



DeutscherAnwaltVerein

Berlin, Mai 2006
Stellungnahme Nr. 20/06
abrufbar unter www.anwaltverein.de

Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins

durch den Ausschuss Versicherungsrecht
und den Geschäftsführenden Ausschuss der Arbeitsgemein-
schaft Versicherungsrecht

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

Mitglieder des Ausschusses:

Rechtsanwalt Dr. Knut Höra (Vorsitz)
Rechtsanwalt Dr. jur. Friedrich Bultmann
Rechtsanwalt Dr. Ralf Johannsen
Rechtsanwalt Dr. Hartmut Lübbert
Rechtsanwalt Arno Schubach
Rechtsanwalt Dr. Hermann Schünemann
Rechtsanwalt Dr. Oliver Sieg

Mitglieder des Geschäftsführenden Ausschusses:

Rechtsanwalt Dr. Hubert W. van Bühren (Vorsitz)
Rechtsanwalt und Notar Dr. Georg Greißinger
Rechtsanwalt Dr. Hartmut Lübbert
Rechtsanwältin Monika Maria Risch
Rechtsanwalt Günter Schmalzer
Rechtsanwalt und Notar Prof. Dr. Michael Terbille
Rechtsanwalt Dr. Jens Tietgens

Zuständige DAV-Geschäftsführerin:

Rechtsanwältin Heidemarie Haack-Schmahl

Verteiler:

Bundesministerium der Justiz
Vorstand und Geschäftsführung des Deutschen Anwaltvereins
Landesverbände des DAV
Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des DAV
Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaften des DAV
Ausschuss Versicherungsrecht im DAV
Bundesrechtsanwaltskammer
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Versicherungswesen)
Deutscher Steuerberaterverband
Bund der Versicherten
Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände
Deutsche Aktuarvereinigung

Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV mit derzeit ca. 61.000 Mitgliedern vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

Einleitung:

Das Bundesministerium der Justiz hat den Referentenentwurf zu einem neuen Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgelegt. Das VVG-E 2006 löst das seit 1908 geltende Gesetz ab und setzt gleichzeitig verbindliche Vorgaben europäischer Richtlinien in nationales Recht um. Es trägt durch Aufgabe des bislang in § 5a VVG verankerten Policenmodells (Aushändigung der Verbraucherinformation und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erst mit Übersendung der Versicherungspolice) einem Vertragsverletzungsverfahren Rechnung, das vor der EG-Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland eingeleitet ist.

I. Reformziele und Umsetzung:

(1) Beratung und Information des Versicherungsnehmers:

Versicherungsprodukte sind abstrakt. Welches Risiko versichert ist und wann ein Anspruch auf Leistungen besteht, ist nicht selbsterklärend. Maßgebend sind gesetzliche Vorgaben und die Beschreibungen in den Versicherungsbedingungen (AVB). Das Gesetz sieht deshalb eine umfassende Beratungspflicht vor und übernimmt die bislang nur in dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) normierten Informationspflichten in das VVG. Dadurch wird eine schwer durchschaubare Gesetzeszersplitterung beseitigt. Gleichzeitig weitet das Gesetz zurecht den Umfang der zu erteilenden Informationen erheblich aus.

Besonders wichtig sind die Informationen vor Abschluss des Versicherungsvertrags. § 7 VVG-E 2006 sieht vor, dass die Einzelheiten der von dem Versicherer zu erteilenden Informationen in einer Rechtsverordnung festgelegt werden. Damit die Vorgaben der Verordnung bis zum Inkrafttreten des Gesetzes von der Versicherungswirtschaft umgesetzt werden können, muss sie zeitgleich zur Verkündung des VVG-E 2006 vorliegen. Im Interesse der Rechtssicherheit erscheint es zudem unerlässlich, dass die Verordnung die für die einzelnen Sparten geforderten Informationen vollständig umschreibt. Anderenfalls drohen unerwünschte Rechtsstreitigkeiten zur Frage der Erfüllung der Informationspflichten.

