausgangslage kann und soll nicht dadurch aufgeweicht werden, dass „klargestellt“ wird, dass vereinbarte Deckungsausschlüsse einem Dritten unbegrenzt entgegengehalten werden können.

Zu Nummer 11 (Zu Artikel 1 § 153 Abs. 1 Satz 1, 2 – neu – VVG-E)

Die Bundesregierung möchte den Vorschlag nicht aufgreifen. Die Ergänzung ist nicht erforderlich, denn nach § 153 Abs. 1 VVG-E kann die Überschussbeteiligung ausgeschlossen werden; dies wird auch für „Zusatzversicherungen“ oder „sonstige Versicherungen“ gelten. Unklar ist im Übrigen, welche Versicherungen insoweit überhaupt gemeint sind (Standort des § 153 VVG-E ist das Kapitel über die Lebensversicherung). Auch die Begründung, nach der „Bewertungsreserven nur für Zinsüberschüsse relevant“ seien, ist nicht vollständig nachvollziehbar.

Zu Nummer 12 (Zu Artikel 1 § 153 Abs. 3 Satz 1a – neu – VVG-E)

Die Bundesregierung vermag dem Vorschlag nicht zu folgen.

Zur Begründung des Bundesrates – darauf beschränkt sich die Stellungnahme der Bundesregierung – ist Folgendes anzumerken:

Ausgangspunkt der Regelung in § 153 Abs. 3 VVG-E, der eine Beteiligung an Bewertungsreserven vorsieht, ist das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Überschussbeteiligung in der Lebensversicherung vom 26. Juli 2005 (1 BvR 80/95). Nach dieser Entscheidung sind Versicherungsnehmer an stillen Reserven angemessen zu beteiligen.

Stille Reserven oder Bewertungsreserven entstehen dadurch, dass der Zeitwert von Kapitalanlagen höher ist als ihr Anschaffungs- oder Nennwert. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts differenziert nicht nach der Art der Kapitalanlage; es gilt also für alle Kapitalanlagen.

Angesichts dieser Ausgangslage bedarf es einer ausführlichen Begründung, warum bestimmte Kapitalanlagen nicht in die Neuregelung einbezogen werden sollten; dies gilt umso mehr, wenn es sich – wie bei festverzinslichen Anlagen – um Anlagen handelt, die den größten Teil der Kapitalanlagen der Unternehmen ausmachen. Die Begründung des

Bundesrates gibt insoweit keinen Aufschluss. Auch wenn sich sagen lässt, dass sich Bewertungsreserven – der Bundesrat erkennt an, dass solche auch bei festverzinslichen Anlagen vorhanden sind – „regelmäßig nach Zeitablauf, d. h. bei Fälligkeit“ auflösen, stellt sich doch die Frage, warum ausscheidende Versicherungsnehmer insoweit nicht an im Zeitpunkt ihres Ausscheidens vorhandenen Bewertungsreserven beteiligt werden sollen. Diese Frage liegt umso näher, als die aus Sicht des Bundesrates in diesem Zusammenhang bedeutsame Fälligkeit unter Umständen erst viele Jahre nach Beendigung eines anspruchsberechtigten Versicherungsverhältnisses eintreten kann (der vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer würde also gerade nicht im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung beteiligt).

Zu Nummer 13 (Zu Artikel 1 § 158 Abs. 1 Satz 2 – neu –, § 181 Abs. 1 Satz 2 – neu – VVG-E)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt. Aus § 158 i. V. m. § 23 (auf den § 158 Abs. 2 ausdrücklich verweist), ergibt sich, dass es um Gefahränderungen geht, die der Versicherungsnehmer vornehmen oder vornehmen lassen kann. Eine Änderung des Gesundheitszustandes kann deswegen keine Gefahränderung im Sinn der Regelungen sein. Eine Klarstellung ist nicht erforderlich.

Zu Nummer 14 (Zu Artikel 1 § 165 Abs. 1 Satz 1 VVG-E)

Die Bundesregierung wird die vorgeschlagene Änderung im weiteren Gesetzgebungsverfahren berücksichtigen. Es handelt sich insoweit um eine Klarstellung. Bereits nach geltendem Recht kann der Versicherungsnehmer eine Teilumwandlung (Prämienreduktion) verlangen, ohne dass dies ausdrücklich vorgesehen ist. Daran ändert sich auch mit der im Regierungsentwurf vorgeschlagenen Neuregelung nichts; einer ausdrücklichen Regelung bedürfte es also nicht. Andererseits ist die Klarstellung auch aus Sicht der Bundesregierung nicht unvernünftig.

