

## **Gesetzentwurf der Bundesregierung**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften**

#### **A. Problem und Ziel**

Bei der Anwendung verschiedener Regelungen, die das Recht der privaten Krankenversicherung betreffen (§ 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes – VAG; § 204 Absatz 3 und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes – VVG), haben sich Probleme ergeben. So führt im Basistarif die Vereinbarung eines Selbstbehalts dann nicht zu einer sonst üblichen Beitragsreduktion, wenn der Höchstbeitrag gezahlt wird; die „Beitragsreduktion“ vollzieht sich oberhalb des Höchstbeitrags, macht sich also für den Versicherungsnehmer nicht bemerkbar. Außerdem ist nicht zweifelsfrei, dass die sich aus § 196 Absatz 1 VVG ergebende Befristung der Krankentagegeldversicherung keine Befristung im Sinne des § 204 Absatz 3 VVG ist. Schließlich führt die relativ kurze Kündigungsfrist des § 205 Absatz 4 VVG dazu, dass Versicherungsnehmer den Versicherer entgegen dem Ziel der Regelung nicht wechseln können, weil sie innerhalb der Frist keinen neuen Vertrag abschließen können.

Der Deutsche Bundestag hat dem Bundesministerium der Justiz zwei Petitionen als Material überwiesen; die Bundesregierung greift die Anliegen der Petitionen auf. In der privaten Krankenversicherung haben Versicherungsnehmer bei größeren Heilbehandlungen, die zu einer erheblichen finanziellen Belastung führen könnten, wenn die Versicherung nicht eintritt, ein Interesse daran, vorab darüber informiert zu werden, ob Versicherungsschutz besteht bzw. ob die beabsichtigte Heilbehandlung eine „notwendige Heilbehandlung“ im Sinne des § 192 Absatz 1 VVG ist und ob der abgeschlossene Versicherungsvertrag die Übernahme der wahrscheinlichen Kosten vorsieht. Ebenso besteht ein Interesse daran, über den Inhalt von ärztlichen Gutachten oder Stellungnahmen, die bei der Prüfung der Frage der Leistungspflicht eingeholt werden, informiert zu werden. § 202 VVG sieht bisher vor, dass der Versicherungsnehmer nur über einen Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft verlangen bzw. Einsicht in ärztliche Gutachten oder Stellungnahmen nehmen kann. Dies ist unter Berücksichtigung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung nicht ausreichend.

Zur Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 1. März 2011 (Rechtssache C-236/09) sollen durch Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (Entwurf eines Zehnten Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes; Bundestagsdrucksache 17/9342) geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife eingeführt werden. In der privaten Krankenversicherung kann das Tarifwechselrecht nach § 204 VVG dazu führen, dass sich Versicherungsnehmer den so kalkulierten Tarifen entziehen und die Kalkulation erschwert wird.

Im Versicherungsvertragsgesetz sind ferner die Regelungen über den Widerruf in der Fernabsatz-Richtlinie in einem Punkt nicht vollständig umgesetzt.

Im Pflichtversicherungsgesetz (PflVG) sind die Verweisungen auf EU-Richtlinien nicht aktuell; sie sind anzupassen.

Das Pflichtversicherungsgesetz ist in einem weiteren Punkt zu ändern: Bei Insolvenz eines Haftpflichtversicherers tritt zwar grundsätzlich der Entschädigungsfonds (§ 12 PflVG) ein; der Versicherungsnehmer kann aber u. a. von Sozialversicherungsträgern und Gemeinden in Regress bzw. in Anspruch genommen werden; dies kann zu erheblichen Belastungen führen.

## **B. Lösung**

§ 12 Absatz 1a VAG soll geändert werden; führt ein Selbstbehalt nicht zu einer Beitragsreduktion, soll er gekündigt werden können. In § 204 Absatz 3 VVG soll klargestellt werden, dass es sich bei einer Befristung nach § 196 Absatz 1 VVG nicht um eine Befristung im Sinne des § 204 VVG handelt. Die Kündigungsfrist in § 205 Absatz 4 VVG soll verlängert werden; für den Nachweis der Weiterversicherung – § 205 Absatz 6 VVG – wird eine Frist vorgesehen. Ferner soll für die private Krankenversicherung der bisher nach den Grundsätzen von Treu und Glauben gegebene Auskunftsanspruch über den Versicherungsschutz ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen werden.

§ 202 VVG wird erweitert. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person soll zukünftig selbst Auskunft oder Einsichtnahme verlangen können; ein Arzt oder Rechtsanwalt ist nur noch in Ausnahmefällen vorzuschalten. Das Tarifwechselrecht nach § 204 VVG wird eingeschränkt.

Zur vollständigen Umsetzung der Fernabsatz-Richtlinie soll § 9 VVG ergänzt werden. Im Pflichtversicherungsgesetz sollen die Verweisungen auf EU-Richtlinien aktualisiert werden.

Die Stellung der Versicherungsnehmer bei Insolvenz ihres Haftpflichtversicherers soll durch Beschränkung von Regressmöglichkeiten verbessert werden; Ansprüche, die nicht vom Entschädigungsfonds gedeckt sind, sollen beschränkt werden.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Für Bund, Länder und Kommunen entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Bürgerinnen und Bürgern kann durch die Wahrnehmung von neu geregelten Auskunftsrechten ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 600 000 Euro entstehen.

### **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Die ausdrückliche gesetzliche Regelung der Auskunftspflicht zu Lasten der Unternehmen der privaten Krankenversicherung kann die Unternehmen der privaten Krankenversicherung finanziell belasten; höhere Verwaltungskosten können entstehen. Der geschätzte Erfüllungsaufwand beläuft sich auf 12 Mio. Euro

jährlich. Soweit im Zusammenhang mit der Auskunft Kostenvoranschläge eingeholt werden, kann ein weiterer Erfüllungsaufwand von 6 Mio. Euro jährlich entstehen.

Die Erweiterung des Anspruchs auf Einsichtnahme verursacht keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand. Die Kosten einer Einsichtnahme durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person werden dadurch kompensiert, dass die Einsichtnahme durch den Arzt oder Rechtsanwalt entfällt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Aus Informationspflichten entsteht ein Erfüllungsaufwand von 12 Mio. Euro jährlich.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Keiner.

#### **F. Weitere Kosten**

Die Änderung der Insolvenz-Regelung im Pflichtversicherungsgesetz kann, sollte es zu einer Insolvenz eines Versicherers kommen, zu einer höheren Belastung der Haftpflichtversicherer, die den Entschädigungsfonds tragen, und damit auch der Versicherungsnehmer führen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass eine Insolvenz der absolute Ausnahmefall ist; da außerdem nicht geschätzt werden kann, wie viele Schadensfälle abzurechnen sein würden, kann keine Kostenschätzung vorgenommen werden.



**BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**  
**DIE BUNDESKANZLERIN**

Berlin, *14.* November 2012

An den  
Präsidenten des  
Deutschen Bundestages  
Herrn Prof. 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 Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften  
mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium der Justiz.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1  
NKRK ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 901. Sitzung am 12. Oktober 2012 gemäß Artikel 76  
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus  
Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist  
in der als Anlage 4 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen





**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften\***

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1****Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

Das Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 79 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Wurde einem Versicherungsvertrag ein anderer Vertrag hinzugefügt, der Dienstleistungen des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft, so ist der Versicherungsnehmer an diesen Zusatzvertrag nicht mehr gebunden, wenn er sein Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausübt; eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.“

2. Dem § 192 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2 000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.“

3. § 202 wird wie folgt gefasst:

„§ 202

Auskunftspflicht des Versicherers;  
Schadensermittlungskosten

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Aus-

kunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, hat der Versicherer die entstandenen Kosten zu erstatten.“

4. § 204 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird folgender Satz angefügt:

„ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;“.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.“

5. § 205 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 werden die Wörter „innerhalb eines Monats“ durch die Wörter „innerhalb von zwei Monaten“ ersetzt.

b) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.“

6. Die Anlage wird wie folgt geändert:

a) Nach Gestaltungshinweis 5 wird folgender Gestaltungshinweis 6 eingefügt:

6 Wird der Versicherungsvertrag mit einem hinzugefügten Vertrag abgeschlossen, ist am Ende des Absatzes zu „Widerrufsfolgen“ folgender Satz anzufügen:

Wurde einem Versicherungsvertrag ein anderer Vertrag hinzugefügt, der Dienstleistungen des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft, so sind Sie an diesen Zusatzvertrag nicht mehr gebunden, wenn Sie

\* Artikel 1 Nummer 1, 5 dieses Gesetzes dient der Umsetzung von Artikel 6 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. L 271 vom 9.10.2002, S. 16).

hinsichtlich des Versicherungsvertrags Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausüben; eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.“

- b) Der Gestaltungshinweis 6 wird Gestaltungshinweis 7.

## Artikel 2

### Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 1. März 2011 (BGBl. I S. 288) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 7b Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Artikel 1 Abs. 3 der Richtlinie 72/166/EWG des Rates vom 24. April 1972 betreffend die Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten bezüglich der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und der Kontrolle der entsprechenden Versicherungspflicht (ABl. EG Nr. L 103 S. 1)“ durch die Wörter „Artikel 1 Nummer 3 der Richtlinie 2009/103/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 über die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und die Kontrolle der entsprechenden Versicherungspflicht (ABl. L 263 vom 7.10.2009, S. 11)“ ersetzt.
2. In § 12 Absatz 1a Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen“ eingefügt.