(2) Vorläufige Deckung (§§ 51-54 VVG-E 2006):

Dem vorläufigen Versicherungsschutz kommt als Instrument der Risikoabsicherung in der Phase zwischen Antragstellung und dem Zustandekommen des Hauptvertrages dort erhebliche Bedeutung zu, wo das Antragsprüfungsverfahren längere Zeit beansprucht (etwa Gesundheitsprüfung in der Lebensversicherung) oder sofortige Deckung zwingend erforderlich ist (Kfz-Zulassung). Bislang fehlt eine gesetzliche Regelung. Sie wird in den §§ 51 - 54 VVG-E 2006 nachgeholt.

(3) Alles-oder-Nichts Prinzip:

Das bislang bei schuldhafter Verletzung von Vertragspflichten das Versicherungsvertragsrecht beherrschende Alles-oder-Nichts-Prinzip wird aufgegeben. An seine Stelle tritt eine nach dem Grad des Verschuldens abgestufte Leistungspflicht des Versicherers. Bei vorsätzlicher Verletzung bleibt es bei Leistungsfreiheit. Leicht fahrlässige Verstöße lassen die Leistungspflicht künftig unberührt. Bei grober Fahrlässigkeit erfolgt eine von der Schwere des Verschuldens abhängige Quotierung der Versicherungsleistung.

(4) Ausschlussfrist, Verjährung:

Die nicht selten zu völliger Leistungsfreiheit des Versicherers allein aufgrund Zeitablaufs führende Ausschlussfrist des § 12 Abs. 3 VVG a.F. entfällt ersatzlos. Die Verjährung von Ansprüchen aus Versicherungsverträgen beträgt nunmehr in Übereinstimmung mit dem BGB einheitlich 3 Jahre.

(5) Direktanspruch bei Pflichtversicherungen:

Bei allen Haftpflicht-Pflichtversicherungen und nicht nur bei der Kfz-Haftpflichtversicherung hat der Geschädigte künftig einen Direktanspruch gegen den Versicherer (§ 116 VVG-E 2006). Das bedingt, dass die Aufsichtsorgane in den jeweiligen Einzelgesetzen verpflichtet werden, die Versicherungsdaten zu registrieren und den Geschädigten bei Glaubhaftmachung eines berechtigten Interesses mitzuteilen.

(6) Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung:

Am weitestgehenden ändert sich das Recht der Lebensversicherung. Die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen, die bislang nicht gesetzlich geregelt war, wird Normfall. In die Überschussbeteiligung werden in Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus den Urteilen vom 26.07.2005 die „stillen Reserven“ einbezogen. An die Stelle des Zeitwerts tritt für die Berechnung der Rückkaufswerte vorzeitig aufgelöster Versicherungsverträge der nach den Berechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation errechnete Rückkaufswert. Für Frühstornofälle ist ein Mindestbetrag vorgesehen. Dadurch wird sichergestellt, dass der Versicherungsnehmer auch bei Kündigung seines Vertrags in den ersten Versicherungsjahren trotz Verrechnung der Abschlusskosten einen (wenn auch kleineren) Teil seiner Prämienzahlungen zurück erhält.

Sofern bei Vertragsanbahnung Aussagen über die voraussichtliche Höhe der Ablaufleistung gemacht werden, wird eine normierte Modellrechnung vorgeschrieben. Auch diese ist wegen der langen Vertragslaufzeit in der Lebensversicherung und der Unmöglichkeit, die Kapitalmarktentwicklungen während dieser Zeit abzusehen, notgedrungen unverbindlich. Sie objektiviert aber die bislang an unternehmensspezifischen Daten aus der Vergangenheit orientierten Angaben, soweit dies möglich ist.

Für die bislang gesetzlich nicht erfasste, aber immer wichtiger werdende Berufsunfähigkeitsversicherung sind die zum Schutz der Versicherungsnehmer bedeutsamsten Regelungen in das Gesetz übernommen.

