



REPUBLIK ÖSTERREICH  
BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ

GZ 10.213/70-I 2/1993

Museumstraße 7  
A-1070 Wien

Briefanschrift  
A-1016 Wien, Postfach 63

An das  
Präsidium des  
Nationalrats

Telefon  
0222/52 1 52-0\*

Telefax  
0222/52 1 52/727

Parlament  
1010 Wien

Fernschreiber  
131264 jusmi a

Teletex  
3222548 = bmjust

<b>Gesetzentwurf</b>	
Zl. <u>P7</u>	-GE/19/93
Datum <u>16.12.93</u>	
Verteilt <u>22.12.93</u>	<u>Men</u>

Sachbearbeiter

Klappe

(DW)

*A. Bauer*

**Betrifft:** Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das  
Versicherungsvertragsgesetz geändert wird;  
Begutachtungsverfahren.

Das Bundesministerium für Justiz beehrt sich, gemäß einer Entschließung des Nationalrats den Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz geändert wird, samt Erläuterungen in 25-facher Ausfertigung mit dem Ersuchen um Kenntnisnahme zu übersenden.

Die im Begutachtungsverfahren befaßten Stellen wurden um Stellungnahme bis

25. Jänner 1994

ersucht.

Für die Richtigkeit  
der Ausfertigung:

*[Handwritten signature]*

Beilagen: 25 Ausf.

6. Dezember 1993

Für den Bundesminister:

Tades

Beilage JA  
zu JMZ 10.213/70-I 2/93

**Entwurf**  
**Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz**  
**geändert wird**

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, BGBl.Nr. 2/1959, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.Nr. 90/1993, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 1 wird folgender § 1a eingefügt:

**"§ 1a. (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherungsnehmer an seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags während einer bestimmten Frist gebunden bleibt, ist - unbeschadet des Abs. 2 - insoweit unwirksam, als diese Frist vier Wochen, in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung sechs Wochen übersteigt. Dasselbe gilt für die einseitige Bestimmung der Bindungsfrist durch den Versicherungsnehmer.**

(2) Dem Versicherer kann jedoch das Recht eingeräumt werden, die im Abs. 1 genannten Höchstfristen durch einseitige Erklärung um vier weitere Wochen zu verlängern.

(3) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist jener darauf hinzuweisen, daß der Versicherungsvertrag erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustandekommt und vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz besteht. Kann der Versicherer einen solchen Hinweis nicht beweisen, so hat er den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags bis zum Zustandekommen des Vertrags ohne zusätzliche Prämie zu gewähren. Kommt der Vertrag nicht zustande, so besteht dieser vorläufige Versicherungsschutz bis zum Zugang einer schriftlichen Widerrufserklärung an den Versicherungsnehmer."

(4) Die Abs. 1 bis 3 gelten nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Z 1 KSchG) ist.

2. Im § 2 Abs. 2 zweiter Satz wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben.

3. Nach § 5a wird folgender § 5b eingefügt:

"§ 5b. (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat der Versicherer jenem unverzüglich eine Durchschrift dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er entgegen Abs. 1 keine Durchschrift seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen einer Woche vom Vertrag zurücktreten; der Beweis der rechtzeitigen Ausfolgung dieser Urkunden obliegt dem Versicherer. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer die Polizza und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird."

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Z 1 KSchG) ist oder wenn die Vertragslaufzeit ein Jahr nicht übersteigt.

4. Im § 6 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

"Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt."

5. § 6 Abs. 2 hat zu lauten:

"(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit überdies nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat."

**6. Im § 6 Abs. 3 hat der zweite Satz zu lauten:**

"Wird die Obliegenheit nicht in der Absicht verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat."

**7. Dem § 6 wird folgender Abs. 5 angefügt:**

"(5) Wurden dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen nicht ausgefolgt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten."

**8. Dem § 8 wird folgender Abs. 3 angefügt:**

"(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen."

**9. Dem § 11 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:**

"Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht. "

**10. Im § 11 Abs. 3 werden nach dem Wort "Frist" die Worte "des Abs. 2" eingefügt.**

**11. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:**

"§ 11a. Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die

auf Grund einer ärztlichen Untersuchung des Versicherungsnehmers oder eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunfterteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt."

**12. § 12 hat wie folgt zu lauten:**

**"§ 12. (1)** Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. In der Lebensversicherung beginnt die Verjährung zu laufen, sobald dem Bezugsberechtigten sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Bezugsberechtigten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach Ablauf von zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die die für die Entscheidung des Versicherers maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die ihr zugrundegelegten Tatsachen anführt.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsgesprächen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen [gerichtlichen] Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war."

**13. § 15a hat zu lauten:**

**"§ 15a.** Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 1a, § 3 Abs. 3, § 5 Abs. 1 bis 3, § 5b, § 6 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5, § 8 Abs. 2 und 3, § 11, § 11a, § 12 und § 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen."

**14. § 16 Abs. 3 hat zu lauten:**

**"(3)** Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden

des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist."

**15.** Dem § 16 wird folgender Abs. 4 angefügt:

"(4) Übergibt der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein Formblatt, anhand dessen der Versicherungsantrag zu stellen ist, so treten die Rechtsfolgen des Abs. 2 überdies nur dann ein, wenn das Formblatt einen Hinweis auf diese Rechtsfolgen enthält."

**16.** Im § 18 wird nach dem Wort "ausdrücklich" die Wortfolge "und genau umschrieben" eingefügt.

**17.** § 21 hat wie folgt zu lauten:

"§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls und soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat."

**18.** § 25 Abs. 3 hat zu lauten:

"(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls und soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat."

**19.** § 27 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

"Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Jahres von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat."

**20. § 28 Abs. 2 zweiter Satz hat zu lauten:**

"Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls seit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, ein Monat verstrichen ist und der Versicherer nicht gekündigt hat oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls und soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat."

**21. Vor § 35, nach der Überschrift "Prämie" wird folgender § 34b eingefügt:**

"§ 34b. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlaßt worden sind; die Vereinbarung anderer Nebengebühren ist unwirksam."

**22. § 38 hat wie folgt zu lauten:**

"§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung ist nur wirksam, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf die Rechtsfolgen hingewiesen hat, die nach den Abs. 1 und 2 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind.

(4) Wird die gesamte Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten nicht binnen eines Jahres ab Fälligkeit nachgezahlt oder eingeklagt, so gilt der Vertrag als aufgelöst.

(5) Soweit die im Abs. 1, 2 oder 4 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Aufforderung zur Prämienzahlung die Höhe der Zinsen und der Kosten angibt."

**23.** Im § 39 Abs. 2 wird der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und es wird folgender Satzteil angefügt:

"es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war."

**24.** Nach § 39 wird folgender § 39a eingefügt:

**"§ 39a.** (1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit einem Teil der Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nur im Verhältnis des nicht gezahlten Betrags zur geschuldeten Prämie einschließlich Zinsen oder Kosten ein.

(2) Die Leistungsfreiheit tritt jedoch in voller Höhe ein, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Hinweis auf diese Rechtsfolge schriftlich eine - weitere - Nachfrist von mindestens zwei Wochen bestimmt und die Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten auch binnen dieser weiteren Frist nicht vollständig bezahlt wird."

**25.** § 40 hat wie folgt zu lauten:

**"§ 40.** Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen. Das Recht des Versicherers, für diesen Fall die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) vorzusehen, bleibt unberührt."

**26.** § 41 Abs. 2 zweiter Satz wird aufgehoben.

**27.** Im § 43 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung "(1)" und es wird folgender Absatz angefügt:

"(2) Versicherungsagent ist, wer von einem Versicherer ständig damit betraut ist, für diesen Versicherungsverträge zu vermitteln oder zu schließen. Die §§ 43 bis 48 gelten überdies für den, der mit Wissen des Versicherers als Versicherungsagent auftritt oder in einer so engen Geschäftsbeziehung zum Versicherer steht, die es



zweifelhaft erscheinen läßt, ob er in der Lage ist, die Interessen des Versicherungsnehmers redlich und sorgfältig zu wahren."

**28.** Dem § 44 wird folgender Satz angefügt:

" Dies gilt nicht für Erklärungen des Versicherungsnehmers, zu deren Entgegennahme für den Versicherer er gemäß § 43 bevollmächtigt ist."

**29.** Dem § 47 wird folgender Satz angefügt:

"§ 10 KSchG bleibt unberührt."

**30.** Im § 51 wird im Abs. 4 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt, der letzte Halbsatz aufgehoben, und es wird folgender Abs. 5 angefügt:

"(5) Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt."

**31.** Dem § 58 wird folgender Absatz angefügt:

"(3) Es wird vermutet, daß der Versicherungsnehmer die Doppelversicherung in der Absicht genommen hat, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen (§ 59 Abs. 3), es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Mitteilung nicht vorsätzlich unterlassen oder die Versicherungssummen übersteigen zusammen den Versicherungswert nicht erheblich."

**32.** Im § 59 Abs. 3 wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben.

**33.** Im § 68 wird im Abs. 1 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben; weiters wird Abs. 5 aufgehoben.

**34.** Im § 68a wird nach dem Ausdruck "§ 51 Abs. 1 und 2" der Ausdruck ", des § 58" eingefügt.

**35.** Im § 70 Abs. 3 wird die Wortfolge ", jedoch nicht über die zur Zeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses laufende Versicherungsperiode hinaus" gestrichen.

**36.** § 96 Abs. 3 wird aufgehoben.

**37.** Im § 108 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung "(2)" und es wird folgender Abs. 1 eingefügt:

"(1) Von § 96 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist."

**38.** § 113 zweiter Satz wird aufgehoben.

**39.** Dem § 115a wird folgender Absatz angefügt:

"(3) Von § 113 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist."

**40.** § 154 Abs. 2 hat zu lauten:

"(2) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt, ist unwirksam. Eine Vereinbarung, nach welcher eine derartige Leistungsfreiheit für den Fall vorgesehen ist, daß der Versicherungsnehmer den Anspruch des Dritten anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte."

**41.** § 158 Abs. 3 wird aufgehoben.

**42.** Im § 158a wird der Ausdruck "Abs. 1" gestrichen, es erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung "(1)" und es wird folgender Abs. 2 angefügt:

"(2) Von § 158 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist."

**43.** Im § 158j erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung "(2)", davor wird folgender Abs. 1 eingefügt:

"(1) Bei der Rechtsschutzversicherung sorgt der Versicherer für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers in den im Vertrag umschriebenen Bereichen und trägt die dem Versicherungsnehmer dabei entstehenden Kosten. Wenn sich aus dem Vertrag nichts anderes ergibt, erfaßt die Versicherung sowohl die Wahrnehmung der Interessen in einem gerichtlichen oder sonstigen behördlichen Verfahren als auch außerhalb eines solchen."

**44.** Im § 158l Abs. 2 erster Satz werden die Worte "Beschränkung oder" durch die Worte "gänzlicher oder teilweiser" ersetzt.

**45.** Nach § 158l werden folgende §§ 158m bis 158o eingefügt:

"§ 158m. (1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so ist der Versicherer verpflichtet, jenen binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs über seine Pflichten und Obliegenheiten aus der Rechtsschutzversicherung zu informieren. Wird der Deckungsanspruch namens des Versicherungsnehmers durch einen Vertreter geltend gemacht, so ist diese Information auch diesem zu übermitteln.