## Artikel 3

### Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes

Das Pflichtversicherungsgesetz vom 5. April 1965 (BGBl. I S. 213), das zuletzt durch Artikel 9 Satz 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2833) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „Artikel 1 Abs. 3 der Richtlinie 84/5/EWG des Rates vom 30. Dezember 1983 betreffend die Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten bezüglich der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (ABl. EG 1984 Nr. L 8 S. 17)“ durch die Wörter „Artikel 9 Absatz 2 der Richtlinie 2009/103/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 über die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und die Kontrolle der entsprechenden Versicherungspflicht (ABl. L 263 vom 7.10.2009, S. 11)“ ersetzt.
2. In § 7 Nummer 3 werden die Wörter „nach § 3 Nr. 5“ durch die Wörter „nach § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.
3. § 8a wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „Artikel 4 Buchstabe a der Richtlinie 72/166/EWG des

Rates vom 24. April 1972 betreffend die Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten bezüglich der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und der Kontrolle der entsprechenden Versicherungspflicht (ABl. EG Nr. L 103 S. 1)“ durch die Wörter „Artikel 5 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Artikel 5 Abs. 1 der Richtlinie 2000/26/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Mai 2000 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG des Rates (ABl. EG Nr. L 181 S. 65)“ durch die Wörter „Artikel 23 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Artikel 5 Abs. 1 der Richtlinie 2000/26/EG“ durch die Wörter „Artikel 23 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.

- c) In Absatz 4 werden die Wörter „Artikel 5 Abs. 1 der Richtlinie 2000/26/EG“ durch die Wörter „Artikel 23 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.

4. In § 9 Absatz 2 und 3 werden jeweils die Wörter „vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen“ durch die Wörter „von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt.

5. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2a werden die Wörter „Artikels 4 Buchstabe b der Richtlinie 72/166/EWG“ durch die Wörter „Artikels 5 Absatz 2 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.

- b) Nach Absatz 4 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 bestimmt sich die Leistungspflicht des Entschädigungsfonds nach der vereinbarten Versicherungssumme; sie beträgt maximal das Dreifache der gesetzlichen Mindestversicherungssumme.“

- c) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Beschränkung der Ersatzansprüche gilt in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 auch für diejenigen Ansprüche gegen den Versicherungsnehmer und die mitversicherte Person, soweit eine Leistungspflicht des Entschädigungsfonds nach Absatz 1 Satz 2 und 3 entfällt. Machen mehrere Berechtigte Ersatzansprüche geltend, sind diese Ersatzansprüche gegenüber dem Versicherungsnehmer auf insgesamt 2 500 Euro und gegenüber mitversicherten Personen ebenfalls auf insgesamt 2 500 Euro beschränkt; die Auszahlung erfolgt nach dem Verhältnis der Beträge.“

- d) In Absatz 7 werden die Wörter „(§ 81 Abs. 2a des Versicherungsaufsichtsgesetzes)“ gestrichen.

6. § 12a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Artikel 4 Abs. 1 der Richtlinie 2000/26/EG“ durch die Wörter „Artikel 21 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.



- b) In Absatz 2 Nummer 5 werden die Wörter „Artikel 1 Abs. 4 der Richtlinie 84/5/EWG“ durch die Wörter „Artikel 10 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.
  - c) In Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „Artikel 6 Abs. 3 der Richtlinie 2000/26/EG“ durch die Wörter „Artikel 24 Absatz 3 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.
  - d) In Absatz 4 werden die Wörter „Artikel 1 Abs. 3 der Richtlinie 72/166/EWG“ durch die Wörter „Artikel 1 Nummer 3 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.
7. In § 12b Satz 3 werden die Wörter „Artikels 6 der Richtlinie 2000/26/EG“ durch die Wörter „Artikels 24 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.
8. In § 12c Absatz 1 werden die Wörter „Artikels 1 Abs. 4 der Richtlinie 84/5/EWG“ durch die Wörter „Artikels 10 Absatz 1 der Richtlinie 2009/103/EG“ ersetzt.
9. § 16 wird wie folgt gefasst:

„§ 16

§ 12 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 6 Satz 5 und 6 gilt nicht für Ansprüche, die vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 5 Absatz 1 dieses Gesetzes] entstanden sind.“

#### **Artikel 4**

##### **Änderung des Gesetzes über die Haftpflichtversicherung für ausländische Kraftfahrzeuge und Kraftfahrzeuganhänger**

Das Gesetz über die Haftpflichtversicherung für ausländische Kraftfahrzeuge und Kraftfahrzeuganhänger vom 24. Juli 1956 (BGBl. I S. 667), das zuletzt durch Artikel 297 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) § 3 des Pflichtversicherungsgesetzes und die §§ 115, 116, 117 Absatz 1, die §§ 119, 120 und 124 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes finden Anwendung.“
  - b) In Absatz 2 werden die Wörter „§ 3 Nr. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes“ durch die Wörter „§ 115 Absatz 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes“ ersetzt.
2. § 10 wird aufgehoben.

#### **Artikel 5**

##### **Inkrafttreten**

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 6 tritt am 1. September 2013 in Kraft.

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Bei der Anwendung verschiedener Regelungen, die das Recht der privaten Krankenversicherung betreffen (§ 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes – VAG; § 204 Absatz 3 und § 205 Absatz 4 und 6 des Versicherungsvertragsgesetzes – VVG), haben sich Probleme ergeben. So führt die Vereinbarung eines Selbstbehalts im Basistarif nicht, wie zu erwarten wäre, stets zu einer Beitragsreduktion. Zahlt der Versicherungsnehmer nämlich den Höchstbeitrag und müsste er ohne die im Basistarif eingreifende Deckelung seines Beitrags einen noch höheren Beitrag zahlen, wird die Beitragsermäßigung nur fiktiv, nämlich hinsichtlich desjenigen Beitragsanteils vorgenommen, der oberhalb der Höchstgrenze liegt. Wird der berechtigten Erwartung, dass die Vereinbarung eines Selbstbehalts zu einer Beitragsreduktion führt, nicht entsprochen, soll dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit gegeben werden, sich von der Vereinbarung des Selbstbehalts zu lösen.

Dass die sich aus § 196 Absatz 1 VVG ergebende Möglichkeit der Befristung der Krankentagegeldversicherung auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person keine Befristung im Sinne des § 204 Absatz 3 VVG (Tarifwechsel) ist, ist nicht zweifelsfrei. Dies soll klargestellt werden.

Die relativ kurze Kündigungsfrist des § 205 Absatz 4 VVG – Kündigung des Krankenversicherungsvertrags durch den Versicherungsnehmer nach Prämienhöhung – führt dazu, dass Versicherungsnehmer entgegen dem Ziel der Regelung, nämlich zu ermöglichen, bei einer Prämienhöhung den Versicherer zu wechseln, den Versicherer nicht wechseln können, weil sie innerhalb der Frist – ein Monat – keinen neuen Vertrag abschließen können. Dadurch entsteht ein Konflikt mit § 205 Absatz 6 VVG, nach dem eine Kündigung den Abschluss eines Anschlussvertrags erfordert. Die Frist soll verlängert werden, um sowohl den beteiligten Versicherern als auch den Versicherungsnehmern mehr Zeit zu geben, einen neuen Vertrag abzuschließen. In § 205 Absatz 6 VVG soll aus Gründen der Rechtsklarheit eine Frist aufgenommen werden.

In der privaten Krankenversicherung können Versicherungsnehmer ferner bei größeren Heilbehandlungen ein Interesse daran haben, vorab über den Umfang der Übernahme von Kosten der Heilbehandlung informiert zu werden. Unklarheiten über eine Kostenübernahme sollen möglichst vermieden werden; sie können – jedenfalls bei größeren Behandlungen, die mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden sind – zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Gesundheit führen. Hier soll der nach dem Grundsatz von Treu und Glauben bestehende Auskunftsanspruch klarstellend in das Gesetz aufgenommen werden.

§ 202 VVG sieht vor, dass der Versicherungsnehmer nur über einen Arzt oder Rechtsanwalt Einsicht in ärztliche Gutachten oder Stellungnahmen nehmen kann. Dies ist unter Berücksichtigung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung nicht ausreichend. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person soll zukünftig selbst Einsicht nehmen

bzw. Auskunft verlangen können, wenn dem keine therapeutischen Gründe entgegenstehen.

Zur Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 1. März 2011 (Rechtssache C-236/09) sollen durch Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (Entwurf eines Zehnten Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes; Bundestagsdrucksache 17/9342) geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife eingeführt werden. In der privaten Krankenversicherung kann das Tarifwechselrecht nach § 204 VVG dazu führen, dass sich Versicherungsnehmer den so kalkulierten Tarifen entziehen und die Kalkulation erschwert wird. Das Tarifwechselrecht soll eingeschränkt werden.

Die Regelungen über den Widerruf in der Fernabsatz-Richtlinie sind in einem Punkt nicht vollständig umgesetzt. § 9 VVG soll ergänzt werden.

Im Pflichtversicherungsgesetz (PflVG) sind die Verweisungen auf EU-Richtlinien nicht mehr aktuell; sie sollen aktualisiert werden.

Bei Insolvenz eines Haftpflichtversicherers kann der Versicherungsnehmer unter anderem von Sozialversicherungsträgern in Regress genommen werden; dies kann zu erheblichen Belastungen führen. Die Insolvenz eines niederländischen Versicherers hat gezeigt, dass Versicherungsnehmer nicht ausreichend geschützt sind. Die Stellung der Versicherungsnehmer bei Insolvenz ihres Haftpflichtversicherers soll deswegen verbessert werden. Regressansprüche sollen eingeschränkt werden.

#### II. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes (Recht der Wirtschaft). Eine bundeseinheitliche Regelung ist alternativlos. Regelungen des Privatversicherungsrechts, das Teil des Allgemeinen Schuldrechts ist, können nicht je nach Land unterschiedlich geregelt werden. Dies gilt auch für Regelungen des Versicherungsaufsichtsrechts und des Pflichtversicherungsrechts. Anderenfalls ergäbe sich eine nicht hinnehmbare Zersplitterung des Versicherungsrechts, die dazu führen würde, dass auf gleiche Verträge unterschiedliches Recht anzuwenden wäre. Weder für betroffene Versicherungsnehmer noch für Versicherer wäre dies sachgerecht.

#### III. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Regelungen sind mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

#### IV. Gesetzesfolgen

Die vorgesehenen Änderungen führen dazu, dass die aufgezeigten Defizite behoben werden. Soweit Selbstbehalte im Basistarif gekündigt werden, kann dies zu einer geringfügig erhöhten Belastung der betroffenen Versichertengemeinschaft führen.