(7) Krankenversicherung:

Das am meisten drängende Problem in der Krankenversicherung ist die Mitgabe der Alterungsrückstellungen. Sie ist nach der gegenwärtigen Gesetzeslage nicht möglich. Dadurch

scheidet für ältere Versicherte ein Versichererwechsel faktisch aus, auch wenn anderweitig identischer Versicherungsschutz zu günstigeren Prämien angeboten wird.

Die Problematik wird in dem Gesetz ausgeklammert. Das ist unbefriedigend. Die private Krankenversicherung wird nach Art der Lebensversicherung betrieben. Deshalb folgt aus den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 26.07.2005 (vgl. Ziffer 6) nicht nur ein Schutzdefizit in der Lebensversicherung. Der Ausschluss der Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei einem Versichererwechsel, insbesondere des gesetzlichen Prämienaufschlags von 10 %, ist mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben aus Art. 2 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 2 GG in ähnlicher Weise unvereinbar.

(8) Wertung:

Das VVG-E 2006 wird im Wesentlichen dem rechtspolitischen Bedürfnis gerecht, das Versicherungsvertragsrecht an die seit Inkrafttreten des VVG geänderten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse anzupassen. Der Referentenentwurf berücksichtigt in hohem Maße den Verbraucherschutz und sorgt, soweit möglich, für Transparenz. Er gewährleistet andererseits durch weitgehenden Verzicht auf gesetzliche Leitbilder, dass von der Versicherungswirtschaft bedarfsgerechte Produkte entwickelt werden können.

Bis auf das Regelungsdefizit in der Krankenversicherung verdient das Gesetz Zustimmung. Bezüglich einzelner Bestimmungen besteht aber noch Änderungsbedarf.

II. Änderungsbedarf in Bezug auf einzelne Paragraphen:

(1) Zu § 14 VVG (Fälligkeit von Versicherungsleistungen):

§ 14 VVG regelt, wann Geldleistungen des Versicherers fällig werden. In tendenziell zunehmendem Maße werden in Versicherungsverträgen anstelle von Geldleistungen Sachleistungen zugesagt (vgl. etwa § 192 Abs. 3 VVG für die Krankenversicherung).

Für versicherte Sachleistungen fehlt eine korrespondierende Regelung, obwohl die in § 14 VVG beschriebenen Fälligkeitsvoraussetzungen auch für die Fälligkeit von Sachleistungen zutreffen. Aufgrund der ausdrücklichen Beschränkung des Gesetzeswortlauts auf Geldleistungen liegt der Umkehrschluss nahe, dass für Sachleistungen andere Fälligkeitsvoraussetzungen gelten. Das wäre systemwidrig. Es wird deshalb folgender Wortlaut angeregt:

§ 14

Fälligkeit der Versicherungsleistung

(1) Leistungen des Versicherers sind fällig ...

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis ... beendet, so kann der Versicherungsnehmer denjenigen Teil der Versicherungsleistung verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu erbringen hat. ...

(3) ...

(2) Zu § 15 Abs. 1 VVG (Verjährung von Versicherungsansprüchen):

§ 15 Abs. 1 VVG enthält keine Regelung über den Beginn der Verjährungsfrist für Ansprüche aus Versicherungsverträgen. Nach allgemeiner Meinung ist der Zeitpunkt maßgebend, in

dem die Versicherungsleistung fällig geworden ist. Das korrespondiert mit der für das gesamte Zivilrecht geltenden Regelung in § 199 Abs. 1 BGB.

Da § 14 VVG eine eigenständige Regelung der Fälligkeit von Versicherungsleistungen enthält, erwartet der durchschnittliche Rechtsanwender, dass das Gesetz auch den Beginn der Verjährungsfrist festlegt. § 15 Abs. 1 VVG sollte deshalb wie folgt ergänzt werden:

Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

Das entspräche dem auf rechtssystematische Einheitlichkeit bedachten Kommissionsentwurf.