(2) Kann der Versicherer die Erfüllung der im Abs. 1 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so kann er dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten.

§ 158n. (1) Der Versicherer hat binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs dem Versicherungsnehmer schriftlich den Versicherungsschutz grundsätzlich zu bestätigen oder diesen begründet abzulehnen; die Begründung muß die für die Entscheidung des Versicherers maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die ihr zugrundegelegten Tatsachen anführen. Der Versicherer ist berechtigt, binnen dieser Frist deren Verlängerung um höchstens zwei weitere Wochen zu verlangen. Wird der Deckungsanspruch namens des Versicherungsnehmers durch einen Vertreter geltend gemacht, so hat der Versicherer die Bestätigung, die Ablehnung beziehungsweise das Verlangen um Fristverlängerung binnen der genannten Frist auch diesem zu erklären.

(2) Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer nicht sämtliche zur Prüfung des Deckungsanspruchs erforderlichen Unterlagen übermittelt, so kann dieser binnen der im Abs. 1 genannten Frist jenen auffordern, die Unterlagen nachzureichen. In diesem Fall beginnt die Frist des Abs. 1 erster Satz neu zu laufen; die Möglichkeit einer Fristverlängerung gemäß Abs. 1 zweiter Satz entfällt.

(3) Kann der Versicherer die Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so ist er jedenfalls zur Deckung all jener Kosten verpflichtet, die zwischen dem Zeitpunkt, in dem er zum Deckungsanspruch hätte Stellung nehmen müssen, und der verspäteten, im übrigen jedoch ordnungsgemäßen Ablehnung des Deckungsanspruchs aufgelaufen sind. Dies gilt jedoch nicht für die Deckung solcher Kosten, die offensichtlich nicht vom Versicherungsschutz umfaßt sind.

**§ 158o.** Ist die Versicherung für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen und wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Fruchtnießungsrechts, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt an Stelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. § 69 Abs. 2 und 3 und die §§ 70 und 71 sind entsprechend anzuwenden."

46. § 158m erhält die Bezeichnung "§ 158p.", nach dem Zitat "158j" wird der Ausdruck "Abs. 2" eingefügt und es wird das Zitat "§ 158l" auf "§ 158o" geändert.

47. In der Überschrift des Dritten Abschnitts wird das Wort "Lebensversicherung" durch die Worte "Lebens- und Krankenversicherung" ersetzt.

48. Im Dritten Abschnitt wird vor § 159 folgende Zwischenüberschrift eingefügt:

"Erstes Kapitel.  
Lebensversicherung."

49. § 176 Abs. 4 zweiter Satz wird aufgehoben.

**50. Nach § 178 wird folgendes neues Kapitel eingefügt:**

**"Zweites Kapitel.**

**Krankenversicherung.**

**§ 178a. (1)** Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind - neben dem Ersten Abschnitt - die §§ 49 bis 60, §§ 62 bis 68a und §§ 74 bis 80 entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Gefahrerhöhung (§§ 23 bis 30) sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.

**§ 178b. (1)** Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.

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

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

(4) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung).

**§ 178c. (1)** Sagt der Versicherer vertraglich zu, bestimmte medizinische Leistungen zur Gänze zu vergüten (Kostendeckungszusage), so hat diese Zusage die Angabe zu umfassen, bis zu welchem Endtermin die volle Kostendeckung jedenfalls gilt. Wird diese Angabe unterlassen, so gilt die Kostendeckungszusage für die gesamte Laufzeit des Vertrags.

(2) Eine Einschränkung oder der Widerruf der Kostendeckungszusage ist für solche stationären Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor Empfang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung durch den Versicherungsnehmer begonnen haben.

**§ 178d.** (1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankengeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate, als besondere Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und für Entbindung sowie damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen neun Monate nicht überschreiten. In der Pflegeversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluß bereits bekannt sind, dürfen auch längere als die im Abs. 1 genannten Wartezeiten vereinbart werden.

(3) Tritt eine Krankheit vor Ablauf der Wartefrist auf, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß die Krankheit erst nach Vertragsabschluß für ihn erkennbar wurde.

**§ 178e.** (1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, so ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind unmittelbar nach der Geburt ohne Risikozuschläge oder Wartezeiten zu versichern, wenn der Versicherungsnehmer das Kind spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zur Versicherung anmeldet. Die Verpflichtung des Versicherers besteht nur bis zum Umfang des Versicherungsschutzes des versicherten Elternteils.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines Minderjährigen gleich.

**§ 178f.** (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, besonders einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinn des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die Gesamtbevölkerung,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen oder
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

(3) Eine vom Versicherer erklärte Anpassung der Prämie oder des Versicherungsschutzes wird für die Versicherungsnehmer nur wirksam, soweit ihr der Kurator der Versicherungsnehmer (§ 178g) zugestimmt hat oder soweit sie diesem gegenüber als zulässig festgestellt worden ist (§ 178l Abs. 1). Einer Mitwirkung des Kurators bedarf es jedoch nicht, wenn die Prämie bloß im Rahmen der Steigerung der allgemeinen Lebenshaltungskosten erhöht wird.

**§ 178g.** (1) Der Kurator, der die Versicherungsnehmer bei Vertragsanpassungen dem Versicherer gegenüber zu vertreten hat, ist auf Antrag des Versicherers oder eines Versicherungsnehmers mit seiner Zustimmung von dem Gerichtshof erster Instanz zu bestellen, in dessen Firmenbuch der Versicherer eingetragen ist. Ist der Versicherer in keinem inländischen Firmenbuch eingetragen, so ist der Kurator vom Handelsgericht Wien zu bestellen.

(2) Der Kurator ist aus dem Kreis derjenigen Wirtschaftstrehänder oder Rechtsanwälte auszuwählen, die im Sprengel des Gerichtshofs ihren Kanzleisitz haben. Bei der Bestellung ist der Zeitraum festzulegen, für den diese gilt.

**§ 178h.** (1) Das Gericht, das den Kurator bestellt hat, ist auch berufen, die Aufgabe eines Kuratelsgerichts zu erfüllen; insbesondere kann es den Kurator aus wichtigen Gründen vorzeitig entheben.

(2) Der Beschluß über die Bestellung des Kurators sowie alle weiteren Beschlüsse, die das Gericht in seiner Eigenschaft als Kuratelsgericht faßt, sind dem Kurator, dem Versicherer sowie all jenen Versicherungsnehmern zuzustellen, die im Verfahren aufgetreten sind. Den anderen durch den Kurator vertretenen Versicherungsnehmern sind diese Beschlüsse durch Edikt bekanntzumachen, das an der Gerichtstafel anzuschlagen und im Amtsblatt der Wiener Zeitung einmal einzuschalten ist.

**§ 178i.** Den durch einen Kurator vertretenen Versicherungsnehmern sowie der Versicherungsaufsichtsbehörde bleibt unbenommen, Wahrnehmungen, die die Eignung oder Vertrauenswürdigkeit des Kurators bezweifeln lassen, dem Gericht mitzuteilen; dieses hat erforderlichenfalls Erhebungen einzuleiten und über die Enthebung oder Belassung des Kurators zu entscheiden.

**§ 178j.** (1) Der Kurator hat Anspruch auf Ersatz seiner baren Auslagen sowie auf eine Belohnung für seine Mühewaltung. Seine Ansprüche richten sich gegen den Versicherer, der diese Kosten, einschließlich der Kosten der notwendigen Beiziehung eines Sachverständigen, vorbehaltlich des § 178l Abs. 3 endgültig zu tragen hat. Einigen sich der Versicherer und der Kurator über dessen Kostenersatzansprüche nicht, so hat das Gericht, das den Kurator bestellt hat, auf Antrag eines Teils diese Ansprüche festzusetzen.

(2) Der Versicherer hat dem Kurator auf Verlangen einen angemessenen Vorschuß auf die Barauslagen und auf die Belohnung zu gewähren. Einigen sich der Versicherer und der Kurator über die Höhe des Vorschusses nicht, so hat das im Abs. 1 genannte Gericht auf Antrag eines Teils darüber zu entscheiden.



**§ 178k.**

Der Versicherer ist verpflichtet, dem Kurator Einsicht in sämtliche Kalkulationsgrundlagen zu gewähren und ihm erforderlichenfalls davon Ablichtungen zur Verfügung zu stellen.

**§ 178l. (1)** Der Kurator hat binnen eines Monats zum Anpassungsbegehren des Versicherers Stellung zu nehmen. Soweit der begehrten Änderung nicht zugestimmt wird, ist der Versicherer berechtigt, seinen Anspruch durch Feststellungsklage gegen den Kurator geltend zu machen.

(2) Soweit der Kurator der begehrten Änderung nicht zugestimmt hat, ist der Versicherer überdies berechtigt, die umstrittene Änderung ab Empfang der Stellungnahme des Kurators oder, wenn sich der Kurator nicht geäußert hat, ab Ablauf der Frist des Abs. 1, vorläufig für sich in Anspruch zu nehmen. Dieses Recht erlischt, wenn der Versicherer nicht binnen dreier Monate die Feststellungsklage (Abs. 1) erhebt, in welchem Fall die gemäß dem ersten Satz in Anspruch genommenen Beträge den Versicherungsnehmern unverzüglich zurückzuerstatten sind. Der Versicherer und der Kurator können die Frist einvernehmlich verlängern. Nach Einigung oder rechtskräftiger Entscheidung über den Anpassungsanspruch ist unverzüglich gemäß der Einigung beziehungsweise der Entscheidung nachzuverrechnen.

(3) Ergeht in einem gerichtlichen Verfahren gemäß Abs. 1 eine Entscheidung, die den Kurator zur Zahlung von Prozeßkosten an den Versicherer verpflichtet, so ist diese Entscheidung nicht gegen den Kurator vollstreckbar. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, den zugesprochenen Kostenbetrag auf die von der Entscheidung betroffenen Versicherungsnehmer nach dem Verhältnis ihrer Prämienzahlungspflichten aufzuteilen und von diesen als Zuschlag zur Prämie einzuheben.

**§ 178m.** Soweit dem Versicherer ein Gestaltungsrecht im Sinn des § 178f Abs. 1 eingeräumt ist, hat der Kurator ein gleiches Gestaltungsrecht zugunsten der Versicherungsnehmer. Die §§ 178f bis 178l, ausgenommen dessen Abs. 2, sind auf Anpassungsbegehren des Kurators entsprechend anzuwenden.

**§ 178n.** (1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf unbestimmte Zeit geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.

(2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 (ordentliche Kündigung) ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen, Krankengeldversicherungsverträgen und Zahnversicherungsverträgen zulässig.

(3) Das Recht der außerordentlichen Kündigung, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten, bleibt von Abs. 1 unberührt. Eine Kündigung auf Grund des Eintritts des Versicherungsfalls ist ausgeschlossen.

**§ 178o.** Endet das Versicherungsverhältnis anders als durch Rücktritt des Versicherers gemäß § 16 oder § 38 oder durch dessen Kündigung gemäß § 39 oder § 178n Abs. 3, so sind die Versicherten berechtigt, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

**§ 178p.** Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit dem Abschluß drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

**§ 178q.** Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherte die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat.