Die Verlängerung der Kündigungsfrist in § 205 Absatz 4 VVG wird dazu führen, dass Sinn und Zweck der Regelung,

nämlich zu ermöglichen, auf eine Beitragserhöhung durch Wechseln des Versicherers zu reagieren, besser erreicht werden. Dies gilt auch hinsichtlich der Änderung des § 205 Absatz 6 VVG.

Die vorgesehene Regelung zur Begrenzung des Regresses nach Unfällen, die durch solche Fahrzeuge verursacht werden, deren Versicherer insolvent sind, führt zu einer deutlichen Entlastung der betroffenen Versicherungsnehmer, die sich anderenfalls existenzbedrohenden Ansprüchen ausgesetzt sehen könnten. Eine mögliche Belastung des Sozialversicherungssystems – insoweit werden mögliche Regressansprüche gegen den Schädiger beschränkt – erscheint demgegenüber hinnehmbar; die Regelung entspricht dem Konzept des geltenden Rechts, das bereits Beschränkungen vorsieht. Die Regelung kommt auch nur im Fall einer Insolvenz zum Tragen.

### 1. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie nicht entgegen.

### 2. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für Bund, Länder und Kommunen entstehen keine Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

### 3. Erfüllungsaufwand

Es soll eine Auskunftspflicht zu Lasten der Unternehmen der privaten Krankenversicherung ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen werden; ein Versicherungsnehmer soll vor Behandlungsbeginn Auskunft darüber verlangen können, ob die Versicherung die Kosten der Behandlung trägt, allerdings erst, wenn Kosten über 2 000 Euro entstehen können (§ 192 Absatz 8 VVG-E).

Die Schätzung des Erfüllungsaufwands bereitet erhebliche Schwierigkeiten. Weder liegen gesicherte Zahlen dazu vor, wie viele Heilbehandlungen jährlich vorgenommen werden, die Kosten oberhalb der angesetzten Grenze verursachen, noch lässt sich sagen, in welchem Umfang von dem Anspruch Gebrauch gemacht werden wird (die nachfolgend genannten Fallzahlen sind sämtlich mit Unsicherheiten belastet). Schließlich hängt der Aufwand, den der Versicherer haben wird, davon ab, wie detailliert der Anspruchsberechtigte anfragt. Zu bedenken ist außerdem, dass der Anspruch nach den Grundsätzen von Treu und Glauben auch schon nach geltendem Recht besteht und dass der Versicherer durch Prüfung vor einer Behandlung die sonst erforderliche Prüfung der Abrechnung nach der Behandlung jedenfalls teilweise spart; zusätzliche Kosten werden so teilweise kompensiert.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) geht (auf der Grundlage einer Vorfassung der Regelung) davon aus, dass die Regelung einen Erfüllungsaufwand von 75,9 Mio. Euro jährlich verursacht.

Dazu führt der PKV-Verband aus: Bezogen auf sämtliche privat vollversicherten Personen sei mit ca. 3 Millionen zusätzlich zu bearbeitenden Leistungsübernahmeanfragen durch die Versicherten zu rechnen. Hinter dieser Schätzung stünden – so der PKV-Verband – die Fälle planbarer Heilbehandlung, das heißt nicht Notfall- und Akutversorgung, soweit die Kosten 2 000 Euro überschreiten. Im Hinblick auf diese Fälle geht der PKV-Verband davon aus, dass ca.

80 Prozent, also 2,4 Millionen Fälle, unproblematisch sind; die Bearbeitungszeit betrage in diesen Fällen 0,5 Stunden. Bei einem Stundensatz von 20 Euro errechnet der Verband eine Gesamtbelastung für die unproblematischen Fälle von 24 Mio. Euro.

Im Hinblick auf die Problemfälle, deren Zahl der Verband mit 600 000 angibt, schätzt er den Arbeitsaufwand auf zwei Stunden. Dies führe bei einem Stundensatz von 20 Euro zu einem Gesamtaufwand von 24 Mio. Euro an Personalkosten.

In den Problemfällen sei zusätzliche Korrespondenz erforderlich. Die Gesamtzahl der zu versendenden Briefe betrage damit mindestens 3,6 Millionen. Kalkulatorisch seien für jedes Schreiben 5 Euro anzusetzen. Hieraus resultierten Sachkosten von 18 Mio. Euro.

Nehme man zusätzlich noch die Bürokratiekosten beim Versicherungsnehmer, kämen hierzu noch Ergebnisbriefe und wiederum weitere Antwortbriefe. Hieraus resultiere ein Gesamtaufwand von 9,9 Mio. Euro.

Demgegenüber hat das Statistische Bundesamt in Kenntnis der Schätzung des PKV-Verbandes den Erfüllungsaufwand zuletzt auf 21,1 Mio. Euro geschätzt; davon entfallen 20 Mio. Euro auf die neue Informationspflicht für die Wirtschaft, 1,1 Mio. Euro auf zusätzlichen Aufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Das Statistische Bundesamt hat aus der Berechnung des PKV-Verbandes die Fallzahl von drei Millionen übernommen, da diese nach Aussage des Verbandes auf einer repräsentativen Umfrage bei den Mitgliedsunternehmen basiere, aber Zeit- und Sachaufwand anders berechnet.

Die Fallzahl von drei Millionen Leistungsübernahmeanträgen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen über 2 000 Euro könne, so das Statistische Bundesamt, weder bestätigt noch verworfen werden. Grund sei die fehlende Information über die Gesamtzahl der Einzelrechnungen. Auch über die absolute Zahl an Rechnungen über 2 000 Euro lägen keine Auskünfte vor.

Es könnten jedoch folgende Daten zur Verfügung gestellt werden:

Im Jahr 2010 habe jeder der 8,9 Millionen privat Vollversicherten im Durchschnitt 2 462 Euro an Versicherungsleistungen in Anspruch genommen (insgesamt 21 915,5 Mio. Euro). Nach Auskunft von befragten Experten (Private Krankenversicherung und Patientenberatung) werde der Anteil der Einzelrechnungen über 2 000 Euro auf 10 bis 15 Prozent geschätzt.

Auf Basis dieser Eckwerte könnten Modellrechnungen durchgeführt werden, die die Fallzahl des PKV-Verbandes stützten. Nehme man beispielsweise an, dass jeder Versicherte im Durchschnitt drei Leistungen pro Jahr in Anspruch nehme, ergäben sich 26,7 Millionen Einzelrechnungen. Sind hiervon 12,5 Prozent über 2 000 Euro, ergäben sich 3 337 500 Leistungsübernahmeanträge mit einem Erfüllungsaufwand von 57,6 Mio. Euro.

Gehe man aber davon aus, dass nicht jede Rechnung über 2 000 Euro einem Behandlungszyklus im Sinne der Regelung entspreche, sondern dass im Schnitt eine Behandlung aus zwei Einzelrechnungen bestehe, gehe man ferner davon aus, dass nur zwei Drittel der Betroffenen von der Möglichkeit der Vorabanfrage Gebrauch machen werden, komme

man zu ca. 1,1 Millionen Leistungsübernahmeanträgen mit einem Erfüllungsaufwand von 21,1 Mio. Euro (3 337 500 Einzelrechnungen; 1 668 750 Behandlungen; in zwei Dritteln dieser Behandlungen kommt es nach der Annahme zu Anfragen; den Versicherungsnehmern entstehen nach dieser Annahme pro Anfrage Kosten von 1 Euro).

Das Bundesministerium der Justiz weist darauf hin, dass schon eine geringfügige Änderung der Annahmen zu anderen Ergebnissen führt; es schätzt den Erfüllungsaufwand noch niedriger ein. Dafür sind folgende Überlegungen maßgeblich:

Es lässt sich nicht allein aus der Zahl der Rechnungen über 2 000 Euro auf die Zahl der Anfragen schließen. Eine Vorabanfrage wird vielmehr – wie bisher – nur in Ausnahmefällen erfolgen, nämlich wenn zweifelhaft ist, ob die Kosten einer beabsichtigten Heilbehandlung von der Versicherung ersetzt bzw. getragen werden. Sind Standardbehandlungen bzw. -eingriffe geplant, wie z. B. eine Operation wegen eines Leistenbruchs, wird es kaum zu einer Vorabanfrage kommen. Bei Behandlungen, die wegen einer akuten Erkrankung nötig werden – z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall – kann es nicht zu einer Vorabanfrage kommen. Bei chronischen Erkrankungen wird es möglicherweise vor Beginn der ersten Behandlung zu einer Abfrage kommen, danach aber kaum noch. Bei Erkrankungen, deren Behandlung sich über einen längeren Zeitraum hinzieht und die wiederholte Eingriffe bzw. Maßnahmen erforderlich machen, so dass wiederholt hohe Rechnungen ausgestellt werden, kommt es ebenfalls – wenn überhaupt – nur zu Beginn der Behandlung zu einer Abfrage, aber nicht immer wieder vor jeder weiteren Maßnahme.

Aus diesen Gründen geht das Bundesministerium der Justiz nur von 600 000 Anfragen jährlich aus. Die vom PKV-Verband bzw. vom Statistischen Bundesamt ermittelten Zahlen ermäßigen sich dementsprechend. Andererseits kann es dazu kommen, dass mehrfach korrespondiert werden muss, bevor eine abschließende Antwort des befragten Versicherungsunternehmens erfolgen kann. Dies führt zu einer leichten Anhebung des Erfüllungsaufwands. Insgesamt kann die Belastung der Wirtschaft 12 Mio. Euro jährlich betragen.

Die Belastung der Versicherungsnehmer durch die Wahrnehmung des neu geregelten Auskunftsrechtes kann, ausgehend von 600 000 Fällen und – wie vom Statistischen Bundesamt angenommen – durchschnittlich 1 Euro Kosten pro Fall mit 600 000 Euro jährlich eingeschätzt werden (Unterlagen können auch elektronisch übermittelt werden, so dass nicht immer Portokosten anfallen; andererseits kann es dazu kommen, dass der Versicherungsnehmer Unterlagen nachliefern muss).