(3) Zu § 21 Abs. 3 S. 2 VVG (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht):

§ 21 VVG regelt die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung ist der Versicherer zum Rücktritt mit der Folge berechtigt, dass er unter den Voraussetzungen des § 23 Abs. 2 VVG leistungsfrei wird.

Liegt weder vorsätzliche noch grob fahrlässige Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor, d.h. sowohl bei einfacher Fahrlässigkeit als auch bei schuldloser Verletzung, ist der Versicherer nach Abs. 3 S. 2 der Vorschrift berechtigt, den Versicherungsvertrag (für die Zukunft) zu kündigen.

Davon macht § 194 Abs. 1 S. 3 VVG für die Krankenversicherung zurecht eine Ausnahme. Bei schuldloser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht werden das Kündigungsrecht des Versicherers und auch die Berechtigung, eine höhere Prämie zu verlangen (§ 21 Abs. 4 VVG), ausgeschlossen. Dem liegt die zutreffende Erwägung zugrunde, dass die Krankenversicherung von essentieller Bedeutung ist und ein Versicherter, dessen Vertrag gekündigt wurde, bei einem anderen Versicherer kaum adäquaten Versicherungsschutz erlangen kann.

Die Versicherung gegen Berufsunfähigkeit ist von ähnlich essentieller Bedeutung. Der private Versicherungsschutz gegen Berufsunfähigkeit ist seit Wegfall entsprechenden Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Sozialversicherung nahezu unverzichtbar. Wer nicht durch Eigenvorsorge Vorkehrungen trifft, dass er Versicherungsleistungen erhält, wenn er seinen Beruf vor Erreichen des Rentenalters nicht mehr ausüben kann, ist auf staatliche Transferleistungen angewiesen. Es ist deshalb angezeigt, die Sonderregelung in § 194 Abs. 1 S. 3 VVG auf die Berufsunfähigkeitsversicherung zu erstrecken.

Das kann durch Einfügen einer (weiteren) Sonderregelung in die §§ 172 – 177 VVG (Berufsunfähigkeitsversicherung) erfolgen. Für die Rechtspraxis einfacher wäre es, wenn die Ausnahmen zu § 21 Abs. 3 S. 2 VVG in der Vorschrift selbst angesiedelt werden (unter gleichzeitiger Streichung von § 194 Abs. 1 S. 3):

§ 194 Abs. 1 S. 3:

... 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. In der Kranken- und der Berufsunfähigkeitsversicherung ist das Kündigungsrecht bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht ausgeschlossen.

(3) Zu § 51 Abs. 1 VVG (vorläufiger Versicherungsschutz):

Für den vorläufigen Versicherungsschutz sieht § 51 VVG-E 2006 vor, dass dem Versicherungsnehmer die Vertragsbestimmungen (AVB) und die Informationen nach § 7 Abs. 1 „nur auf Anfordern und spätestens mit dem Versicherungsschein“ übermittelt werden müssen.

Das ist nur dann sachgerecht, wenn die vorläufige Deckung isoliert beantragt wird (etwa vorläufige Deckungskarte in der Kfz-Versicherung). Fällt die Zusage vorläufiger Deckung mit dem Antrag auf die Hauptversicherung zusammen (wie typischerweise in der Lebensversicherung), ist ein sachlicher Grund für die Abweichung von § 7 Abs. 1 VVG-E 2006 („rechtzeitig vor Abgabe der Vertragserklärung“) nicht ersichtlich.

Folgender Gesetzeswortlaut wird für § 51 Abs. 1 VVG-E 2006 angeregt:

Bei einem Versicherungsvertrag, dessen wesentlicher Inhalt die Gewährung einer vorläufigen Deckung durch den Versicherer ist, kann dann, wenn die vorläufige Deckung nicht zusammen mit dem Hauptvertrag beantragt wird, vereinbart werden, dass dem Versicherungsnehmer...