**§ 178r.** (1) Scheidet ein Gruppenversicherter aus dem versicherten Personenkreis, etwa durch Kündigung des Versicherers oder infolge Eintritts in den Ruhestand, aus oder wird der gesamte Gruppenversicherungsvertrag aufgelöst, so ist der Gruppenversicherte berechtigt, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherung nach Maßgabe der für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern er bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen.

(2) Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrags abgibt. Die Frist ist gehemmt, solange der Versicherer der im Abs. 1 angeordneten Hinweispflicht nicht entsprochen hat; der Beweis der Erfüllung dieser Pflicht obliegt dem Versicherer.

(3) Gibt der Versicherungsnehmer die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach demjenigen Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist.

(4) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

(5) Die §§ 178f Abs. 3 bis 178m gelten für Gruppenversicherungsverträge nicht.

**§ 178s.** Auf eine Vereinbarung, die von den §§ 178c und 178d und den §§ 178f bis 178r zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Versicherten abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen."

**51.** Nach § 191a wird folgender § 191b eingefügt:

**"§ 191b.** (1) § 1a, § 2 Abs. 2 zweiter Satz, § 5b, § 6, § 8 Abs. 3, § 11 Abs. 1 und 3, § 11a, § 12, § 15a, § 16 Abs. 3 und 4, § 18, § 21, § 24 Abs. 2, § 25 Abs. 3, § 28 Abs. 2 zweiter Satz, § 34b, § 38, § 39 Abs. 2, § 39a, § 40, § 41 Abs. 2, § 43, § 44, § 47, § 51 Abs. 4 und 5, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 68, § 68a, § 70 Abs. 3, § 96, § 108, § 113, § 115a, § 154 Abs. 2, § 158, § 158a, § 158j, § 158l Abs. 2 erster Satz, §§ 158m bis 158o, § 158p, § 176 Abs. 4 und die §§ 178a bis 178s in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.Nr. .... treten mit 1. Juli 1994 in Kraft.

(2) Nicht in der neuen Fassung anzuwenden sind:

1. § 1a Abs. 3, § 2 Abs. 2 zweiter Satz, § 8 Abs. 3, § 16 Abs. 3 und 4, § 18, § 21, § 34b, § 38, § 40, § 41 Abs. 2, § 51 Abs. 4, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 68 Abs. 1 und 5, § 70 Abs. 3, § 96 Abs. 3, § 108, § 113, § 115a, § 158 Abs. 3, § 158a, § 176 Abs. 4, § 178d, § 178e und § 178p

auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. Juli 1994 geschlossen worden sind,

2. § 1a Abs. 1 und 2 sowie § 5b,  
wenn der Antrag des Versicherungsnehmers vor dem 1. Juli 1994 erklärt worden ist,
3. § 12 und § 24 Abs. 2,  
wenn die dort genannten Fristen vor dem 1. Juli 1994 zu laufen begonnen haben,
4. § 43, § 44 und § 47  
auf Rechtshandlungen, die von dem Versicherungsagenten oder ihm gegenüber vor dem 1. Juli 1994 vorgenommen worden sind,
5. § 158o,  
wenn das Unternehmen vor dem 1. Juli 1994 veräußert beziehungsweise übernommen worden ist,
6. § 178c  
auf Kostendeckungszusagen, die vor dem 1. Juli 1994 abgegeben worden sind, und
7. § 178r  
auf Gruppenversicherungsverträge, die vor dem 1. Juli 1994 geschlossen worden sind.

(3) Ist in einem Krankenversicherungsvertrag die Zulässigkeit einer Prämien-  
höhung oder einer Änderung des Versicherungsschutzes an die Zustimmung der Ver-  
sicherungsaufsichtsbehörde gebunden, so sind an Stelle dieser Anpassungsbestim-  
mung die §§ 178 f bis 178m anzuwenden, wobei eine Anpassung nach den in § 178f  
Abs. 2 genannten Anpassungsfaktoren als vereinbart gilt."

## **Vorblatt**

### **1. Problem**

Die dritte Generation von Versicherungsrichtlinien der Europäischen Union (Dritte Richtlinie Schadenversicherung vom 18.6.1992, 92/49/EWG, und Dritte Richtlinie Lebensversicherung vom 10.11.1992, 92/96/EWG), die für Österreich auf Grund des EWR-Abkommens voraussichtlich Bedeutung erlangen werden, erfordern ab 1.7.1994 den Verzicht auf den Vorbehalt der Genehmigung Allgemeiner Versicherungsbedingungen durch die Versicherungsaufsichtsbehörde, der in Österreich derzeit auf Grund des Versicherungsaufsichtsrechts besteht. Dem Wegfall dieses bedeutsamen Aufsichtsmittels ist durch eine Anpassung des Rechts des privaten Versicherungsvertrags an die Erfordernisse des modernen Versicherungswesens und eines hinreichenden Kundenschutzes Rechnung zu tragen.

### **2. Ziel**

Modernisierung des Versicherungsvertragsgesetzes, vor allem unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes, insbesondere Schaffung spezifischer Bestimmungen für die Rechtsschutz- und die Krankenversicherung.

### **3. Inhalt**

Änderung und Ergänzung des Versicherungsvertragsgesetzes.

### **4. Alternativen**

Im Hinblick auf den Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigung allgemeiner Versicherungsbedingungen keine. Ein hinreichender Versicherungsnehmerschutz allein durch aufsichtsbehördliche Maßnahmen wäre ab 1.7.1994 auch bei Änderung des Versicherungsaufsichtsrechts nicht mehr zu erreichen; bei Beibehaltung des bisherigen Zustands des österreichischen Versicherungsvertragsrechts wäre ein erhebliches Defizit an Verbraucherschutz im Bereich des Versicherungswesens in Kauf zu nehmen.

### **5. Auswirkungen auf den Bundeshaushalt**

Eine gewisse Mehrbelastung der Gerichte - vor allem des Handelsgerichts Wien - durch die vorgesehenen kuratelsgerichtlichen Aufgaben und das allfällige gerichtliche Feststellungsverfahren bei Vertragsanpassungen im Rahmen der Krankenversicherung ist zu erwarten. Ansonsten keine budgetären Auswirkungen.

### **6. Konformität mit EU-Recht**

Der Entwurf trägt den im Bereich des Versicherungsrechts geltenden Rechtsvorschriften der EU Rechnung.

## **Erläuterungen**

### **Allgemeiner Teil**

Die zweite Generation von Versicherungsrichtlinien der Europäischen Union bewirkte relativ großen Anpassungsbedarf im Bereich des Versicherungsaufsichtsrechts und des internationalen Versicherungsvertragsrechts. Im materiellen Versicherungsvertragsrecht war das Anpassungserfordernis etwas geringer; das in diesem Bereich erlassene "Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz zur Anpassung an das EWR-Abkommen geändert wird", BGBl.Nr. 90/1993, enthält einige Regeln für die Rechtsschutzversicherung und beschränkt sich im übrigen auf punktuelle Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes. Das Gesetz wird in Österreich zugleich mit dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum in Kraft treten.

Mittlerweile hat die EU eine dritte Generation von Richtlinien erlassen, die das Versicherungsrecht betreffen. Es handelt sich dabei um

1. die Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18.6.1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung) und

2. die Richtlinie 92/96/EWG des Rates vom 10.11.1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 79/267/EWG und 90/619/EWG (Dritte Richtlinie Lebensversicherung).

Gemäß Art. 57 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung bzw. Art. 51 der Dritten Richtlinie Lebensversicherung haben die Mitgliedstaaten bis zum 31.12.1993 diejenigen Vorschriften zu erlassen, die zur Anpassung ihrer innerstaatlichen Rechtslage an diese beiden Richtlinien erforderlich sind, und diese Anpassungsvorschriften spätestens zum 1.7.1994 in Kraft zu setzen.

Die beiden Richtlinien sind, da sie erst nach Schließung des EWR-Abkommens in Kraft getreten sind, naturgemäß (noch) nicht Bestandteil des EWR-acquis; sie werden aber mit hoher Wahrscheinlichkeit über das im EWR-Abkommen vorgesehene Verfahren zur Implementierung des sogenannten "pipeline-acquis" (Beschlußfassung im Gemeinsamen EWR-Ausschuß) für Österreich relevant werden.

Von besonderer Bedeutung für Österreich sind Art. 29 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung und Art. 29 der Dritten Richtlinie Lebensversicherung. Diese beiden Bestimmungen verbieten es den Mitgliedstaaten, einen Genehmigungsvorbehalt für Allgemeine Geschäftsbedingungen der Versicherer (die "Versicherungsbedingungen") oder für Versicherungstarife vorzusehen oder aufrecht zu erhalten. Sollten die Richtlinien für Österreich wirksam werden (was, wie erwähnt, sehr wahrscheinlich ist) so wäre die österreichische Praxis der aufsichtsbehördlichen Genehmigung von Versicherungsbedingungen und (im Bereich der Personenversicherung) von Tarifen ab 1.7.1994 (allenfalls ab dem späteren Wirksamwerden der Richtlinien für Österreich) nicht mehr zulässig und es wäre das österreichische Versicherungsaufsichtsrecht entsprechend anzupassen (Vorarbeiten dazu sind bereits im Gange). Die Versicherer könnten ihre AVB frei gestalten; sie müßten sie (was im Versicherungsaufsichtsrecht, gestützt auf Art. 54 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung voraussichtlich vorgesehen werden wird) im Bereich der Krankenversicherung allerdings der Versicherungsaufsichtsbehörde zur Information vorlegen.

Das VersVG 1958 geht auf das deutsche Versicherungsvertragsgesetz des Jahres 1908 zurück. Mit Ausnahme der oben erwähnten Anpassung an das EWR-Abkommen wurde das Gesetz bisher noch nicht novelliert und an moderne Entwicklungen im Versicherungsbereich angepaßt. Der Hauptgrund für diese Untätigkeit des Gesetzgebers lag im Instrument der Bedingungsgenehmigung, das es der Versicherungsaufsichtsbehörde ermöglichte, auf die Gestaltung von Versicherungsprodukten, nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt des Versicherungsnehmerschutzes Einfluß zu nehmen. Die umsichtige Handhabung dieses Aufsichtsmittels durch das Bundesministerium für Finanzen führte dazu, daß der Versicherungsnehmerschutz bisher mit den Realitäten der Versicherungspraxis Schritt hielt, obwohl die gesetzliche Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer modernen Anforderungen in Wahrheit nicht mehr hinreichend entspricht. So ist es z.B. zu erklären, daß das VersVG zwar die seinerzeit besonders wichtige Tierversicherung genau regelt, hingegen spezifische Bestimmungen für heute so bedeutsame Sparten wie die Rechtsschutz- und die Krankenversicherung völlig fehlen.

Mit dem Wegfall der Vorweggenehmigung von Versicherungsbedingungen wird sich diese Situation naturgemäß grundlegend verändern. Der Gesetzgeber kann nicht länger darauf vertrauen, daß die Insuffizienz des VersVG durch die Tätigkeit der



Aufsichtsbehörde im wesentlichen wettgemacht wird. Es ist vielmehr erforderlich, das VersVG kritisch darauf hin zu durchleuchten, inwieweit es den Anforderungen des modernen Versicherungswesens, vor allem aus dem Blickwinkel des Kundenschutzes, noch gerecht wird.