Zu Nummer 15 (Zu Artikel 1 § 192 Abs. 5 Satz 2 – neu – VVG-E)

Die Bundesregierung möchte den Änderungsvorschlag nicht aufgreifen.

Eine zwingende Regelung entsprechend dem Beschluss des Bundesrates würde Probleme aufwerfen und weitere Regelungen erforderlich machen:

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Vorschrift knüpft an die Höhe des Einkommensausfalls an. Insbesondere bei Selbstständigen ist die Bestimmung des Einkommensausfalls auf Grund einer Arbeitsunfähigkeit oft schwierig. Auch mit relativ geringem Arbeitseinsatz und bei Konzentration auf Aufgaben mit hoher finanzieller Relevanz könnte z. B. ein hoher Teil des Einkommens erzielt werden. Eine prozentuale Begrenzung erscheint deswegen nicht sachgerecht. Nimmt man sie vor, müsste zur Vermeidung von Fehlanreizen sichergestellt werden, dass die Gesamteinkünfte nicht über 100 Prozent der früheren Arbeitseinkünfte liegen. Ein erhöhter Verwaltungs- und Kontrollaufwand würde sich ergeben. Unternehmen können aber selbstverständlich entsprechende Angebote machen.

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen der Anspruch auf Zahlung eines Krankentagegeldes gegeben ist, ob insbesondere eine teilweise Arbeitsunfähigkeit den Anspruch begründen kann, ist für den Versicherungsnehmer andererseits

von erheblicher Bedeutung; dieser Punkt muss Gegenstand der Beratung und Information sein, so dass der Versicherungsnehmer die Möglichkeit hat, sich zwischen verschiedenen Angeboten zu entscheiden.

Zu Nummer 16 (Zu Artikel 2 Nr. 2 Artikel 1 Abs. 3 EGVVG-E)

Die Bundesregierung wird die Übergangsregelung für eine Anpassung der verwendeten allgemeinen Versicherungsbedingungen prüfen. Sie verkennt nicht, dass auf die Versicherungsunternehmen ein erheblicher Anpassungsbedarf zukommt.

Zu Nummer 17 (Zu Artikel 2 Nr. 2 Artikel 4 Abs. 2 EGVVG-E)

Die Bundesregierung möchte dem Vorschlag mit seiner Begründung nicht folgen.

Im Rahmen der Beteiligung der Länder bei Erstellung des Regierungsentwurfes wurde auf folgende Bedenken hingewiesen:

Das Bundesverfassungsgericht habe in seiner Kammerentscheidung vom 15. Februar 2006 (1 BvR 1317/96) die Vorschrift des § 176 Abs. 3 VVG zwar nicht als verfassungswidrig beanstandet. Es habe aber deutlich gemacht, dass die Anwendung der Vorschrift nur dann verfassungskonform sei, wenn die im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12. Oktober 2005 aufgestellten Grundsätze beachtet würden. Die Übergangsregelung müsse die Interessen der Versicherungsnehmer bei einem Frühstorno von Altverträgen hinreichend berücksichtigen. Dies schließe es aus, auf Altverträge eine Rechtslage anzuwenden, wie sie vor dem BGH-Urteil vom 12. Oktober 2006 bestanden habe, da diese Rechtslage verfassungswidrig sei. Entweder müsse auf Altverträge die vom BGH gefundene Lösung angewendet werden oder § 169 VVG-E müsse auch für Altverträge gelten; im Interesse der Rechtseinheitlichkeit werde Letzteres favorisiert.

Diese Bedenken haben dazu geführt, die Übergangsregelung des Referentenentwurfes zu ändern und die Anwendbarkeit insbesondere des § 169 VVG-E auf Altverträge vorzusehen. Die Bedenken sind durch die Begründung des Bundesrates nicht ausgeräumt. Die Bundesregierung verkennt andererseits nicht, dass eine rückwirkende Geltung erhebliche Konsequenzen hat; sie wird die Regelung deswegen unter erneuter Prüfung der verfassungsrechtlichen Fragen überdenken.