(4) Zu § 128 Abs. 1 VVG (freie Anwaltswahl):

§ 128 Abs. 1 VVG schränkt die freie Anwaltswahl in der Rechtsschutzversicherung auf den Kreis derjenigen Anwälte ein, „deren Vergütung der Versicherer trägt“. Der Gesetzeswortlaut erlaubt den Rechtsschutzversicherern, durch Gebührenabkommen den Kreis der von dem Versicherungsnehmer zur Verteidigung seiner rechtlichen Interessen wählbaren Anwälte einzuschränken.

Das widerspricht dem Grundsatz der freien Anwaltswahl. Außerdem ist die freie Wahlmöglichkeit nach dem Wortlaut der Bestimmung auf die Vertretung in „Gerichts- und Verwaltungsverfahren“ eingeschränkt.

Dem berechtigten Interesse der Rechtsschutzversicherer, nicht über die Bestimmungen des RVG hinausgehende Gebühren tragen zu müssen, entspräche es, wenn § 128 Abs. 1 VVG folgenden Wortlaut erhält:

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Rechtsstreitigkeiten einen Rechtsanwalt seiner Wahl zu beauftragen. Zur Erstattung der durch die Beauftragung entstehenden Kosten ist der Versicherer nur in der von ihm in dem Versicherungsvertrag zugesagten Höhe verpflichtet.

Die Rechtsschutzversicherer wären dann zwar nicht gehindert, ihre Leistungspflicht zu begrenzen. Sie wären aber gehalten, dies ihren Versicherten bei Abschluss des Versicherungsvertrags offen zu legen.

(5) Zu § 153 VVG (Überschussbeteiligung in der Lebensversicherung):

§ 153 Abs. 1 VVG sieht vor, dass die Versicherten in der Lebensversicherung, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, an den Überschüssen zu beteiligen sind. In die Überschussbeteiligung sind nach § 153 Abs. 2 VVG auch die aus Kapitalanlagen der Lebensversicherer resultierenden stillen Reserven einzubeziehen. Als angemessen gilt eine Quote von 50 %.

Da Überschüsse nach § 153 Abs. 3 VVG spätestens zwei Jahre nach ihrer Ermittlung geteilt werden müssen, verringern sich die zur Gewährleistung der dauernden Erfüllbarkeit der

Verträge erforderlichen Schwankungsreserven entscheidend. Falls durch negative Entwicklungen am Kapitalmarkt stille Lasten entstehen, müssen diese von den Unternehmen durch Kapitalaufnahme ausgeglichen werden. Das gefährdet die deutsche Lebensversicherung und greift wegen der in Artikel 4 Abs. 2 enthaltenen Übergangsvorschrift (Inkrafttreten zum 01.01.2008) auch in bestehende Verträge ein. Die frühzeitige Ausschüttung schränkt die Kapitalanlagemöglichkeiten ein und hat damit negative Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Rentabilität. Wenn Leistungen wie in der deutschen Lebensversicherung garantiert werden, setzt dies wegen der unvermeidlichen Schwankungen am Kapitalmarkt eine langfristige Anlagestrategie voraus. Damit verträgt sich die in dem Gesetz vorgesehene zu mindest teilweise Auflösung stiller Reserven innerhalb von zwei Jahren nicht.

Es ist deshalb zu erwägen, § 153 Abs. 3 VVG zu streichen. Die angestrebte angemessene Beteiligung der Versicherten an Werten, die aus der Anlage des Sparanteils ihrer Beitragsleistungen entstehen, kann auch dadurch erreicht werden, dass sowohl für den Fall vorzeitiger Vertragsauflösung als auch bei regulärem Ablauf ein Schlussüberschussanteil zwingend vorgesehen wird, in den die bilanzierten stillen Reserven mit einer gesetzlich festgelegten Quote einzurechnen sind. Damit würde erreicht, dass den Versicherten im Ergebnis alle Schwankungen des Kapitalmarkts zugute kommen, die im Laufe der konkreten Vertragszeit eingetreten sind, sie andererseits aber auch etwaige negative Entwicklungen (als Teil einer Risikogemeinschaft) mittragen.