Der vorliegende Entwurf basiert auf einer derartigen Bestandsaufnahme vorhandener Unzukömmlichkeiten; er versucht, den Wegfall aufsichtsbehördlicher Bedingungsgenehmigung durch Stärkung der rechtlichen Position des Versicherungsnehmers im Verhältnis zum Versicherer zu kompensieren. Gleichzeitig beseitigt er manche Unverträglichkeit des - wie erwähnt - auf deutschem Recht basierenden VersVG mit der allgemeinen österreichischen Zivilrechtsslage. Schließlich bringt er - erstmals in Österreich - spezifische Bestimmungen für die private Krankenversicherung (die in Österreich im Regelfall eine "Zusatzversicherung" zur gesetzlichen Krankenversicherung ist) und erweitert die im Rahmen der EWR-Anpassung (siehe oben) vorgesehenen besonderen Bestimmungen für die Rechtsschutzversicherung. Nach Gesetzwerdung dieses Entwurfs wäre das österreichische Recht des privaten Versicherungsvertrags für die moderne Anforderungen - auch unter Berücksichtigung der Liberalisierung des Versicherungswesens durch den EWR und durch einen allfälligen Beitritt Österreichs zur Europäischen Union - im wesentlichen gerüstet.

### **Besonderer Teil**

#### **Zu § 1a.**

1. Im Versicherungsgeschäft - jedenfalls im "Massengeschäft" - ist es üblich, daß der Kunde das förmliche Vertragsangebot stellt, und zwar auch dann, wenn die Initiative zum geschäftlichen Kontakt vom Versicherer bzw. dessen "Vertreter" ausgeht. Der Kunde übergibt im Regelfall dem Versicherungsagenten den Antrag auf einem vom Versicherer vorformulierten Formblatt; der Versicherer nimmt ihn dann - meist schlüssig durch Zusendung der Polizze, seltener durch gesonderte Erklärung - an. Die verwendeten Antragsformblätter sehen häufig eine relativ lange Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag vor, d.h. mit seiner Unterschrift unter den Antrag bestimmt der Versicherungsnehmer gemäß § 862 erster Satz ABGB eine entsprechend lange Bindungsfrist. Lange Bindungsfristen (deren sich der Versicherungsnehmer oftmals nicht wirklich bewußt ist, zumal sich das "Verkaufsgespräch" in aller Regel um

ganz andere Dinge dreht als gerade um die Bindungswirkung des Antrags) sind jedoch problematisch, weil sie dazu führen können, daß der Versicherungsnehmer lange Zeit über die Annahmetauglichkeit seines Anbots im ungewissen bleibt. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz grundsätzlich nicht vor dem Zustandekommen des Vertrags, sodaß ein Versicherungsnehmer, der dies nicht bedacht hat (allerdings sieht Abs. 3 hier nunmehr eine Belehrungspflicht des Versicherers vor), möglicherweise einen langen versicherungsfreien Zeitraum überbrücken muß.

Abs. 1 begrenzt daher die maximal zulässige Bindungsfrist auf vier, in bestimmten Sparten der Personenversicherung (wegen der hier aufwendigeren Antrags- bzw. Risikoprüfung) auf sechs Wochen. Diese Fristen bedeuten letztlich eine Konkretisierung des § 6 Abs. 1 Z 1 (erster Fall) KSchG. Die relativ knappen Höchstfristen können im Einzelfall für eine Polizzierung auch einmal nicht ausreichen, weshalb Abs. 2 die Möglichkeit vorsieht, dem Versicherer durch rechtsgeschäftliche Erklärung des Versicherungsnehmers (etwa im Antragsformular) oder durch vertragliche Vereinbarung das Recht einzuräumen, die Frist (einmalig) zu verlängern. Es ist davon auszugehen, daß die Versicherungsunternehmen von dieser Möglichkeit nur sparsam Gebrauch machen werden, schon um sich den mit der Erklärung verbundenen manipulativen Aufwand zu ersparen. Wird keine bestimmte Bindungsfrist vereinbart oder vom Versicherungsnehmer festgesetzt, so gelten die Bindungsregeln der §§ 862 f ABGB (naturgemäß mit Ausnahme des ersten Satzes des § 862). Wird eine längere als die nach Abs. 1 und 2 erlaubte Bindungsfrist festgesetzt, so gilt die zulässige Höchstfrist.

2. Der Versicherungsvertrag kommt als Konsensualvertrag mit Zugang der Annahmeerklärung an den Offerenten (das ist im Regelfall der Versicherungsnehmer) zustande; vorher besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Dies ist in Versicherungsdingen unerfahrenen Personen zumeist nicht bewußt; oftmals vertraut der Kunde darauf, daß er "jetzt versichert ist", sobald sich der Versicherungsvertreter mit dem unterschriebenen Antragsformular in der Tasche verabschiedet. Aus diesem im Regelfall unberechtigten Vertrauen können dem Versicherungsnehmer naturgemäß erhebliche Nachteile erwachsen. Um dem vorzubeugen, normiert Abs. 3 eine entsprechende Hinweispflicht (genauer: eine Hinweisobliegenheit) des Versicherers. Dem Versicherungsnehmer soll bewußt gemacht werden, daß er noch einige Zeit lang ohne Versicherungsdeckung sein wird, wenn er nicht - etwa durch Einholung einer vorläufigen Deckungszusage - anderweitig vorsorgt. Unterläßt der Versicherer den Hinweis, so hat er -

nach Art einer gesetzlich angeordneten vorläufigen Deckung - den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags (das ist wegen § 43 Abs. 1 Z 1 in der Regel die Empfangnahme durch den Versicherungsagenten) zu gewähren, erhält dafür aber keine zusätzliche Prämie. Im Fall des dritten Satzes des Abs. 3 erhält der Versicherer naturgemäß überhaupt keine Prämie; die Versicherungsdeckung ist jedoch so lange zu gewähren, bis der Versicherungsnehmer durch eine entsprechende (schriftliche) Erklärung darüber informiert wird, daß dieser vorläufige Versicherungsschutz erloschen ist. Die Beweislast für die Erfüllung der Hinweisobliegenheit trägt der Versicherer.

3. Die gesamte Regelung ist - wie auch mehrere andere Änderungen, etwa § 5b - auf das "Massengeschäft" abgestellt. Im "Großgeschäft", etwa bei der Versicherung von Industrierisiken, wird sie in aller Regel schon wegen der Anknüpfung an den Antrag des Versicherungsnehmers ohne Bedeutung sein, weil hier der Kunde zumeist mehrere Vergleichsanbote einholt, also der Versicherer den Antrag stellt. Überdies beschränkt Abs. 4 den Anwendungsbereich der Bestimmungen noch ausdrücklich auf Verbrauchergeschäfte im Sinn des KSchG. Von einem Unternehmer kann erwartet werden, daß er die Bedeutung einer langfristigen Bindung an ein Vertragsangebot richtig wertet und über grundlegende Prinzipien des Vertragsrechts (Zeitpunkt des Zustandekommens eines Vertrags) Bescheid weiß.

#### **Zu § 2.**

Diese Änderung (Streichung des letzten Halbsatzes im zweiten Satz des Abs. 2) betrifft das Problem der "Unteilbarkeit der Prämie". Sedes materiae ist § 40, es wird daher auf die Ausführungen zu dieser Bestimmung hingewiesen.

#### **Zu § 5b.**

Für den Fall der persönlichen Übergabe des Antrags (im Regelfall an den Versicherungsagenten) verhält Abs. 1 den Versicherer, dem Versicherungsnehmer sogleich eine Durchschrift seiner Vertragserklärung auszuhändigen, was vor allem im Hinblick auf die spätere Prüfung der Polizze (vgl. § 5) von großer Bedeutung ist.

Versicherungsverträge werden im Regelfall unter Zugrundelegung Allgemeiner Geschäftsbedingungen des Versicherers, der Versicherungsbedingungen, geschlossen. Im Gegensatz zur Situation bei praktisch allen anderen Vertragsbeziehungen regeln die Bedingungen hier jedoch nicht bloß Nebenpunkte des Vertrags, sondern sie

umschreiben auch und vor allem den eigentlichen Vertragsgegenstand selbst, das Versicherungsprodukt. Nur durch Heranziehung der zugrundegelegten Versicherungsbedingungen und nach Lektüre der darin vorgenommenen Risikoumschreibung und allfälliger Risikoausschlüsse weiß der Kunde mit einiger Gewißheit, wofür er nun wirklich Versicherungsdeckung erhält. Im Versicherungsbereich ist es daher von besonderer Bedeutung, daß der Kunde rechtzeitig, d.h. **bevor** er sich durch seine Vertragserklärung bindet, den Inhalt derjenigen Geschäftsbedingungen erfährt, zu denen sein Vertragspartner abzuschließen bereit ist.

Obwohl Geschäftsbedingungen nicht von einer Vertragspartei diktiert werden können, der Geltungsgrund also ausschließlich in der Parteienvereinbarung gelegen sein kann, geht die derzeit herrschende Ansicht davon aus, daß eine zivilrechtliche Pflicht, dem Kunden die Versicherungsbedingungen schon vor dem Vertragsabschluß unaufgefordert zu überreichen, nicht besteht. Die Rechtsprechung geht von der Annahme aus, es sei jedermann bekannt, daß Versicherungsunternehmen stets auf Basis Allgemeiner Geschäftsbedingungen abschließen. Eine Verpflichtung zur Ausfolgung der Bedingungen wird daher nur für den Fall angenommen, daß der Kunde dies verlangt. Zumeist wird ein derartiges Verlangen vom Kunden jedoch nicht gestellt, weniger deshalb, weil er nicht an den AVB interessiert wäre, sondern weil er einfach nicht an sie denkt. Im Regelfall werden die Bedingungen dem Versicherungsnehmer dann gemeinsam mit der Polizza zugesendet.

Diese Praxis mag in einem Umfeld aufsichtsbehördlich genehmigter Versicherungsbedingungen noch akzeptabel sein. Wie oben im Allgemeinen Teil der Erläuterungen bereits ausgeführt wurde, wird aber der Genehmigungsvorbehalt nach dem Wirksamwerden der dritten Richtliniengeneration für Österreich und dem Verstreichen der Umsetzungsfrist mit 1.7.1994 unzulässig sein. Der Versicherungsnehmer wird sich in Hinkunft immer weniger darauf verlassen können, daß die Bedingungen "schon irgendwie in Ordnung sein werden", daß sie ohnedies nur das enthalten, was bei derartigen Versicherungsverträgen allgemein üblich vereinbart wird. Vor allem im Hinblick auf ausländische Anbieter im EWR wird das Spektrum der Versicherungsprodukte vielfältiger werden, die Information des Versicherungsnehmers über den Inhalt der Bedingungen daher weiter an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund sieht Abs. 2 vor, daß der Versicherungsnehmer binnen einer Woche (vgl. § 3 Abs. 1 KSchG) vom Vertrag zurücktreten kann, falls er die Bedingungen nicht vor Abgabe seiner

Vertragserklärung (das ist im Regelfall der Versicherungsantrag) erhalten hat. Dem Abs. 2 ist also die Obliegenheit des Versicherers immanent, dem Versicherungsnehmer die einschlägigen Bedingungen auszuhändigen, bevor dieser seine Vertragserklärung abgibt. Der Versicherungsnehmer soll in die Lage versetzt werden, das Produkt anhand der Bedingungen genau zu prüfen, bevor er seine Unterschrift unter den Antrag setzt. Dabei kann aber von einem mündigen Kunden durchaus erwartet werden, daß er sich die Zeit nimmt, den Bedingungstext in Ruhe zu studieren, und sich nicht zu einer übereilten Anbotstellung drängen läßt; zusätzliche Kautelen gegen einen unüberlegten Vertragsabschluß (etwa eine zwingende Überlegungsfrist zwischen dem Erhalt der AVB und der Anbotstellung) wurden daher nicht vorgesehen.