Auch Ärzten kann ein Erfüllungsaufwand entstehen, und zwar dann, wenn auf Veranlassung des Patienten/Versicherungsnehmers ein Kostenvoranschlag erstellt wird. Dies wird nicht in jedem Fall geschehen; bei umfangreicheren Zahnbehandlungen z. B. wird ohnehin ein Heil- und Kostenplan erstellt. Auch andere Unterlagen können verwendet werden, um dem Versicherer eine Prüfung zu ermöglichen, so dass ein Kostenvoranschlag nicht immer erforderlich ist. Unter der Annahme, dass in 200 000 Fällen jährlich ein Kostenvoranschlag eingeholt wird und dieser durchschnittlich Kosten von 30 Euro verursacht, kann ein Erfüllungsaufwand von jährlich 6 Mio. Euro entstehen.

Die Erweiterung des Anspruchs auf Einsichtnahme (§ 202 VVG-E) verursacht keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand.

Die Kosten einer Einsichtnahme durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person werden dadurch kompensiert, dass die Einsichtnahme durch den Arzt oder Rechtsanwalt entfällt.

#### 4. Weitere Kosten

Die vorgesehene Änderung der Insolvenz-Regelung im Pflichtversicherungsgesetz kann zu einer höheren Belastung der Haftpflichtversicherer, die den bei einer Insolvenz eintrittspflichtigen Entschädigungsfonds tragen, führen. Da eine Insolvenz eines Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherers jedoch die absolute Ausnahme bleiben wird, ist nicht mit wiederkehrenden Belastungen zu rechnen. Nur im Fall der Insolvenz kann eine Belastung auftreten. Für diesen Fall können die Kosten deswegen nicht geschätzt werden, weil nicht geschätzt werden kann, wie viele Verkehrsunfälle betroffener Versicherungsnehmer sich ereignen würden, mit der Folge einer Eintrittspflicht des Entschädigungsfonds.

#### 5. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Die Regelungen sind aus gleichstellungspolitischer Sicht neutral.

### B. Besonderer Teil

#### Zu Artikel 1 (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes)

##### Zu Nummer 1 (Änderung des § 9 VVG)

Die Regelung in Nummer 1 übernimmt zur vollständigen Umsetzung von Artikel 6 der Fernabsatz-Richtlinie (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. L 271 vom 9.10.2002, S. 16) weitgehend Artikel 6 Absatz 7 zweiter Unterabsatz dieser Richtlinie. Für das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) wurde die entsprechende Änderung durch das Gesetz zur Anpassung der Vorschriften über den Wertersatz bei Widerruf von Fernabsatzverträgen und über verbundene Verträge vorgenommen (§ 312f BGB); vgl. insoweit die Stellungnahme des Bundesrates; Bundesratsdrucksache 855/10 – Beschluss, in der der Bundesrat eine Regelung für den Versicherungsbereich anregt. Die Regelungen des BGB über Fernabsatzverträge gelten nicht für Versicherungsverträge (§ 312b Absatz 3 Nummer 3 BGB); für den Versicherungsbereich wurde die Fernabsatzrichtlinie vielmehr im VVG umgesetzt.

Die Regelung beschränkt sich dabei allerdings nicht auf den Fernabsatz und folgt damit dem Ansatz der VVG-Novelle von 2008, nach dem eine Vereinheitlichung herzustellen und nicht mehr nach Vertriebswegen zu unterscheiden ist. Nach der Regelung ist der Versicherungsnehmer an einen dem Versicherungsvertrag „hinzugefügten Vertrag“ nicht mehr gebunden, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nach § 8 VVG widerruft; dieser Widerruf muss wirksam sein.

Die Bundesregierung hat sich zum Begriff des „hinzugefügten Vertrages“ im Zusammenhang mit der Änderung des § 312f BGB wie folgt geäußert (Bundestagsdrucksache 17/5097, Anlage 4, Gegenäußerung der Bundesregierung):



„Aus Sicht der Bundesregierung ist eine Legaldefinition des in § 312f BGB-E verwendeten Begriffs „hinzugefügter Vertrag“ weder sinnvoll noch erforderlich. Artikel 6 Absatz 7 Unterabsatz 2 der Fernabsatzfinanzdienstleistungsrichtlinie, dessen vollständige Umsetzung § 312f BGB-E gewährleisten soll, definiert „hinzugefügte Verträge“ nicht. Durch eine von der Richtlinie losgelöste Definition bestünde daher die Gefahr einer fehlerhaften bzw. unvollständigen Umsetzung. Ob ein „hinzugefügter Vertrag“ vorliegt, sollte daher abschließend von der Rechtsprechung unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalls entschieden werden. Bei der Beurteilung der Frage, ob ein „hinzugefügter Vertrag“ vorliegt, kann es insbesondere darauf ankommen, ob die betroffenen Verträge zueinander im Verhältnis von Haupt- und Nebenvertrag im Sinne eines Zusatzvertrags stehen und ob beide Verträge in einem engen zeitlichen Zusammenhang geschlossen wurden.“

Diese Ausführungen gelten auch für die Änderung des VVG. Die Fälle, dass einem Versicherungsvertrag ein Vertrag „hinzugefügt“ wird, dürften nicht sehr häufig sein. Hat ein Versicherungsnehmer bei einem Versicherer mehrere Versicherungen abgeschlossen, handelt es sich nicht ohne weiteres um „hinzugefügte Verträge“. In Betracht kommt jedoch z. B., dass einem Vertrag über die Hausratversicherung ein Vertrag über eine Fahrradversicherung hinzugefügt wird, etwa dann, wenn es sich um ein sehr teures Fahrrad handelt, das nicht ausreichend über die abgeschlossene Hausratversicherung abgesichert werden kann.

Die Regelung hat verbraucherschützenden Charakter. Der Schutz wird dem Versicherungsnehmer jedoch nicht „aufgezwungen“. Macht er deutlich, dass ein Widerruf einen Zusatzvertrag nicht erfassen soll, bleiben die Vertragsparteien an den Zusatzvertrag gebunden; dies setzt allerdings voraus, dass der Zusatzvertrag ohne den widerrufenen Vertrag durchgeführt werden kann.

Das Muster für die Widerrufsbelehrung – Anlage zu § 8 Absatz 5 Satz 1 – ist entsprechend zu ergänzen (vgl. dazu auch die Ausführungen zu Nummer 6).

#### **Zu Nummer 2** (Ergänzung des § 192 VVG)

Zugunsten des Versicherungsnehmers wird in der privaten Krankenversicherung ein ausdrücklicher Auskunftsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer vorgesehen. Insbesondere dann, wenn eine Heilbehandlung erforderlich wird, die höhere Kosten verursachen wird, kann der Versicherungsnehmer ein Interesse daran haben, vorab zu klären, ob bzw. inwieweit die Kosten durch seine Versicherung getragen werden. Der Deutsche Bundestag hat insoweit Folgendes beschlossen (Bundestagsdrucksache 17/2449; Petition 4-16-07-761-031146):

„Der Petitionsausschuss ... verkennt ... nicht, welchen enormen finanziellen Belastungen die Privatversicherten ausgesetzt sind, und sieht auch, dass die Unsicherheit im Hinblick auf die Übernahme der Kosten durch den Versicherer zusätzlich zu einer gesundheitlichen Belastung führen kann.“

Wenn keine höheren Kosten zu erwarten sind, ist dieser vom Petitionsausschuss betonte Aspekt – nämlich zusätzliche gesundheitliche Belastungen als Folge von „enormen finanziellen Belastungen“ – nicht bedeutsam. Deswegen und im Hinblick darauf, dass durch eine Auskunftserteilung zu Lasten der Versichertengemeinschaft Verwaltungskosten entste-

hen, die Versichertengemeinschaft aber nicht zu stark durch Verwaltungskosten belastet werden soll, sieht der Entwurf eine Grenze – und zwar aus Gründen der Praktikabilität eine feste Grenze – von 2 000 Euro vor; in den Fällen, in denen höhere Behandlungskosten zu erwarten sind, ist der Anspruch gegeben. Es ist Sache des Versicherungsnehmers, durch geeigneten Vortrag das Erreichen dieser Grenze jedenfalls plausibel zu machen. Mit der Einführung einer festen Grenze ist nicht verbunden, dass dann, wenn diese Grenze nicht erreicht wird, regelmäßig keine Auskunft mehr gegeben werden muss. Der Anspruch auf Auskunft bestand nach den Grundsätzen von Treu und Glauben im Einzelfall auch schon bisher; daran ändert die Einfügung eines expliziten Anspruchs ab einer vorgegebenen Grenze nichts.

Die Grenze von 2 000 Euro berücksichtigt, dass bei geringeren Einkommen eine Belastung in dieser Höhe schon „enorm“ im Sinne des oben genannten Beschlusses sein kann. Es ist aber auch zu bedenken, dass etwa 50 Prozent der in der privaten Krankenversicherung (PKV) Versicherten beihilfeberechtigt sind; die Auskunft muss also schon erteilt werden, wenn Versicherungsleistungen von 1 000 Euro oder weniger zu erwarten sind; die Kostenbelastung für die Versichertengemeinschaft setzt damit relativ früh ein.

Der Anspruch ist nicht etwa darauf gerichtet, dass der Versicherer stets eine Zusage erteilen müsste (dies ist bei schuldrechtlichen Verträgen nicht möglich; Leistungen, die nicht vereinbart sind, müssen auch nicht erbracht werden; daran ändert eine Pflicht zur Auskunft nichts); der Versicherer muss lediglich innerhalb der Frist, und zwar auf der Grundlage der vorgelegten Unterlagen, antworten und seine Antwort begründen. Insoweit vergleichbar ist die Regelung des § 3a Pflichtversicherungsgesetz (PflVG): Der Versicherer hat auf ein Schadensersatzbegehren eine mit Gründen versehene Antwort zu erteilen (die auch ablehnend sein kann). Ebenfalls vergleichbar ist die Regelung im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – Patientenrechtegesetz (Bundratsdrucksache 312/12; Änderung des § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V): Eine Krankenkasse muss innerhalb von drei bzw. fünf Wochen unter Angabe von Gründen antworten, aber nicht entscheiden.

Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann gegebenenfalls in der Antwort um weitere Unterlagen gebeten werden.

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, seiner Anfrage Unterlagen, insbesondere einen Kostenvoranschlag beizufügen. Allerdings könnte es sein, dass dann eine Prüfung seiner Anfrage möglicherweise nicht abschließend erfolgen kann. Legt der Versicherungsnehmer Unterlagen vor, muss der Versicherer in seiner Antwort im Sinne einer gesteigerten Darlegungslast auf die Unterlagen eingehen; die Antwort erlangt einen höheren Grad an Verbindlichkeit. Der Versicherungsnehmer hat es im Ergebnis in der Hand, durch frühzeitige und ausreichende Vorlage der im Einzelfall erforderlichen Unterlagen auf eine verbindliche Zusage hinzuwirken bzw. eine Auskunft zu den Fragen zu erhalten, die aus seiner Sicht wesentlich sind.

Wenn z. B. – wie es bei umfangreicheren Zahnbehandlungen schon lange gehandhabt wird – ein Heil- und Kostenplan oder ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird, kann der Versicherer im Einzelnen prüfen, ob für jede einzelne Maßnahme

und die jeweils angesetzten Kosten Versicherungsschutz gegeben ist, und dazu Stellung nehmen. Die Wahrscheinlichkeit eines Streits darüber, ob eine Heilbehandlung notwendig ist und darüber, welche Reichweite eine Auskunft hat, kann so vermindert werden.

Der Entwurf übernimmt das Konzept der gesetzlichen Krankenversicherung, dass vor Beginn einer Behandlung vorgelegte Unterlagen dahin gehend zu prüfen sind, ob Zuschüsse bewilligt werden können (vgl. z. B. § 87 Absatz 1a SGB V, der eine Krankenkasse verpflichtet, einen vorgelegten Heil- und Kostenplan vor Beginn einer Behandlung insgesamt zu prüfen; auch § 14 der Bundesbeihilfeverordnung sieht vor, dass für Zahnersatz und implantologische Leistungen vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden kann; dies ermöglicht der Beihilfestelle die Prüfung und Auskunft darüber, ob die Kosten getragen werden).

Die Auskunft ist in dringenden Fällen – gemeint ist objektive Dringlichkeit – unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) zu geben, spätestens jedoch nach zwei Wochen, ansonsten – ohne Dringlichkeit – spätestens nach vier Wochen. In dringenden Fällen wird der Arzt im Übrigen auch dann eine Behandlung vornehmen, wenn die Frage der Kostenübernahme durch die Versicherung noch nicht abschließend geklärt ist (die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag sind durch den Auskunftsanspruch im Verhältnis zum Versicherer nicht berührt). Kürzere Fristen – in der Diskussion vorgeschlagen werden z. B. Fristen von einer Woche oder drei Tagen – wären im Übrigen kontraproduktiv. Die Annahme, dass ein Versicherer unter erhöhtem Zeitdruck im Zweifel Leistungen eher ablehnen als zusagen wird, erscheint berechtigt; die Regelung könnte dann zu mehr Rechtsstreitigkeiten führen, die außerdem deswegen eine größere Belastung für den Versicherungsnehmer darstellen könnten, weil sie gegebenenfalls vor Beginn einer Behandlung zu führen wären, nämlich dann, wenn er die Behandlung nicht mit der Unsicherheit, ob die Kosten getragen werden, beginnen möchte.

Ein Konflikt mit den Erwägungen, die hinter § 14 VVG stehen, dass nämlich der Versicherer über seine Leistungspflicht erst abschließend entscheiden kann (und muss), wenn der Versicherungsnehmer ihm alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt hat, ergibt sich angesichts der Ausgestaltung der Regelung als Verpflichtung zur Antwort nicht. Wollte man im Übrigen die Regelung so ausgestalten, dass der Versicherer stets eine verbindliche Auskunft geben müsste, wäre entsprechend § 14 VVG zu regeln, dass Fristen erst dann zu laufen beginnen, wenn der Versicherungsnehmer alle erforderlichen Unterlagen zur Prüfung seines Behrens vorgelegt hat; eine Zusage der Kostenübernahme könnte auf der Grundlage unvollständiger Angaben nicht ergehen. Ein schnelles Verfahren wäre dann vermutlich nicht der Regelfall. Im Übrigen kann der Versicherungsnehmer wie ausgeführt durch vollständige Vorlage aller erforderlichen Unterlagen auf eine Zusage innerhalb der Frist von zwei Wochen hinwirken.

Unterbleibt eine Antwort innerhalb der Fristen, wird als Sanktion eine Beweislastumkehr vorgesehen; der Versicherer muss dann gegebenenfalls beweisen, dass die beabsichtigte Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist bzw. war. Eine Sanktion des Inhalts, dass auch die angesetzten Kosten (sofern der Versicherungsnehmer dazu substantiierte Angaben gemacht hat) als angemessen anzusehen sind, wird

nicht vorgeschlagen; es bleibt dabei, dass der Versicherer sich auf das Übermaßverbot berufen kann (insoweit trägt er ohnehin die Beweislast). Eine Regelung, nach der behauptete Kosten bei Fristversäumung zugestanden wären, wenn nicht innerhalb der Frist geantwortet wird, widerspräche dem Gedanken der Kostendämpfung.

### **Zu Nummer 3** (Neufassung des § 202 VVG)

Der Deutsche Bundestag hat dem Bundesministerium der Justiz eine Petition als Material überwiesen, mit der Anregung, die Vorschrift des § 202 VVG zur Diskussion zu stellen (Bundestagsdrucksache 17/6939; Petition 4-17-07-7617-005885); dem Petenten geht es um eine Ausweitung des in § 202 VVG geregelten Rechts auf Einsichtnahme in Gutachten oder Stellungnahmen.

Mit dem Gesetzentwurf wird eine Ausweitung des Rechts vorgeschlagen, im Anschluss an die Regelung im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – Patientenrechtegesetz (Bundesratsdrucksache 312/12; § 630g BGB-E – Einsichtnahme in die Patientenakte). Auch wenn das Verhältnis Patient – Arzt anders zu beurteilen ist als das Verhältnis Versicherungsnehmer – Versicherung, sind die Gründe, die für ein weitgehendes Recht auf Einsichtnahme sprechen, gleich. Es geht um ärztliche Stellungnahmen bzw. Gutachten. Ausgangspunkt ist jeweils das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, hier des Versicherten (vgl. Begründung zur Vorläufervorschrift, § 178m VVG-alt; Bundestagsdrucksache 12/6959, S. 107; im Entwurf eines Patientenrechtegesetzes die Begründung zu § 630g BGB-E). Ebenso wie dem mündigen Patienten kann es dem mündigen Versicherungsnehmer überlassen bleiben, eigenverantwortlich zu entscheiden, ob er Gutachten oder Stellungnahmen einsehen möchte, die seine gesundheitliche Situation behandeln.

Das Recht ist nicht grenzenlos. Stehen der Einsichtnahme etwa erhebliche therapeutische Gründe entgegen, kann bzw. muss die Einsichtnahme durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person abgelehnt werden. Dies dürfte insbesondere für die Bereiche der Psychiatrie und der Psychotherapie relevant sein; eine persönliche Einsichtnahme könnte mit der Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung des Versicherungsnehmers verbunden sein. Dies gilt auch, soweit es um eine Auskunft geht.

Damit der Versicherer entscheiden kann, ob eine persönliche Einsichtnahme aus therapeutischen Gründen abzulehnen ist, wird er zweckmäßigerweise den Arzt, der sich gutachterlich äußert bzw. Stellung nimmt, auch um Stellungnahme zu der Frage der unmittelbaren Einsichtnahme bitten; dies muss nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt werden.

Die Grenze des Einsichtsrechts ist ferner erreicht, wenn sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, z. B. schutzwürdige Rechte Dritter verletzt werden. Das kann dann der Fall sein, wenn das Gutachten bzw. die Stellungnahme auch die gesundheitliche Situation anderer Personen behandelt, jedoch im Regelfall nicht, wenn Behandlungsfehler erörtert werden.

### **Zu Nummer 4** (Änderung des § 204 VVG)

#### **Zu Buchstabe a**

Die Änderung schließt den Wechsel aus einem Tarif, der im Anschluss an das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom

1. März 2011 (Rechtssache C-236/09) geschlechtsunabhängig kalkuliert wurde, in einen herkömmlichen, das heißt unter Berücksichtigung des Geschlechts kalkulierten Tarif aus. Wäre der Tarifwechsel weiter unbeschränkt möglich, könnten Versicherungsnehmer in den Tarif wechseln, der für Versicherungsnehmer ihres Geschlechts die jeweils günstigeren Konditionen bietet. Dies würde nicht nur die Kalkulation der Tarife deutlich erschweren, sondern widerspricht auch dem Geist des genannten Urteils, nach dem sich das Geschlecht gerade nicht mehr auf die Höhe der Prämie und den Leistungsumfang auswirken soll. Dass heißt auch, dass der Tarifwechsel aus der „alten“ in die „neue“ Tarifwelt, in der sich das Geschlecht auf die Prämie und den Leistungsumfang nicht mehr auswirkt, möglich sein muss; der Rückwechsel ist dagegen ausgeschlossen.

#### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung stellt klar, dass die nach § 196 Absatz 1 VVG mögliche Befristung einer Krankentagegeldversicherung bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres keine Befristung im Sinne des den Tarifwechsel regelnden § 204 VVG ist; das Tarifwechselrecht soll für die Krankentagegeldversicherung nicht ausgeschlossen sein. Nach Sinn und Zweck des § 204 Absatz 3 VVG sind „befristete Versicherungsverhältnisse“ im Sinne dieser Regelung solche Versicherungsverhältnisse, die nur kurze Zeit andauern, z. B. Reisekrankenversicherungen; für einen Tarifwechsel besteht hier keine Notwendigkeit (vgl. für die gleichlautende Altregelung des § 178f Absatz 2 VVG Römer in Römer/Langheid, VVG, 2. Auflage 2003, § 178f Rn. 12) § 204 VVG findet damit auch auf die nach § 196 Absatz 1 VVG befristete Krankentagegeldversicherung Anwendung; Tarifwechsel sind möglich. Eine befristete Krankentagegeldversicherung kann nach § 12 Absatz 6 VAG ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden; eine Mitgabe von Alterungsrückstellungen findet dann nicht statt.

#### **Zu Nummer 5** (Änderung des § 205 VVG)

##### **Zu Buchstabe a**

§ 205 Absatz 4 VVG ermöglicht bei Prämienerrhöhungen die Kündigung des Krankenversicherungsvertrags durch den Versicherungsnehmer; diese muss innerhalb eines Monats erfolgen. Diese Frist hat sich als zu kurz erwiesen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Versicherungsnehmer den Vertrag nur dann kündigen kann, wenn er einen neuen Vertrag abschließt (§ 204 Absatz 6 VVG).

Der neue Versicherer wird regelmäßig eine Gesundheitsprüfung vornehmen, bevor er zum Vertragsschluss bereit ist; für diese Prüfung wird gelegentlich mehr als ein Monat benötigt. Die Folge ist, dass die Monatsfrist für die Kündigung verstrichen ist, aber kein neuer Vertrag nachgewiesen werden kann und der Versicherungsnehmer weiterhin an den alten Vertrag gebunden ist. Dies steht im Widerspruch zu Sinn und Zweck der Regelung. Den Beteiligten – dem kündigenden Versicherungsnehmern und dem neuen Versicherer – soll deswegen mehr Zeit zur Verfügung gestellt werden, ohne dass der bisherige Versicherer zu lange im Unklaren gelassen wird, ob der Versicherungsnehmer den Vertrag nach § 204 Absatz 4 VVG kündigen möchte. Eine Verlängerung auf zwei Monate trägt den Interessen aller Beteiligten Rechnung.

#### **Zu Buchstabe b**

Die Änderung hat den bereits oben genannten Hintergrund (Nummer 5 Buchstabe a). Die Regelung beseitigt Unklarheiten der bestehenden Regelung, die die Nachversicherung vorschreibt, aber nicht regelt, bis wann der Nachweis der Nachversicherung zu erbringen ist. Innerhalb der Frist von zwei Monaten wird eine Nachversicherung abgeschlossen werden können. Eine konkrete Frist ist im Hinblick darauf geboten, dass der Versicherer, dem gekündigt worden ist, ein Interesse daran hat, Klarheit über die Beendigung bzw. Fortsetzung des Vertrags zu erlangen; eine Frist von zwei Monaten ist angemessen. Wenn allerdings, etwa im Fall der Kündigung nach § 205 Absatz 1 VVG oder wenn der Versicherungsnehmer deutlich vor Beginn einer Kündigungsfrist kündigt, der Termin, zu dem die Kündigung wirksam wird, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung liegt, ist die Frist entsprechend zu verlängern; es ist nicht sinnvoll, dass ein Nachweis zwei Monate nach der Kündigungserklärung vorgelegt werden muss, wenn der Termin, zu dem gekündigt worden ist, zwei Monate nach der Erklärung noch gar nicht erreicht ist.

#### **Zu Nummer 6** (Änderung der Anlage zum VVG)

Das mit der Anlage zum VVG vorgegebene Muster wird im Hinblick auf die vorgesehene Änderung des § 9 VVG angepasst (vgl. die Begründung zu Nummer 1).

#### **Zu Artikel 2** (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

##### **Zu Nummer 1** (Änderung des § 7b VAG)

Es handelt sich um eine Verweisungsanpassung nach Konsolidierung der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsrichtlinien. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

##### **Zu Nummer 2** (Änderung des § 12 VAG)

§ 12 Absatz 1a Satz 3 VAG regelt, welche Selbstbehalte im Basistarif der privaten Krankenversicherung vereinbart werden können. Nach Satz 4 beträgt die Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif drei Jahre. Sind die Beiträge im Basistarif sehr hoch oder haben sie sogar den Höchstbeitrag erreicht, kann es vorkommen, dass sich eine Beitragsermäßigung, die bei Vereinbarung eines Selbstbehalts zu erwarten wäre, nicht oder nur eingeschränkt ergibt; die „Beitragsermäßigung“ findet sozusagen oberhalb des Höchstbeitrags statt und kommt dem Versicherungsnehmer nicht zugute. Wird damit die berechtigte Erwartung nicht erfüllt, durch Vereinbarung eines Selbstbehalts in den Genuss einer Beitragsermäßigung zu kommen, soll die Vereinbarung eines Selbstbehalts zukünftig rückgängig gemacht werden können, indem eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangt werden kann; die Bindungsfrist von drei Jahren kommt in der dargestellten Konstellation dann nicht zum Tragen. Eine Reduzierung der Prämie um einen Minimalbetrag ist nicht hinreichend, um den Anspruch auf Umstellung auszuschließen; es muss sich vielmehr um eine „angemessene“ Reduzierung handeln. Diese ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn die Reduzierung derjenigen gleichkommt, die sich bei dem vereinbarten Selbstbehalt sonst ergibt.



Es sei angemerkt, dass dann, wenn ein Vertrag neu abgeschlossen wird und ein Selbstbehalt vereinbart wird, der sich im Sinne der obigen Ausführungen nicht auswirkt, einiges dafür spricht, dass ein Beratungsfehler gemacht worden ist (auf die Auswirkungen eines Selbstbezalts ist regelmäßig hinzuweisen; die Umstände des Einzelfalls sind maßgeblich); eine gesetzliche Regelung, nach der die Vereinbarung eines Selbstbezalts in diesen Fällen unzulässig ist, erscheint nicht erforderlich.

### **Zu Artikel 3 (Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes)**

#### **Zu den Nummern 1, 3, 5 Buchstabe a, den Nummern 6 bis 8**

(Änderung der §§ 4, 8a, 12 Absatz 1, der §§ 12a, 12b und 12c PflVG)

Es handelt sich um die Anpassung von Bezugnahmen auf EU-Recht nach Konsolidierung von Richtlinien (Zusammenführung aller Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsrichtlinien in die neue Richtlinie 2009/103/EG); inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

#### **Zu Nummer 2 (Änderung des § 7 PflVG)**

Die Bezugnahme in § 7 Nummer 3 PflVG wird nach Wegfall des § 3 Nummer 5 PflVG aktualisiert; § 117 Absatz 2 VVG, auf den nunmehr Bezug genommen werden soll, hat den Inhalt des § 3 Nummer 5 PflVG übernommen.

#### **Zu Nummer 4 (Änderung des § 9 PflVG)**

Die Bezeichnung der Behörde wird aktualisiert.

#### **Zu Nummer 5 Buchstabe b und c**

(Änderung des § 12 Absatz 4 und 6 PflVG)

Die Regelung in Nummer 5 Buchstabe b und c soll die Position von Versicherungsnehmern verbessern, deren Haftpflichtversicherer insolvent wird oder insolvent ist.

§ 12 PflVG, der geändert wird, regelt die Eintrittspflicht des Entschädigungsfonds (in Deutschland die Verkehrsofferhilfe e. V.) nach einem Verkehrsunfall. Wichtigste Fälle der Eintrittspflicht sind die Fälle der Fahrerflucht und die Fälle, in denen ein Verkehrsunfall durch ein nicht versichertes Fahrzeug verursacht worden ist (§ 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 PflVG).

Nach § 12 Absatz 1 PflVG tritt der Entschädigungsfonds auch im Fall einer Insolvenz ein, und zwar, soweit es um die Schäden der Unfallgegner geht (wenn und soweit der Unfallverursacher haftet). Der Entschädigungsfonds tritt nach § 12 Absatz 1 Satz 2 PflVG jedoch dann nicht ein, wenn der Ersatzberechtigte Ansprüche gegen Schadensversicherer hat (insbesondere: Kaskoversicherung; private Krankenversicherung). Eine Eintrittspflicht besteht auch nicht für die Ersatzansprüche der in § 12 Absatz 1 Satz 3 PflVG angeführten Stellen (Sozialversicherungsträger, z. B. Krankenkassen, die Behandlungskosten getragen haben; Arbeitgeber, die Lohn/Gehalt fortzahlen mussten), ferner nicht, soweit es um die in § 12 Absatz 1 Satz 5 PflVG angeführten Ansprüche von Gemeinden, Energieversorgern und Telekommunikationsunternehmen geht.

Da der Entschädigungsfonds in diesen Fällen nicht eintritt, kann es dazu kommen, dass diese Ansprüche gegen den

Schädiger geltend gemacht werden (Gemeinden können z. B. aus eigenem Recht Ansprüche geltend machen, Sozialversicherungsträger aus übergegangenem Recht). Dies erscheint im Hinblick darauf, dass der Schädiger seine Pflicht, sich zu versichern, erfüllt hat, anders als in dem Fall des § 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 PflVG, nicht gerechtfertigt. Mögliche Ersatzansprüche gegen den Schädiger werden deswegen beschränkt. Der Versicherungsnehmer wird allerdings nicht vollständig freigestellt. Ansprüche, die sich wegen der Beschädigung von in Absatz 1 Satz 5 genannten Einrichtungen ergeben, bleiben bestehen; den unmittelbar in ihrem Eigentum Geschädigten soll das Insolvenzrisiko nicht übertragen werden. Für die in § 12 Absatz 1 Satz 2 und 3 genannten Versicherer hat sich jedoch das von ihnen abgesicherte Risiko verwirklicht. Ähnliches gilt für Arbeitgeber und Dienstherren; dass ein Mitarbeiter unfallbedingt ausfällt und der Lohn bzw. die Vergütung fortgezahlt werden muss, ist einem Arbeits- bzw. Dienstverhältnis immanent. Eine Gesamtabwägung ergibt, dass die Kürzung möglicher Regressansprüche hinnehmbar ist. Insoweit verbleibt ein geringes und deswegen tragbares Risiko, nämlich das Risiko, Ersatzleistungen bis zu höchstens 2 500 Euro tragen zu müssen, beim Schädiger (und auch bei einer mitversicherten Person).