(6) Zu §§ 173 Abs. 2, 174 Abs. 1 VVG (zeitlich begrenztes Anerkenntnis):

Das Gesetz sieht in § 173 Abs. 1 VVG vor, dass sich der Berufsunfähigkeitsversicherer nach Eingang eines Leistungsantrages und dessen Prüfung zwingend darüber zu erklären hat, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Das entspricht der bislang in den Musterbedingungen für die Sparte (§ 5 MB-BUZ) verankerten Regelung.

§ 173 Abs. 2 VVG erlaubt, allerdings nur einmal, eine zeitliche Befristung des Leistungsanerkenntnisses. Eine zeitliche Grenze ist im Gesetz nicht vorgesehen. Die Befristung ist auch nicht an einen sachlichen Rechtfertigungsgrund gebunden.

Für eine derart weitgehende Freistellung der Versicherer von der Pflicht, sich über ihre Leistungspflicht zu erklären, besteht kein Bedürfnis. Es lässt sich zwar nicht immer kurzfristig beurteilen, ob der Versicherte tatsächlich auf Dauer

- a. seinen bisherigen Beruf oder
- b. eine Verweistätigkeit

nicht mehr oder nur noch in einem für die Leistungspflicht des Versicherers relevanten Umfang ausüben kann. Vor allem dann, wenn der Versicherte etwa eine Umschulungsmaßnahme absolviert oder in vergleichbarer Weise versucht, beruflich wieder Tritt zu fassen, muss es dem Versicherer möglich sein, für die Dauer derartiger Maßnahmen Leistungen zuzusagen, ohne sich für die Zukunft zu binden.

Dem entsprechend sehen die aktuellen Musterbedingungen der Sparte eine zeitliche Limitierung des Leistungsanerkenntnisses nur insoweit vor, dass die Prüfung, ob sich der Versicherte auf eine andere Tätigkeit verweisen lassen muss, zurückgestellt werden kann. In den Fällen, in denen aus medizinischer Sicht bereits fraglich ist, ob der Versicherte seinen bislang konkret ausgeübte Berufstätigkeit weiterhin auszuüben vermag, wird von den Versicherern in der Praxis kein sie bindendes Leistungsanerkenntnis abgegeben. Sofern die Versi-

cherer der Notlage des Versicherten Rechnung tragen wollen, treffen sie mit ihm eine Kulanzvereinbarung, etwa zur Überbrückung des Zeitraums, bis eine verlässliche medizinische Beurteilung vorliegt.

Für eine über die Bedürfnisse der Praxis hinausgehende Zulassung zeitlich limitierter Leistungsanerkennnisse besteht kein Grund. Sonst wird der Versicherte unangemessen benachteiligt:

a. Bei Eintritt von Berufsunfähigkeit ist der Versicherte zwingend darauf angewiesen, möglichst bald Klarheit darüber zu erhalten, ob er mit Leistungen des Versicherers rechnen kann (OLG Frankfurt VersR. 2003, 358). Die zeitliche Begrenzung eines Leistungsanerkennnisses darf deshalb nur aus einem sachlich gebotenen Grunde zulässig sein. Als solcher kommt nur die Zurückstellung der Verweisprüfung in Betracht. Sofern sich die Feststellung verzögert, ob dem Versicherten bereits in Bezug auf die von ihm konkret zuletzt ausgeübte Tätigkeit Leistungen zustehen, kann der Versicherer nicht zu Leistungen gezwungen werden. Will er dem Versicherten helfen, was wünschenswert ist, hat der Versicherer die Möglichkeit einer Kulanzvereinbarung.

b. § 166 VVG, der das Nachprüfungsverfahren regelt, nimmt ein nach § 165 Abs. 2 Satz 1 zeitlich begrenztes Leistungsanerkennnis von den Bestimmungen über das Nachprüfungsverfahren aus. Das bedeutet, dass der Versicherte für alle Tatsachen vollem Umfange darlegungs- und beweisbelastet wäre, die seinen (weiteren) Leistungsanspruch begründen. Demgegenüber hätte der Versicherer im Nachprüfungsverfahren darzulegen und ggf. zu beweisen, dass die Voraussetzungen des Leistungsanspruches entfallen sind.