Die einwöchige Rücktrittsfrist beginnt erst nach Erhalt der Polizza, der Versicherungsbedingungen und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht zu laufen. Diese Unterlagen werden im Regelfall gleichzeitig dem Versicherungsnehmer übermittelt werden, was allerdings nicht unbedingt erforderlich ist.

Eine weitere Rechtsfolge der Verletzung der Obliegenheit zur Ausfolgung der Versicherungsbedingungen ist in § 6 Abs. 5 vorgesehen (näheres dazu bei dieser Bestimmung).

Auch die in Abs. 1 angeordnete Obliegenheit des Versicherers zur Ausfolgung einer Durchschrift des Antrags ist durch das Rücktrittsrecht des Abs. 2 abgesichert. Sollten also die Bedingungen oder die Antragsdurchschrift seinerzeit nicht ausgefolgt worden sein, so verbleibt dem Versicherungsnehmer nach Erhalt der Polizza, der Bedingungen und entsprechender Belehrung über das Rücktrittsrecht noch ein hinreichend langer Zeitraum, um sich nachträglich zu informieren und sodann zu entscheiden, ob er das Rücktrittsrecht ausüben möchte oder nicht. Die Bestimmungen über die Rücktrittserklärung (Abs. 2 letzter Satz) orientieren sich zweckmäßigerweise an § 3 KSchG; das in dieser Bestimmung vorgesehene Rücktrittsrecht bei Haustürgeschäften bleibt im übrigen neben dem Rücktrittsrecht nach § 5b Abs. 2 VersVG weiterhin auch bei Versicherungsverträgen gegeben.

Auch § 5b gilt (gemäß seinem Abs. 3) nur für Verbrauchergeschäfte im Sinn des KSchG; weiters wurden Verträge mit höchstens einjähriger Laufzeit aus seinem Anwendungsbereich ausgenommen, weil hier wegen der ohnedies nur kurzen vertraglichen Bindung des Versicherungsnehmers ein geringeres Schutzbedürfnis gegeben ist.

**Zu § 6.**

1. § 6 Abs. 1 VersVG erlaubt für den Fall der Verletzung einer sogenannten schlichten (d.h.: nicht risikobezogenen) Obliegenheit die Vereinbarung der gänzlichen Leistungsfreiheit des Versicherers (und zwar für den Fall, daß den Versicherungsnehmer an der Obliegenheitsverletzung ein Verschulden trifft). Bei einer verschuldeten Obliegenheitsverletzung kann es also zur völligen Leistungsfreiheit des Versicherers kommen, auch wenn die Verletzung der Obliegenheit im konkreten Fall keinen oder nur geringen Einfluß auf die dem Versicherer obliegende Leistung hatte.

Der neue zweite Satz des § 6 Abs. 1 soll dieses Prinzip in vernünftiger Weise abschwächen. Wird eine Obliegenheit verletzt, die im Versicherungsvertrag deshalb vereinbart wurde, um die dem Vertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrecht zu erhalten, so tritt nur eine aliquote Leistungsfreiheit des Versicherers ein. Die Leistung des Versicherers ist in dem Verhältnis zu kürzen, in dem der Differenzbetrag zwischen der vereinbarten und der für das andere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zu dieser Tarifprämie steht. Wurde etwa eine Prämie von 20 vereinbart und wäre für das infolge der Obliegenheitsverletzung bestehende (andere) Risiko tarifgemäß eine Prämie von 100 zu zahlen (bezahlt also der Versicherungsnehmer nur ein Fünftel des im Tarif bestimmten Betrags), so beträgt die Leistungsfreiheit des Versicherers 80 (Fehlbetrag) zu 100 (Tarifprämie), also vier Fünftel.

Als Beispiel für eine derartige Obliegenheit kann etwa die derzeit in § 6 Abs. 1 Z 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (AKHB 1988) vorgesehene Verpflichtung des Versicherungsnehmers angeführt werden, das Fahrzeug nur für den vereinbarten Zweck zu verwenden. Verwendet nun der Versicherungsnehmer das Fahrzeug anderweitig (etwa ein versichertes Privatfahrzeug als Taxi) und hätte er für die Versicherungsdeckung bei dieser Verwendungsart eine höhere Prämie zu zahlen, so kommt es im Versicherungsfall zur aliquoten Leistungskürzung. Ein weiterer Anwendungsfall wäre die eigenmächtige Steigerung der Motorleistung eines versicherten Fahrzeugs; hier wären die vereinbarte und die für die tatsächliche Motorleistung tarifmäßig vorgesehene Prämie ins Verhältnis zu setzen. Schließlich sei der Fall genannt, daß ein Versicherungsunternehmen (etwa bei einer Fahrzeugkasko- oder einer Diebstahlversicherung) verschiedene Tarife, je nach Intensität der vorhandenen Sicherungsmaßnahmen (Absperremechanismen, Alarmanlage) vorsieht. Hat der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalls eine

bestimmte Sicherungsvorkehrung nicht getroffen, so soll nicht gänzliche Leistungsfreiheit eintreten, sondern nur eine dem Verhältnis des "gesicherten" zum "ungesicherten" Tarif entsprechende.

Bei den hier behandelten Obliegenheiten handelt es sich also stets um solche, deren Verletzung dazu führt, daß dem Versicherer Prämie entgeht. Würde der Versicherer jedoch die infolge Obliegenheitsverletzung herbeigeführte Situation auch gegen höhere Prämie nicht versichern oder ist jedenfalls im Tarif für das höhere Risiko keine bestimmte Prämie vorgesehen, so ist § 6 Abs. 1 zweiter Satz unanwendbar und es tritt - Verschulden vorausgesetzt - die vereinbarte Leistungsfreiheit in voller Höhe ein.

2. Eine vereinbarte Leistungsfreiheit wegen der Verletzung risikorelevanter Obliegenheiten kann der Versicherer nach der derzeitigen Fassung des Abs. 2 nur dann nicht geltend machen, wenn die Verletzung weder einen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls noch auf den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat. Die völlige Leistungsfreiheit bei einer Obliegenheitsverletzung, die die Leistungspflicht des Versicherers der Höhe nach nur teilweise beeinflußt hat, ist jedoch eine überzogene Rechtsfolge. Dieses "Alles oder Nichts-Prinzip" wurde daher durch Einfügung des Wortes "soweit" in den letzten Satzteil des Abs. 2 teilweise beseitigt, eben insofern es sich auf die Höhe der Leistung des Versicherers bezieht. Die Obliegenheitsverletzung soll künftig Leistungsfreiheit nur insoweit bewirken, als sie für die Leistungspflicht des Versicherers der Höhe nach ursächlich war.

Weiters wurde im Abs. 2 vor den Worten "nicht berufen" das Wort "überdies" eingefügt, um deutlich zu machen, daß Abs. 2 im Verhältnis zu Abs. 1 eine zusätzliche Einschränkung der vereinbarten Leistungsfreiheit bedeutet. Damit soll klargestellt werden, daß bei Verletzung einer vor dem Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllenden risikorelevanten Obliegenheit sowohl das Verschulden des Versicherungsnehmers (Abs. 1) als auch die Kausalität der Obliegenheitsverletzung (Abs. 2) Voraussetzung der Leistungsfreiheit ist.

3. Nach der bisherigen Fassung des § 6 Abs. 3 tritt eine vereinbarte Leistungsfreiheit bei Verletzung einer nach dem Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllenden Obliegenheit bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers ein; nur eine leicht fahrlässige (oder überhaupt unverschuldete) Obliegenheitsverletzung schadet diesem nicht. Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer zur Gänze leistungsfrei, bei grob fahrlässiger Verletzung nur, soweit diese die Feststellung

des Versicherungsfalls oder des Leistungsumfangs oder den Leistungsumfang selbst beeinflußt hat.

Durch die Änderung des zweiten Satzes des Abs. 3 soll das Erfordernis der Kausalität erheblich ausgedehnt werden, und zwar auch auf alle vorsätzlichen Obliegenheitsverletzungen, die jedoch nicht in Schädigungs- oder Verschleierungsabsicht begangen wurden. Für bloß "schlicht vorsätzliche" nachträgliche Obliegenheitsverletzungen ist nämlich die Sanktion der vollständigen Leistungsfreiheit überzogen, man denke etwa an die (zwar vorsätzliche) Überziehung der Frist zur Meldung des Versicherungsfalls, bei der der Versicherungsnehmer nicht im geringsten daran denkt, die Abwicklung des Versicherungsfalls und die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers in irgend einer Form zu erschweren (er hält die Frist z.B. nur deshalb nicht genau ein, weil er sie nicht für besonders wichtig hält und unter Zeitdruck steht). Nach der bisherigen Rechtslage wäre in diesem Fall völlige Leistungsfreiheit des Versicherers gegeben (obwohl ihm die verspätete Schadenmeldung unter Umständen sogar zum Vorteil gereicht, weil er dadurch die Versicherungsleistung erst später erbringen muß). Nach der Neufassung des Abs. 3 zweiter Satz könnte der Versicherungsnehmer hingegen die mangelnde Kausalität seiner Obliegenheitsverletzung einwenden; beweispflichtig für das Vorliegen der Voraussetzungen dieser (ihm vorteilhaften) Bestimmung, also vor allem der mangelnden Schädigungs- oder Verschleierungsabsicht, ist nach der allgemeinen (Rosenbergschen) Regel allerdings der Versicherungsnehmer.

4. Abs. 5 enthält - zusätzlich zu § 5b Abs. 2 - eine Rechtsfolge für die Nichtausführung von Versicherungsbedingungen. Wurden die Bedingungen nicht ausgefolgt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten (vgl. § 158m Abs. 2). Diese Bestimmung ist z.B. von besonderer Bedeutung für Reiseversicherungen, die der Kunde durch Verwendung eines etwa am Flughafen aufliegenden Zahlungscheins nehmen kann. Derartigen Aufforderungen zum Abschluß einer Versicherung müssen in Hinkunft die Versicherungsbedingungen beiliegen, um die Rechtsfolge des Abs. 5 auszuschließen.

Abs. 5 kann naturgemäß für solche Vertragsklauseln nicht gelten, die sich darauf beschränken, ohnedies gesetzlich angeordnete Obliegenheiten wiederzugeben. Die Folgen der Verletzung gesetzlicher Obliegenheiten treten unter den gesetzlichen Voraussetzungen in jedem Fall ein (s. § 2 ABGB).