Die Eintrittspflicht des Entschädigungsfonds ist regelmäßig auf die Mindestversicherungssumme begrenzt (§ 12 Absatz 4 Satz 1 PflVG in Verbindung mit § 117 Absatz 3 VVG). Aus den genannten Gründen – der Versicherungsnehmer hat sich gesetzestreu verhalten – wird auch insoweit seine Position verbessert; die Eintrittspflicht des Entschädigungsfonds wird erhöht (Nummer 5 Buchstabe b). Mögliche Ersatzansprüche des Geschädigten gegen ihn greifen erst, soweit sie oberhalb der festgelegten Summe liegen. Im Übrigen wird darauf verzichtet, ausdrücklich vorzusehen, dass der Geschädigte (der Unfallgegner) den Schädiger nicht in Anspruch nehmen kann; der Geschädigte wird sich regelmäßig an den Entschädigungsfonds halten.

#### **Zu Nummer 5 Buchstabe d**

(Änderung des § 12 Absatz 7 PflVG)

Eine Bezugnahme auf eine Regelung des VAG wird ersatzlos gestrichen; die Regelung wurde aufgehoben.

#### **Zu Nummer 9 (Neufassung des § 16 PflVG)**

Eine Übergangsvorschrift wird in das PflVG eingefügt. Sie regelt, dass die Änderungen mit Bezug auf die Regelung des § 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 PflVG lediglich für die Zukunft wirken. Soweit sich im Zusammenhang mit der Insolvenz eines Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherers bereits Ansprüche gegenüber einem Versicherungsnehmer/Schädiger ergeben haben, soll nicht in diese Ansprüche eingegriffen werden; sie sind durch Artikel 14 des Grundgesetzes geschützt. Ebensovienig soll nachträglich die Eintrittspflicht der Verkehrsofferhilfe erhöht werden.

### **Zu Artikel 4 (Änderung des Gesetzes über die Haftpflichtversicherung für ausländische Kraftfahrzeuge und Kraftfahrzeuganhänger)**

Im Ausländerpflichtversicherungsgesetz sind Folgeänderungen nach der VVG-Novelle 2008 unterblieben; diese Folgeänderungen werden vorgenommen.



**Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)**

Das Gesetz tritt ganz überwiegend am Tag nach der Verkündung in Kraft; es enthält keine Regelungen, die es erforderlich machen würden, den Betroffenen eine Umstellungsphase einzuräumen. Eine Ausnahme gilt insoweit für die Regelung in Artikel 1 Nummer 6; hier ist eine Übergangsphase sinnvoll, um den Versicherungen für die Umstellung der Formulare ausreichend Zeit zu geben.

## Anlage 2

# Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

### 1. Zusammenfassung

#### Bürgerinnen und Bürger

Nach Einschätzung des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) und des Statistischen Bundesamtes entstehen jährlich zusätzliche Kosten in einer Größenordnung zwischen 600 000 und 1,1 Mio. Euro.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieser Aufwand im Zusammenhang mit einem bereits nach derzeitiger Rechtslage bestehenden Auskunftsanspruch gegenüber den Versicherungsunternehmen steht und Bürgerinnen und Bürger im Ergebnis davon profitieren können, dass eine Vorabklärung über den Versicherungsschutz ihr finanzielles Risiko mindert.

#### Wirtschaft

##### 1. Unternehmen der privaten Krankenversicherung

BMJ und Statistisches Bundesamt gehen – wie auch der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) – davon aus, dass die explizite rechtliche Verankerung des bereits nach allgemeinen Grundsätzen bereits bestehenden Rechtsanspruchs zu weiteren Anwendungsfällen in der Praxis und damit zu zusätzlichem Erfüllungsaufwand bei den Versicherungsunternehmen führt.

Bei der Einschätzung des Umfangs, um den die Fallzahlen steigen, laufen die Annahmen auseinander. Das BMJ geht von 600 000 zusätzlichen Anfragen und einem Anstieg des Erfüllungsaufwands in Höhe von 12 Mio. Euro aus. Das Statistische Bundesamt schätzt den Auskunftsbedarf der Bürgerinnen und Bürger hingegen deutlich höher ein und kommt im Ergebnis auf jährlich rund 20 Mio. zusätzliche Kosten für die Versicherungsunternehmen.

##### 2. Ärzte

Ärzten entsteht zusätzlicher Aufwand, wenn auf Veranlassung des Patienten ein Kostenvoranschlag erstellt wird. Das BMJ geht hier von 200 000 zusätzlichen Fällen aus und kommt bei Einzelfallkosten in Höhe von 30 Euro auf rund 6 Mio. Euro zusätzliche Kosten.

##### 3. Haftpflichtversicherer

Die neue Insolvenzregelung kann zu einer höheren Belastung der Haftpflichtversicherer führen, da diese den Entschädigungsfonds tragen. Da die neue Regelung in der Praxis nur ausnahmsweise zur Anwendung kommen wird und der Aufwand aufgrund des starken Einzelfallbezugs nicht belastbar abschätzbar ist, wurde seitens des BMJ ausnahmsweise von der Bezifferung der Kosten abgesehen.

#### Verwaltung

Das Regelungsvorhaben hat keine Auswirkung auf den Vollzugsaufwand der Verwaltung.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat den Regelungsentwurf im Rahmen seines gesetzlichen Mandats geprüft und keine Bedenken. Das BMJ hat Transparenz über die

möglichen Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand hergestellt. Der NKR fordert das BMJ auf, das Regelungsvorhaben nach einer angemessenen Zeit (spätestens ca. drei bis fünf Jahre nach Inkrafttreten) zu evaluieren, da die Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand nur schwer abschätzbar sind. Der Erfüllungsaufwand könnte dadurch – insbesondere bei den Ärzten, die die Heil- und Kostenpläne nicht in Rechnung stellen können – deutlich höher ausfallen, als geschätzt. Das BMJ sollte dabei auch prüfen, ob der gewählte Schwellenwert mit einem Rechnungsbetrag von 2 000 Euro richtig gesetzt wurde. Zumal der ursprüngliche Regelungsentwurf hier mit 3 000 Euro noch einen deutlich höheren Rechnungsbetrag vorsah.

### 2. Im Einzelnen

Maßgeblich für den Erfüllungsaufwand ist im Wesentlichen die Regelung einer ausdrücklichen gesetzlichen Auskunftsspflicht der Versicherungsunternehmen.

Das BMJ hat die möglichen Auswirkungen dieser Regelung auf den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger sowie für Unternehmen der privaten Krankenversicherung und Ärzte methodisch korrekt abgeschätzt und ausführlich dargestellt. Es hat ein Gutachten des Statistischen Bundesamtes eingeholt, um die seitens der Wirtschaft vorgetragene Abschätzung zu objektivieren. Es hat die verschiedenen Annahmen in die Begründung des Regelungsvorhabens aufgenommen und damit größtmögliche Transparenz über die verschiedenen Annahmen hergestellt.

Das BMJ hat versucht, den Effekt nachzuzeichnen, dass eine ausdrückliche Regelung Bürgerinnen und Bürger zu zusätzlichen Auskunftsbegehren motivieren kann. Ob und in welchem Umfang es tatsächlich zu einer Verhaltensänderung der Versicherten kommt, ist naturgemäß nur sehr schwer abzuschätzen und insofern kommen BMJ, der PKV-Verband und das Statistische Bundesamt zu unterschiedlichen Prognosen und folglich zu unterschiedlichen Kosten. Positiv ist vor diesem Hintergrund, dass das BMJ die unterschiedlichen Annahmen zur Kostenabschätzung in der Begründung offen benennt, die jeweiligen Unterschiede zwischen der Abschätzung des PKV-Verbands sowie des Statistischen Bundesamtes herausarbeitet und anschließend begründet, warum es die Effekte zurückhaltender einschätzt.

Nach Auffassung des NKR kann im Ergebnis dahinstehen, welche der dargestellten Prognosen die wahrscheinlichste ist. Alle aufgezeigten Lösungsansätze bieten auf der einen Seite Vorteile, sind jedoch andererseits auch mit Unsicherheiten behaftet. So ist z. B. an der Kostenschätzung des PKV-Verbands positiv hervorzuheben, dass ihr nach dem Gutachten des Statistischen Bundesamtes „eine repräsentative Umfrage bei seinen Mitgliedsunternehmen durchgeführt“ zugrunde liegt, um die Fallzahlen zu ermitteln. Allerdings wird die Einschätzung des PKV-Verbands vom Statistischen Bundesamt dahingehend relativiert, dass z. B. andere Stundenlöhne als nach dem für das Bundesministerium gültigen Leitfadens verwendet wurden und der Kosten senkende

Aspekt der „vorgezogenen Rechnungsprüfung“ und der Korrektur der Rechnung keine hinreichende Berücksichtigung gefunden hat.

Auch wenn die Einschätzung des BMJ eher die Untergrenze des Kostenanstiegs markieren dürfte, bestehen aufgrund der Tatsache, dass Bürgerinnen und Bürgern bereits nach geltendem Recht ein Auskunftsanspruch zusteht, seitens des Nationalen Normenkontrollrats keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben. Allerdings sollte nicht unerwähnt bleiben, dass insbesondere auch der Aufwand für Ärzte deutlich höher ausfallen könnte, da das BMJ gegenüber dem NKR eingeräumt hat, dass für die Heil- und Kostenpläne nicht von allen Ärzten gesonderte Gebühren erhoben werden können.

Der NKR fordert das BMJ auf, das Regelungsvorhaben nach einer angemessenen Zeit (spätestens ca. 3 bis 5 Jahre nach Inkrafttreten) zu evaluieren. Wie bereits oben dargestellt, sind die Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand nur schwer abschätzbar.