c. Nach ständiger Rechtsprechung muss der Versicherer, wenn die Verweisung des Versicherungsnehmers auf anderweitige Tätigkeiten vereinbart ist, diese dem Versicherungsnehmer aufzeigen, sofern der Versicherungsnehmer diese anderweitige Tätigkeit nicht bereits ausübt oder auszuüben unterlässt. Gründe dafür, dass das Gesetz dies zu Lasten des Versicherungsnehmers nicht berücksichtigt, sind nicht ersichtlich.

Deshalb wird folgende Gesetzesänderung angeregt:

§ 173 Abs. 2 wird gestrichen

§ 172 Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

... entspricht. Ist dies vereinbart, kann ein Leistungsanerkennnis (§ 173 VVG) zeitlich begrenzt werden; die zeitliche Begrenzung ist nur einmal und nur für die Zeitdauer zulässig, für die eine Verweisung aus sachlich gebotenen Gründen zurückgestellt wird.

§ 174 Abs. 1 erhält folgenden Wortlaut:

Entfallen nach einem Anerkenntnis, das nicht § 172 Abs. 3 S. 2 wirksam begrenzt ist, die Voraussetzungen der Leistungspflicht, so wird der Versicherer nur leistungsfrei, wenn er dem Versicherungsnehmer diese Veränderung in Textform dargelegt hat. Ist ein Leistungsanerkennnis nach § 172 Abs. 3 S.2 wirksam begrenzt, bedarf es der Darlegung der für den Wegfall der Befristung maßgebenden Gründe; der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer außerdem die Verweistätigkeit aufzuzeigen, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer diese bereits ausübt oder auszuüben unterlässt.

(7) Zu § 177 Abs. 2 (Erstreckung auf ähnliche Versicherungsverträge):

a. § 177 Abs. 1 VVG REGE 2006 erstreckt die gesetzliche Regelung zur Berufsunfähigkeit auf alle Versicherungsverträge, bei denen der Versicherer Leistungen für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verspricht. Gemeint sind Versicherungsverträge gegen Erwerbsunfähigkeit (vgl. Begründung RegE S. 153).

b. § 177 Abs. 2 nimmt Leistungszusagen wegen Arbeitsunfähigkeit in Unfall- und Krankenversicherungsverträgen von der Anwendung der §§ 173 – 176 aus. Das ist sachgerecht, da Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich einen vorübergehenden Zustand beschreibt und dieser einer dauerhaften Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht entspricht.

Einen vergleichbaren Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfähigkeit bietet auch die Arbeitsunfähigkeitszusatzversicherung zu Restschuld- bzw. Kreditlebensversicherungsverträgen. Versicherungsleistung ist die Übernahme der Kredittilgungsraten für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum planmäßigen Ablauf des Darlehensvertrages. Die Arbeitsunfähigkeit kann ggf. monatelang andauern und damit als eine „dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit“ angesehen werden. Ähnlich wie bei Leistungszusagen wegen Arbeitsunfähigkeit in Unfall- und Krankenversicherungsverträgen sind jedoch keine auf Dauer angelegten Leistungen zugesagt. Die zum Anspruchsnachweis einzureichenden ärztlichen Bescheinigungen weisen in der Regel dazu nichts aus. Eine entsprechende Anwendung der Bestimmungen über die Berufsunfähigkeitsversicherung mit ihren zwingenden Bestimmungen über das Leistungsanerkennen und ein Nachprüfungsverfahren ist deshalb nicht angebracht.

Es wird deshalb vorgeschlagen, § 177 Abs. 2 wie folgt zu fassen:

Auf die Unfallversicherung sowie andere Versicherungsverträge, die das Risiko der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zum Gegenstand haben, ist Absatz 1 nicht anzuwenden.