**Zu § 8.**

Versicherungsunternehmen neigen dazu, Versicherungsverträge auf möglichst lange Zeit zu schließen. Dies ist einerseits vor dem Hintergrund eines legitimen Gewinnstrebens verständlich und bringt andererseits auch dem Versicherungsnehmer gewisse Vorteile; der naturgemäß geringere Verwaltungsaufwand für einen langfristigen Vertrag erlaubt die Kalkulation einer etwas geringeren Prämie und der Versicherungsnehmer ist für längere Zeit seiner Sorge um eine gleichmäßige Versicherungsdeckung enthoben.

Dennoch können allzu lange Vertragslaufzeiten für den Versicherungsnehmer problematisch sein. Eine langfristige vertragliche Bindung kann den Versicherungsnehmer erheblich belasten, wenn sich die bei Vertragsschließung gegebenen Verhältnisse in einer Weise ändern, die eine frühere Beendigung des Versicherungsverhältnisses sinnvoll erscheinen läßt. Die in der Praxis übliche zehnjährige Vertragsdauer ist ein Zeitraum, den der durchschnittliche Versicherungsnehmer bezüglich seines konkreten Versicherungsbedarfs nur sehr schwer überblicken kann. Hinzu kommt, daß Versicherungsagenten beim vorvertraglichen Kontakt mit dem Kunden auf die Frage der Vertragslaufzeit oft gar nicht aufmerksam machen und der Kunde nur selten von sich aus diese Frage releviert, weil im Zug der Vertragsschließung in der Regel ganz andere Dinge im Vordergrund stehen. Häufig wird dem Versicherungsnehmer erst bei der Lektüre der ihm zugesandten Polizza bewußt, daß er sich auf zehn Jahre an den Versicherer gebunden hat.

§ 8 Abs. 3 begrenzt daher die höchstzulässige vertragliche Bindung des Versicherungsnehmers auf drei Jahre. Es bleibt dem Versicherer aber unbenommen, weiterhin Langfristrabatte zu gewähren und damit die Nichtausübung des Kündigungsrechts durch den Versicherungsnehmer über Prämienanreize zu honorieren. Es wird aber in Zukunft für den Versicherungsnehmer jedenfalls möglich sein, sich nach maximal dreijähriger Vertragsdauer - wenn auch unter Verlust von Rabatten - vom Versicherer zu lösen.

Das zwingende (§ 15a) Kündigungsrecht nach dreijähriger Vertragsdauer wurde nur dem Versicherungsnehmer, nicht auch dem Versicherer eingeräumt. Dieser bedarf in dieser Hinsicht keines Schutzes, weil ihm das Problem der Vertragslaufzeit ohnedies hinreichend bewußt ist und er von vornherein einen kurzfristigen Vertrag anbieten

kann, falls ihm eine langfristige Bindung an den Versicherungsnehmer nicht wünschenswert erscheinen sollte.

Weiters wurde das Kündigungsrecht auf Verbraucher im Sinn des KSchG beschränkt; einem Unternehmer kann zugesonnen werden, daß er die Tragweite langfristiger vertraglicher Bindungen richtig einschätzt.

Schließlich soll § 8 Abs. 3 für Verträge nicht gelten, die vor seinem Inkrafttreten geschlossen wurden (s. § 191b Abs. 2 Z 1). Eine Rückwirkung dieser Bestimmung auf bestehende Verträge würde in unvertretbarer Weise in die vertragliche Gestaltungsfreiheit des Versicherers eingreifen, der ja bei diesen Verträgen die Prämie im Vertrauen auf eine lange Laufzeit kalkuliert hat.

### **Zu § 11.**

Nach Abs. 1 sind Geldleistungen des Versicherers (erst) mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Abs. 2 sieht nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls eine Abschlagszahlung des Versicherers vor.

Verzögert sich die Auszahlung der (endgültigen) Leistung des Versicherers für einen längeren Zeitraum, so soll der Versicherungsnehmer zumindest den Anspruch haben, vom Versicherer die dafür maßgeblichen Gründe zu erfahren. Abs. 1 wurde daher durch eine entsprechende Auskunftspflicht (genauer: eine Obliegenheit) nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren des Versicherungsnehmers nach einer Geldleistung ergänzt. Eine bestimmte Form für die Mitteilung des Versicherers, etwa die Schriftform, wurde nicht vorgesehen; es genügt also z.B. die unmittelbare Beantwortung einer telefonischen Anfrage des Versicherungsnehmers (allerdings trägt der Versicherer die Beweislast für die Erfüllung der Auskunftspflicht).

Kommt der Versicherer seiner Obliegenheit zur Information des Versicherungsnehmers nicht binnen eines Monats ab dessen entsprechendem Verlangen nach, so werden seine Geldleistungen unabhängig von den Voraussetzungen des ersten Satzes, also noch vor dem Abschluß der Erhebungen fällig. Der Versicherer ist in diesem Fall daher jedenfalls zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet und hat allenfalls Schadenersatzansprüche wegen verspäteter Zahlung zu gewärtigen.

Verlangt der Versicherungsnehmer vor Ablauf zweier Monate ab seinem Begehren nach einer Geldleistung eine derartige Auskunft des Versicherers, so hat die

Verweigerung der Auskunft (oder eine erst nach Verstreichen der Monatsfrist erteilte Auskunft) nicht die sofortige Fälligkeit zur Folge.

Das "Begehren nach einer Geldleistung" muß nicht unbedingt genau beziffert sein, es wäre etwa hinreichend, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall meldet und "den Ersatz seines Schadens" verlangt; die bloße Anzeige des Versicherungsfalles soll jedoch nicht genügen.

Im Abs. 3 wurde klargestellt, daß sich die hier angeordnete Hemmung nicht auch auf die beiden Fristen des Abs. 1 bezieht. Verzögert der Versicherungsnehmer durch sein Verhalten die Abwicklung des Versicherungsfalles, so hat ihn der Versicherer binnen der - nicht verlängerten - Monatsfrist des Abs. 1 darauf hinzuweisen, wenn - was in der Praxis in diesem Fall selten vorkommen wird - der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate (diese Frist wird ebenfalls nicht verlängert) seit seinem Begehren nach einer Geldleistung eine Begründung für die lange Dauer der Erhebungen verlangen sollte.

#### **Zu § 11a.**

Nach der Judikatur (z.B. OGH 23.4.1992, VersR 1993, 775) hat ein Versicherungsnehmer kein Recht auf (außerprozessuale) Einsicht in ein Gutachten, das der Versicherer (zumeist wohl im Zug der Prüfung seiner Deckungspflicht) eingeholt hat. Dies gilt selbst für solche Gutachten, an denen der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter dadurch mitgewirkt hat, daß er sich für Zwecke der Gutachtenserstellung ärztlich untersuchen hat lassen. § 11a sieht ein Recht auf Einsicht in ein derartiges Gutachten nunmehr ausdrücklich vor, dies vor allem unter dem Gesichtspunkt, daß der Versicherungsnehmer über die Entscheidungsgrundlagen des Versicherers möglichst nicht im unklaren gelassen werden sollte (in die gleiche Richtung gehen auch die Begründungspflichten des geänderten § 12 Abs. 2 und des neuen § 158n Abs. 1). Von einer weitgehenden Offenlegung der Entscheidungsbasis des Versicherers ist nicht zuletzt eine streitabschneidende Wirkung zu erwarten, weil der Versicherungsnehmer unter diesen Voraussetzungen die Erfolgsaussichten einer allfälligen Prozeßführung besser beurteilen kann.

Es wurde davon abgesehen, das Einsichtsrecht auf solche Gutachten zu beschränken, die der Versicherer zur Prüfung seiner Deckungspflicht im Versicherungsfall eingeholt hat. Der Versicherungsnehmer soll etwa auch in ein Gutachten Einsicht

nehmen dürfen, das - auf Grund einer ärztlichen Untersuchung - im Zug einer Antrags- bzw. Risikoprüfung (z.B. in der Kranken- oder Lebensversicherung) eingeholt worden ist.

Ist die Person, die die Einsichtnahme verlangt, nicht mit der untersuchten Person ident (begehrt etwa der Versicherungsnehmer die Einsicht in ein Gutachten, das auf Basis einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten ergangen ist), so muß diese der Einsichtnahme zustimmen.

### **Zu § 12.**

Die zwei- bzw. fünfjährige Verjährungsfrist des derzeitigen Abs. 1 ist ein Unikum des Versicherungsvertragsrechts, das durch keine sachlichen Gründe gerechtfertigt ist. Die zweijährige Frist bedeutet eine nicht zu rechtfertigende Begünstigung des Versicherers gegenüber der allgemeinen Rechtslage, die fünfjährige Verjährungsfrist bei der Lebensversicherung ist aus der Sicht des Versicherungsnehmers nicht erforderlich. In Hinkunft soll einheitlich die dem österreichischen Zivilrecht eigentümliche (kurze) Verjährungsfrist von drei Jahren gelten (vergleiche etwa die §§ 1480, 1486 bis 1490 ABGB).

Beseitigt wurde auch die Sonderregelung, daß die Verjährung erst mit dem Schluß des Jahres beginnt, in dem die Leistung verlangt werden kann. In Hinkunft soll daher die allgemeine Regelung des § 1478 ABGB gelten, wonach der Lauf der Verjährungsfrist beginnt, sobald das Recht hätte ausgeübt werden können (nach der Judikatur ist auf die objektive Möglichkeit abzustellen, den Anspruch einzuklagen; siehe etwa die bei **Dittrich-Tades**, ABGB<sup>33</sup> (1989) § 1478 E 30. angeführten Entscheidungen).

Vor allem bei der Lebensversicherung besteht allerdings die Gefahr, daß ein bezugsberechtigter Dritter (vgl. § 166) möglicherweise lange Zeit von seiner Berechtigung nichts erfährt und - bei Geltung des § 1478 ABGB - nach relativ kurzer Zeit seinen Anspruch durch Verjährung verliert. Es wurde daher für die Lebensversicherung die Sonderregelung vorgesehen, daß (vgl. etwa § 1489 ABGB) der Fristenlauf erst mit Kenntnis der Bezugsberechtigung beginnt. Ergänzend dazu wurde eine absolute Verjährungsfrist von zehn Jahren (vgl. § 13 PHG) eingezogen, nicht zuletzt um dem Versicherer keine zeitlich unbegrenzte Aufbewahrungspflicht aufzubürden.

In den Abs. 2 wurden Mindestanforderungen aufgenommen, denen die schriftliche Entscheidung des Versicherers zu genügen hat, um die dort angeordnete

Verjährungshemmung zu beenden. Es sind die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen anzuführen, die für die Entscheidung des Versicherers maßgeblich waren, des weiteren die der Entscheidung zugrundegelegten Tatsachen (dabei bleibt es dem Versicherer unbenommen, in einem allfälligen Gerichtsverfahren auch noch andere Gründe für seine Verweigerung anzuführen; § 12 Abs. 2 ist nicht im Sinn einer Eventualmaxime zu verstehen). Dadurch soll der Versicherungsnehmer in die Lage versetzt werden, die ablehnende Entscheidung des Versicherers richtig beurteilen und sein weiteres Vorgehen darauf abstimmen zu können. Solange eine hinreichend begründete Ablehnung des Versicherers nicht vorliegt, kann der Anspruch des Versicherungsnehmers nicht verjähren.