Sie könnten dadurch – insbesondere auch bei den Ärzten – deutlich höher ausfallen, als vom BMJ geschätzt. Das BMJ sollte dabei auch prüfen, ob der gewählte Schwellenwert mit einem Rechnungsbetrag von 2 000 Euro richtig gesetzt wurde. Zumal der ursprüngliche Regelungsentwurf hier mit 3 000 Euro noch einen deutlich höheren Rechnungsbetrag vorsah.

## Anlage 3

## Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 901. Sitzung am 12. Oktober 2012 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

**1. Zu Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a**  
(§ 9 Absatz 1 Satz 2 VVG)

Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

„a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 mit der Maßgabe, dass Satz 2 gestrichen wird.“

**Begründung**

Die vorgeschlagene Neuregelung zu § 9 VVG dient der vollständigen Umsetzung von Artikel 6 Absatz 7 Unterabsatz 2 der Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 23. September 2002 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher (Fernabsatzrichtlinie II, ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 21) in das deutsche Recht. Der Vorschlag greift insoweit eine Empfehlung des Bundesrates zum Gesetzentwurf zur Anpassung der Vorschriften über den Wertersatz bei Widerruf von Fernabsatzverträgen und über verbundene Verträge auf, vgl. Bundesratsdrucksache 855/10 (Beschluss), Nummer 1. Das Gesetzgebungsverfahren sollte zum Anlass genommen werden, § 9 VVG auch im Übrigen richtlinienkonform zu gestalten.

Nach § 9 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 1 VVG-E muss der Versicherer, wenn er den Versicherungsnehmer nicht ordnungsgemäß über den Widerruf belehrt hat, im Fall des Widerrufs die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien erstatten. Die Vorschrift dient der Umsetzung von Artikel 7 der Fernabsatzrichtlinie II. Nach Artikel 7 Absatz 1, 3 und 4 der Richtlinie sollen allerdings dann, wenn bei einem Verbrauchervertrag im Fernabsatz der Hinweis über den Widerruf fehlt oder fehlerhaft ist, keinerlei Prämienansprüche des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer bestehen. Es ist also richtlinienwidrig, wenn der Versicherer nach deutschem Recht die Prämien für die auf das erste Jahr folgenden Versicherungsjahre behalten darf. Entsprechendes gilt für § 9 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 VVG-E, sofern bei fehlendem oder fehlerhaftem Hinweis die Versicherungsleistung hinter den vor dem Widerruf gezahlten Prämien zurückbleibt. In diesem Fall wird der Rückabwicklungsanspruch des Versicherungsnehmers entgegen Artikel 7 der Fernabsatzrichtlinie II verkürzt (vgl. Prölss/Martin § 9 VVG, Rn. 24 f., 29 f.; Römer/Langheid § 9 VVG Rn. 15 ff.).

§ 9 Absatz 1 Satz 2 VVG-E sollte daher im Sinne einer einheitlichen Behandlung aller Versicherungsverträge unabhängig von der Vertriebsform insgesamt entfallen (vgl. Armbrüster, r+s 2008, 493).

**2. Zu Artikel 1 Nummer 2**  
(§ 192 Absatz 8 Satz 3a – neu – VVG)

In Artikel 1 Nummer 2 ist nach § 192 Absatz 8 Satz 3 folgender Satz einzufügen:

„Die Auskunft ist verbindlich, soweit der Versicherer eine Zusage erteilt.“

**Begründung**

Nach § 192 Absatz 8 VVG-E soll der Versicherungsnehmer einer privaten Krankenversicherung von seiner Versicherung zukünftig Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für eine beabsichtigte Heilbehandlung verlangen können, sofern die Kosten voraussichtlich 2 000 Euro übersteigen. Die Auskunft ist, je nach Dringlichkeit, innerhalb einer zwei- bzw. vierwöchigen Frist zu erteilen. Erteilt die Versicherung innerhalb dieser Frist keine Auskunft, so wird zugunsten des Versicherungsnehmers gesetzlich vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Die Begründung des Gesetzentwurfs führt dazu aus, dass die Auskunft der Versicherung nicht stets eine Zusage beinhalten müsse (Bundesratsdrucksache 513/12, S. 12, vierter Absatz). Es soll sich lediglich um eine Verpflichtung zur Antwort handeln, wobei diese Antwort sich auch auf die Anforderung weiterer Unterlagen beschränken könne (Bundesratsdrucksache 513/12, S. 12, fünfter Absatz). In Abgrenzung zu § 14 VVG stellt die Begründung darüber hinaus klar, dass die Verpflichtung zur Antwort keine Pflicht zu einer verbindlichen Auskunft bedeute (Bundesratsdrucksache 513/12, S. 13, dritter Absatz).

Der Neuregelung soll das berechtigte Interesse des Versicherungsnehmers zugrunde liegen, bei größeren Heilbehandlungen, die zu einer erheblichen finanziellen Belastung führen können, vorab zu wissen, ob Versicherungsschutz besteht bzw. ob die beabsichtigte eine „notwendige Heilbehandlung“ im Sinne des § 192 Absatz 1 VVG ist und ob der abgeschlossene Versicherungsvertrag die Übernahme der wahrscheinlichen Kosten vorsieht (Bundesratsdrucksache 513/12, Vorblatt, Abschnitt A, zweiter Absatz). In der vorgeschlagenen Ausgestaltung als bloßer „Pflicht zur Antwort“ wird die Vorschrift diesem Interesse jedoch nicht gerecht, sondern gibt dem Versicherten „Steine statt Brot“. Da die Auskunft nicht verbindlich sein muss, besteht für den Versicherungsnehmer die Gefahr, dass die Versicherung nach Durchführung der Behandlung deren medizinische Notwendigkeit trotz vorheriger Auskunft mit Verweis auf deren Unverbindlichkeit bestreitet. Im Ergebnis wäre es sogar für den Versicherungsnehmer unter diesen Voraussetzungen besser, wenn die Versicherung innerhalb der Frist des § 198 Absatz 8 Satz 2 VVG-E keine Auskunft erteilen würde. In diesem Fall würde nämlich zu seinen Gunsten die gesetzliche Vermutung des § 192 Absatz 8 Satz 4 VVG-E eingreifen, wodurch seine Position gegenüber der Versicherung – anders als bei einer unverbindlichen Kostenzusage – tatsächlich gestärkt würde.

Im Interesse der Versicherungsnehmer einer privaten Krankenkasse ist in § 192 Absatz 8 VVG-E einer neuer Satz 3a einzufügen, der normiert, dass Zusagen des Versicherers verbindlich sind.

## Anlage 4

**Gegenäußerung der Bundesregierung**

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

**Zu Nummer 1** (Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a – § 9 Absatz 1 Satz 2 VVG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Nach Auffassung der Bundesregierung ist § 9 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) richtlinienkonform. Ausgangspunkt der Kritik ist Artikel 7 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. L 271 vom 9.10.2002, S. 21) über die Rechtsfolgen eines Widerrufs bei Fernabsatzverträgen. Diese Regelung sieht vor, dass der Verbraucher nach einem Widerruf erhaltene Geldbeträge und/oder Gegenstände an den Versicherer zurückzugeben hat (Absatz 5). Hintergrund dieser Regelung ist der Gedanke der Rückabwicklung; das Erhaltene soll zurückgegeben werden. Eine Beschränkung auf Geldbeträge und/oder Gegenstände würde die Besonderheiten des vom Versicherer geleisteten Versicherungsschutzes nicht ausreichend berücksichtigen. Bei der Auslegung der Regelung ist entscheidend, dass der Verbraucher Versicherungsschutz erhalten hat, den er selbstverständlich in Anspruch genommen hätte; diesen Versicherungsschutz muss er „zurückgeben“. Die Herausgabe von Versicherungsschutz ist naturgemäß schwierig. Für vergleichbare Fälle sieht § 346 des Bürgerlichen Gesetzbuchs – Wirkungen des Rücktritts – in seinem Absatz 2 vor, dass Wertersatz zu leisten ist, wenn eine Herausgabe nach

der Natur des Erlangten ausgeschlossen ist. In § 9 VVG wird insoweit vereinfachend auf die Prämie abgestellt.

**Zu Nummer 2** (Artikel 1 Nummer 2 – § 192 Absatz 8 Satz 3a – neu – VVG)

Auch diesen Vorschlag des Bundesrates lehnt die Bundesregierung ab.

Dem Vorschlag liegt möglicherweise eine Fehlinterpretation hinsichtlich einer Formulierung in der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zugrunde. In der entsprechenden Passage, auf die sich die Stellungnahme des Bundesrates bezieht (Bundesratsdrucksache 513/12, S. 13, Absatz 4), wird ausgeführt: „Wollte man im Übrigen die Regelung so ausgestalten, dass der Versicherer stets eine verbindliche Auskunft geben müsste, wäre entsprechend § 14 VVG zu regeln, dass Fristen erst zu laufen beginnen, wenn der Versicherungsnehmer alle erforderlichen Unterlagen zur Prüfung seines Begehrens vorgelegt hat; eine Zusage der Kostenübernahme könnte auf der Grundlage unvollständiger Angaben nicht ergehen.“ Es heißt allerdings weiter: „Im Übrigen kann der Versicherungsnehmer [...] durch vollständige Vorlage aller erforderlichen Unterlagen auf eine Zusage [...] hinwirken.“ Angesprochen wird hier der Konflikt, dass der Versicherungsnehmer unzureichende Unterlagen vorgelegt hat, der Versicherer aber zur Reaktion verpflichtet werden soll; diese Reaktion kann dann keine verbindliche Zusage sein. Der vom Bundesrat angeführte Fall liegt insofern anders als alle Unterlagen vorliegen; dann muss eine abschließende Bewertung (Zusage oder Ablehnung) erteilt werden; die Zusage ist dann auch verbindlich. Die vom Bundesrat angeregte Ergänzung ist daher entbehrlich.