(8) Zu § 192 Abs. 1 (Krankenversicherung):

Was unter versicherten „Unfallfolgen“ zu verstehen ist, wird in § 192 Abs. 1 nicht erläutert. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff weiter als der in § 178 Abs. 2 definierte Unfallbegriff zu verstehen. In der Rechtspraxis kommt es darüber immer wieder zu Missverständnissen.

Es wird deshalb angeregt, zur Klarstellung § 192 Abs. 1 wie folgt zu ergänzen:

Unfallfolgen sind aufgrund plötzlicher Ereignisse eintretende Gesundheitsschädigungen, die keine ausschließlich körperinterne Ursache haben

(9) Zu § 192 Abs. 3 Nr. 4 (Unterstützung durch den Krankenversicherer):

Der Wortlaut der Norm schließt rechtliche Beratung der Krankenversicherten ein und betrifft damit – auch – Leistungen, die in die Rechtsschutzversicherung fallen. Das ist nicht geboten. Erforderlich sind Hilfestellung und Unterstützung der Versicherungsnehmer in medizinischen Fragen. Angesichts der Tatsache, dass die privaten Krankenversicherer zunehmend mit bestimmten Leistungserbringern kooperieren, sind Interessenkonflikte bei rechtlicher Beratung nicht auszuschließen.

Folgender Wortlaut wird vorgeschlagen:

4. die Unterstützung der versicherten Personen ... in medizinischen Fragen;

(10) Zu § 194 Abs. 3 (Mitversicherte in der Krankenversicherung):

Sofern der Versicherungsnehmer eine mitversicherte Person nicht ausdrücklich als empfangsbevollmächtigt bezeichnet, kann nur er die Versicherungsleistung verlangen. Das bedingt, dass ihm von dem Mitversicherten der Beleg (z. B. Arztrechnung) vorgelegt wird und dieser damit gezwungen ist, private Daten über Erkrankungen zu offenbaren. Dies ist in einigen Fällen (Mitversicherung eines nicht im elterlichen Haushalt lebenden Kindes oder einer getrennt lebenden Ehefrau) für den Versicherten nicht zumutbar. Es ist auch nicht gerechtfertigt, dass der Versicherungsnehmer es in der Hand hat, den Mitversicherten zu veranlassen, medizinisch notwendige Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen, weil er etwa eine Beitragsrückerstattung anstrebt. Das Interesse des Versicherten überwiegt, wie das Gesetz in anderem Zusammenhang – bei der Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer (§ 207) – deutlich macht.

Wegen der besonderen Bedeutung der Krankenversicherung wird angeregt, § 194 Abs. 3 dahingehend zu ändern, dass mitversicherten Personen ein Direktanspruch gegen den Krankenversicherer eingeräumt wird.

(11) Zu § 206 (Kündigung durch den Versicherer)

§ 206 schließt die Kündigung von Krankenversicherungsverträgen wegen Prämienzahlungsverzugs (§ 40) nicht aus. Auch in einem derartigen Fall besteht die Gefahr, dass eine mitversicherte Person ihren Krankenversicherungsschutz verliert, ohne davon Kenntnis zu haben. Sie muss entsprechend der Regelung in § 207 geschützt werden. Die Gefährdung mitversicherter Personen ist identisch mit derjenigen bei Tod des Versicherungsnehmers oder Vertragskündigung durch diesen.

Die Regelungslücke kann durch Einfügung eines zusätzlichen Absatzes 5 in § 206 geschlossen werden:

(5) Kündigt der Versicherer einen in Absatz 1 aufgeführten Versicherungsvertrag gemäß § 40 Absatz 3 VVG, gilt § 207 Absatz 1 VVG entsprechend. Die Frist für das Fortsetzungsverlangen der versicherten Personen beginnt mit Zugang der Mitteilung des Versicherers über die erfolgte Kündigung; in der Mitteilung hat der Versicherer diese über das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses und die zu wahrende Frist in Textform zu belehren.