Auch der Lauf der Frist des § 12 Abs. 3 soll in Hinkunft davon abhängen, daß die Ablehnung des Versicherers hinreichend (dem Abs. 2 entsprechend) begründet ist. Weiters wurde die Frist auf ein Jahr verlängert und angeordnet, daß sie - wie die Verjährungsfristen - für die Dauer von Vergleichsgesprächen über den erhobenen Anspruch gehemmt ist; dies unter dem Gesichtspunkt, daß Vergleichsgespräche nicht mit unnötigem Zeitdruck belastet werden sollen. Schließlich wurde Abs. 3 durch einen Ausschluß der Leistungsfreiheit für den Fall ergänzt, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden verhindert war. Das mangelnde Verschulden ist jedoch vom Versicherungsnehmer zu beweisen.

#### **Zu § 15a.**

Die neuen §§ 1a, 5b und 11a sowie die Änderungen und Ergänzungen der §§ 8 und 11 können die rechtliche Position des Versicherungsnehmers naturgemäß nur dann entscheidend verbessern, wenn sie nicht zu dessen Nachteil abbedungen werden können. Der Katalog einseitig zwingender Bestimmungen in § 15a wurde daher entsprechend erweitert.

**Zu § 16.**

Die Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigeobliegenheit durch den Versicherungsnehmer ist für den Versicherer von großer Bedeutung, da er nur dadurch in die Lage versetzt wird, das übernommene Risikopotential verlässlich abzuschätzen. Dementsprechend ist gemäß Abs. 3 der Rücktritt des Versicherers wegen Unterlassung der Anzeige eines erheblichen Umstands nur dann ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne jedes Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; diesem schadet also bereits leichte Fahrlässigkeit. Oftmals ist es jedoch für den Versicherungsnehmer schwierig, die Bedeutsamkeit eines Umstands für den Versicherer zu erkennen; es ist daher legitim, hier vom Versicherer ein gewisses Maß an Führung zu verlangen. Es kann vom Versicherer erwartet werden, daß er seinen Vertragspartner nach dem Vorliegen von Umständen, die ihm als risikoeheblich erscheinen, ausdrücklich und präzise fragt. Beantwortet der Versicherungsnehmer eine solche Frage unrichtig, so soll ihm auch weiterhin jedes Verschulden zum Nachteil gereichen. Die Nichtanzeige solcher Umstände, nach denen der Versicherer nicht ausdrücklich und hinreichend genau gefragt hat, soll dem Versicherungsnehmer hingegen künftig nur dann schaden, wenn die Anzeige zumindest grob fahrlässig unterblieben ist. Bei einer bloß leicht fahrlässigen Fehleinschätzung des Versicherungsnehmers soll in diesem Bereich kein Rücktrittsrecht des Versicherers gegeben sein.

Unberührt von dieser Neuregelung bleibt § 18, wonach ein Rücktritt wegen unterbliebener Anzeige eines Umstands, nach dem in einer schriftlichen Fragenliste des Versicherers nicht gefragt worden ist, ein Rücktritt nur im Fall arglistiger Verschweigung möglich ist.

Die Wendung "ausdrücklich und genau umschrieben" (gefragt hat) soll zum Ausdruck bringen, daß die Frage des Versicherers hinreichend bestimmt sein muß. Es genügt etwa nicht die allgemein gehaltene (wenngleich ausdrückliche) Frage, welche (sonstigen) risikoeheblichen Umstände dem Versicherungsnehmer (noch) bekannt sind. Um diese Klarstellung zu bewirken, wurden auch in den § 18 die Worte "und genau umschrieben" eingefügt.

Um dem Versicherungskunden die Bedeutsamkeit der vorvertraglichen Anzeigepflicht deutlich vor Augen zu führen, sieht schließlich ein neuer Abs. 4 vor, daß das

Antragsformblatt einen Hinweis auf das allfällige Rücktrittsrecht des Versicherers zu enthalten hat, widrigenfalls ein Rücktritt des Versicherers ausgeschlossen ist.

#### **Zu § 18.**

Ergänzend zur Änderung des § 16 Abs. 3 soll auch im § 18 klargestellt werden, daß die (ausdrückliche) Frage des Versicherers (hier in einer schriftlichen Fragenliste) genau umschrieben sein muß, also allgemein gehaltene - wenn auch ausdrückliche - Fragen nicht hinreichen.

#### **Zu den §§ 21, 25 und 28.**

So wie im Fall des § 6 Abs. 2 soll auch bei der Leistungsfreiheit wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und wegen (mit oder ohne Willen des Versicherungsnehmers eingetretener) Gefahrerhöhung das strenge "Alles oder Nichts-Prinzip" bezüglich der Kausalität der Obliegenheitsverletzung etwas gelockert werden, nämlich insofern es den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung betrifft.

Die Neufassung des § 28 Abs. 2 (zweiter Satz) enthält überdies eine Änderung, die im Zusammenhang mit der Änderung des § 27 Abs. 1 (zweiter Satz) steht (dazu gleich unten).

#### **Zu § 27.**

Nach der derzeitigen Fassung des § 27 Abs. 1 ist der Versicherer bei einer nicht auf dem Willen des Versicherungsnehmers beruhenden Gefahrerhöhung berechtigt, binnen eines Monats ab Erlangung der Kenntnis von der Gefahrerhöhung (s. die Verweisung des zweiten Satzes auf § 24 Abs. 2) das Versicherungsverhältnis zu kündigen. Diese Frist kann für den Versicherer dann bei weitem zu kurz bemessen sein, wenn die Gefahrerhöhung auf einer Änderung oder Neuschaffung von Rechtsnormen beruht, man denke etwa an die Auswirkungen neuer schadenersatzrechtlicher Bestimmungen auf die Haftpflichtversicherung oder neuer anwaltlicher Kostensätze auf die Rechtsschutzversicherung.

AHVB und ARB sehen für diesen Fall das Recht des Versicherers vor, dem Versicherungsnehmer eine Änderung des Vertrags anzubieten oder den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Von diesem Recht kann der

Versicherer nach der derzeitigen Bedingungs-lage binnen eines Jahres ab Inkrafttreten der Rechtsnormen Gebrauch machen.

Diese Regelung steht derzeit im Widerspruch zu § 27 VersVG; durch die Änderung dieser Bestimmung soll die Entscheidungsfrist des Versicherers angemessen auf das in den Bedingungen vorgesehene Ausmaß verlängert werden. Der Versicherer braucht zur sicheren Beurteilung der Auswirkungen neuer oder geänderter Rechtsnormen und für die Umsetzung seiner Entscheidung eine ausreichende Frist. Zu großer Zeitdruck für den Versicherer wäre unter Umständen auch dem Versicherungsnehmer von Nachteil, wenn jener ohne sachlich berechtigtes Erfordernis, sozusagen vorsichtshalber den Vertrag kündigt, nur um die kurze Kündigungsfrist nicht zu versäumen.

Es wurde davon abgesehen, die Fristverlängerung auf die (wie dargestellt besonders relevanten) Fälle der Änderung oder Neuschaffung von Rechtsvorschriften zu beschränken, weil ein längerer Schwebezustand bis zur möglichen Ausübung des Kündigungsrechts durch den Versicherer dem Versicherungsnehmer ohnehin nicht nachteilig ist. Dies angesichts der vorgesehenen Änderung des § 28 Abs. 2 zweiter Satz, wonach die Leistungsfreiheit des Versicherers wegen Verletzung der Anzeigepflicht des § 27 Abs. 2 künftig nicht mehr mit ungenutztem Verstreichen der Kündigungsfrist, sondern mit Ablauf einer starren Frist von einem Monat ab Kenntnis des Versicherers (scil. der Gefahrerhöhung), also der bisherigen Kündigungsfrist, endet.

#### **Zu § 34b.**

Um die Vergleichbarkeit von Versicherungsprodukten zu erhöhen, soll der Versicherungsnehmer möglichst genau feststellen können, was er für eine bestimmte Versicherungsdeckung zu bezahlen hat. Die wahren Kosten der Versicherung werden jedoch verschleiert, wenn neben der vereinbarten Prämie noch diverse "Gebühren" verlangt werden, deren Existenz und Höhe der Versicherungsnehmer nur durch genaues Studium der jeweils anwendbaren Versicherungsbedingungen erkennen kann. Neben der Prämie zu bezahlende Gebühren sind sohin aus der Sicht des Versicherungsnehmers und unter dem Aspekt eines transparenten Wettbewerbs problematisch.

§ 34b ordnet daher an, daß der Versicherer nur solche Nebengebühren verlangen darf, die der Abgeltung konkreter Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlaßt worden sind. Schon durch den Ausdruck "**Mehraufwendungen**" soll angezeigt werden, daß es sich nicht um Kosten handeln



darf, die mit der Abwicklung derartiger Versicherungsverhältnisse im Regelfall ohnedies verbunden sind (solche Kosten müssen bei der Kalkulation der Prämie berücksichtigt werden). Zulässig wäre etwa die Einhebung einer Erlagscheingebühr, wenn sich der Versicherungsnehmer nicht des kostengünstigeren Abbuchungs- oder Einziehungsverfahrens bedient, nicht zulässig wäre hingegen eine allgemeine "Einhebungsgebühr", weil die Prämie ja in jedem Fall eingehoben werden muß.

Zulässig vereinbarte Nebengebühren teilen das rechtliche Schicksal der Prämie, es sind zum Beispiel die §§ 38 und 39 auf sie anzuwenden.

### **Zu § 38.**

Die derzeit vorgesehenen Rechtsfolgen des Verzugs mit der Zahlung der Erstprämie werden - zu Recht - von vielen als außerordentlich hart empfunden. Vor allem Abs. 2, wonach selbst die rechtzeitige Prämienzahlung nicht auf den Zeitpunkt der Vertragsschließung zurückwirkt, erscheint überzogen. Es ist ja stets zu bedenken, daß der Versicherer die geschuldete Prämie im Klagsweg ohnedies erlangen bzw. sie bei Eintritt des Versicherungsfalles von der Versicherungsleistung abziehen kann (vgl. § 35b). Generell gilt, daß in synallagmatischen Vertragsverhältnissen der Verzug mit der einen Leistung nicht den endgültigen Untergang der anderen Leistungspflicht bewirkt.

Auch wenn man hinsichtlich der ersten Prämienzahlung ein besonderes Schutzbedürfnis des Versicherers annimmt, so weicht die strenge Regelung des § 38 Abs. 2 doch sehr weit zum Nachteil des Versicherungsnehmers von allgemeinen Grundsätzen ab. Sie wurde daher zugunsten des Versicherungsnehmers durch Einführung einer gesetzlichen erweiterten Einlösklausel gemildert. Wird die Prämie binnen der nun (im Abs. 1) gesetzlich festgelegten Zahlungsfrist von 14 Tagen bezahlt, so entsteht der Versicherungsschutz mit Rückwirkung auf den Zeitpunkt der Vertragsschließung. Wie bereits ausgeführt, braucht der Versicherer gerade bei vorherigem Eintritt des Versicherungsfalles um die Einbringlichkeit der Prämie nicht zu bangen, weil er sie ohnedies durch Aufrechnung gegen die Forderung des Versicherungsnehmers auf die Versicherungsleistung einheben kann.

Auch bei nicht fristgerechter Prämienzahlung soll - nach dem letztem Satzteil des Abs. 2 - die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bestehen bleiben, wenn

der Versicherungsnehmer beweist, daß er an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

Wegen des Abs. 3 können die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 jedoch nicht eintreten, wenn der Versicherer der dort vorgesehenen Hinweisobliegenheit nicht nachgekommen ist; infolge der angeordneten Unwirksamkeit der Aufforderung zur Prämienzahlung kann nämlich die Zahlungsfrist des Abs. 1 in diesem Fall nicht zu laufen beginnen.

Gerät der Versicherungsnehmer nun mit der Zahlung der Erstprämie in Verzug, so besteht - abgesehen von den soeben geschilderten Ausnahmefällen der Abs. 2 und 3 - Leistungsfreiheit des Versicherers, dennoch bleibt die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Prämienzahlung bestehen, solange der Versicherer nicht gemäß Abs. 1 seinen Vertragsrücktritt erklärt. Dieser Schwebezustand, während dessen der Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers keine Deckungspflicht des Versicherers gegenübersteht, hat zwar zunächst für den Versicherungsnehmer den Vorteil, daß er jederzeit durch Zahlung der Prämie Versicherungsschutz erwerben kann. Er soll aber nicht endlos andauern; Abs. 4 bestimmt daher, daß der Versicherungsvertrag als aufgelöst gilt, wenn nicht binnen eines Jahres ab Fälligkeit (also nach Ablauf der Zahlungsfrist des Abs. 1) die gesamte Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten nachgezahlt wird (in welchem Fall der Versicherer wieder deckungspflichtig würde) oder vom Versicherer eingeklagt wird. Reagiert der Versicherer auf den Zahlungsverzug seines Vertragspartners also binnen eines Jahres nicht (entweder durch Rücktritt oder durch Prämienklage), so erlischt auch die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers.

#### **Zu § 39.**

So wie im § 38 (Abs. 2) soll - konsequenter Weise - auch im § 39 die Leistungsfreiheit des Versicherers auf den Fall des subjektiven Zahlungsverzugs eingeschränkt werden; beweispflichtig für das mangelnde Verschulden ist auch hier der Versicherungsnehmer.

#### **Zu § 39a.**

Nach der derzeitigen Fassung der §§ 38 und 39 ist der Versicherer zur Gänze leistungsfrei, auch wenn der Versicherungsnehmer bloß mit einem geringen Teil der

Erst- bzw. der Folgeprämie in Verzug gerät. Auch hier besteht also der Grundsatz des "Alles oder Nichts" (nach der Rechtsprechung ist nur die Nichtzahlung ganz unbedeutender Prämienteile unschädlich, siehe z.B. OGH 19.10.1989, 7 Ob 39/89, ecolex 1990, 211 = VersRdSch 1990, 155). Dieser Grundsatz soll mit § 39a (Abs. 1) durch eine bloß aliquote Leistungsfreiheit des Versicherers (im Verhältnis des Fehlbetrags zur geschuldeten Prämie) ersetzt werden. Die proportionale Reduktion der Deckungspflicht kann in Anlehnung an die Regeln über die Unterversicherung geschehen. Hat der Versicherungsnehmer etwa nur ein Viertel der Prämie (einschließlich Zinsen und Kosten) gezahlt, so ist im Versicherungsfall bei der Schadensversicherung bloß ein Viertel des Schadens zu ersetzen, bei der Summenversicherung bloß ein Viertel der vereinbarten Summen zu leisten.

§ 39a bezieht sich nur auf die Leistungsfreiheit des Versicherers, das Rücktrittsrecht nach § 38 Abs. 1, die selbsttätige Vertragsauflösung nach § 38 Abs. 4 und das Kündigungsrecht nach § 39 Abs. 3 sollen weiterhin in vollem Umfang auch bei bloß teilweise Prämienverzug bestehen, es tritt also keine Vertragsspaltung ein.

Leistet jedoch der Versicherungsnehmer auch binnen einer vom Versicherer gesetzten Nachfrist nicht (im Fall des § 39 ist dies bereits eine zweite Nachfrist), dann soll der Versicherer - gemäß Abs. 2 - auch bei bloß teilweise Prämienverzug zur Gänze leistungsfrei sein. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß er den Versicherungsnehmer bei Bestimmung der Nachfrist auf diese (weitere) Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 175 Abs. 2 bleibt als *lex specialis* für die Lebensversicherung von § 39a unberührt.

#### **Zu § 40.**

Die derzeit in verschiedenen Bestimmungen des VersVG angeordnete "Unteilbarkeit der Prämie" steht in einem Spannungsverhältnis zur höchstgerichtlichen Judikatur zur Problematik von Verfallsklauseln (siehe z.B. OGH 13.4.1983, SZ 56/62; 17.6.1986, EvBl. 1987/41; vgl. auch § 1371 ABGB). Wie Krejci, Kundenschutz im Versicherungsrecht (Österreichische Staatsdruckerei 1989) formuliert, hat das Weiterbestehen des Prämienanspruchs trotz Entfalls der Deckungspflicht den Charakter einer Vertragsstrafe oder "Stornogebühr", die dem Versicherungsnehmer für den Fall vorzeitiger Vertragsbeendigung auferlegt ist. Abgesehen davon, daß in der Möglichkeit, Prämienzahlung ohne vertragliche Gegenleistung zu verlangen, eine schon dem Grunde

nach schwer zu rechtfertigende "Strafgewalt" des Versicherers liegt, ist auch die Angemessenheit dieser Vertragsstrafe der Höhe nach problematisch. Deren Ausmaß hängt nämlich weitgehend vom Zufall ab, und zwar davon, wie lange vor Ablauf der Versicherungsperiode der Vertrag endet. Demgemäß bewegt sich die Höhe der "risikofreien" Prämie zwischen Null und einer Jahresprämie. Nach der erwähnten Judikatur sind aber Verfallsklauseln, die sich nicht am durchschnittlichen Schaden orientieren, gemäß § 879 Abs. 3 ABGB nichtig.

Die in diesem Sinn unsachliche Regelung, daß der Prämienanspruch des Versicherers bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode weiterbesteht, wird beseitigt; die Prämie soll - was im ersten Satz ausdrücklich angeordnet wird - dem Versicherer nur für die Dauer der Risikotragung gebühren.

Die pro rata temporis-Abrechnung vorzeitig beendeter Verträge soll künftig als allgemeines Prinzip gelten; es werden daher die meisten Sonderbestimmungen über die Prämienauswirkungen vorzeitiger Vertragsbeendigung aufgehoben. Dabei handelt es sich - abgesehen von § 40 - um folgende Bestimmungen: § 2 Abs. 2 letzter Halbsatz, § 41 Abs. 2 zweiter Satz, § 51 Abs. 4 letzter Halbsatz, § 59 Abs. 3 letzter Halbsatz, § 68 Abs. 1 letzter Halbsatz und Abs. 5, § 70 Abs. 3 (teilweise), § 96 Abs. 3, § 113 zweiter Satz und § 158 Abs. 3. Nicht aufgehoben wurde z.B. § 68 Abs. 2, wonach der Versicherer bei Interessewegfall die entsprechende Kurzfristprämie verlangen kann; diese Sonderbestimmung bleibt von § 40 unberührt (s. den Vorbehalt gesetzlicher Sonderregelungen im § 40).

Die Regelung gilt gleichermaßen für die Vertragsauflösung etwa wegen List oder Irrtums, wie für aus anderen Gründen, etwa wegen Kündigung oder Rücktritts, (vor und nach Beginn der Risikotragung) vorzeitig beendete Verträge. Vorzeitige Beendigung bedeutet zunächst Beendigung vor Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer. Es ist aber auch die vorzeitige Beendigung eines auf unbestimmte Zeit geschlossenen Versicherungsvertrags möglich, nämlich im Fall eines Kündigungsverzichts nach § 8 Abs. 2.

Schon nach allgemeinen Regeln (vgl. § 1336 Abs. 1 ABGB) besteht die Möglichkeit, den Versicherungsnehmer vertraglich zur Zahlung einer Konventionalstrafe für den Fall zu verpflichten, daß der Vertrag aus seinem Verschulden oder sonst aus Gründen, die in der Sphäre des Versicherungsnehmers gelegen sind, vorzeitig beendet wird. § 40 stellt nur klar, daß die vereinbarte Konventionalstrafe angemessen sein muß.

Ein Anhaltspunkt für die Angemessenheit wäre z.B. die entsprechende Kurzfristprämie. oder der Gewinn des Versicherers während der vorgesehenen längeren Vertragslaufzeit. Abgesehen vom Fall des § 348 HGB unterliegt die Konventionalstrafe überdies dem in § 1336 Abs. 2 ABGB vorgesehenen richterlichen Mäßigungsrecht.

Fälle vorzeitiger Vertragsbeendigung, für die eine Konventionalstrafe vorgesehen werden kann, wären etwa der Konkurs oder der Ausgleich des Versicherungsnehmers (§ 14), die Kündigung oder der Rücktritt des Versicherers wegen Obliegenheitsverletzungen, Gefahrerhöhung oder Prämienverzugs, naturgemäß jedoch nicht die Ausübung eines gesetzlich zustehenden Kündigungsrechts (z.B. eine Kündigung nach § 8 Abs. 3 oder die Kündigung des Erwerbers einer versicherten Sache nach § 70 Abs. 2).

#### **Zu § 41.**

Auch die Streichung des § 41 Abs. 2 zweiter Satz betrifft das Problem der "Unteilbarkeit der Prämie" (siehe die Ausführungen zu § 40).

#### **Zu § 43.**

Der neue Abs. 2 stellt den Agentenbegriff klar, an den die §§ 43 ff anknüpfen. Dieser Begriff soll zunächst auf Personen beschränkt sein, die von einem Versicherer mit der Vermittlung oder dem Schließen von Verträgen **ständig** betraut sind. Es soll jedoch für das hier geregelte Verhältnis zum Versicherungsnehmer keinen Unterschied machen, ob der Vermittler in einem Dienstverhältnis zum Versicherer steht oder selbständiger Kaufmann ist. Soweit Dienstnehmer des Versicherers für diesen Verträge vermitteln oder schließen, sollen sie den Vertretungsregeln der §§ 43 ff unterstehen, zumal dem Versicherungsnehmer zumeist gar nicht bekannt ist, in welcher Rechtsbeziehung Versicherer und Vermittler zueinander stehen (oft ist dies sogar zwischen dem Versicherer und dem Agenten unklar und strittig). Allerdings wird durch die Unterstellung des Angestellten unter den Agentenbegriff nicht ausgeschlossen, daß ihm nach seiner organschaftlichen oder sonstigen organisatorischen Stellung weitergehende Vertretungsbefugnisse zukommen (vgl. etwa § 1029 ABGB, §§ 49, 54 HGB).

Abs. 2 dehnt die Vollmachtsregeln des Abs. 1 und die ergänzenden Regeln der §§ 44 bis 48 zusätzlich auf Personen aus, die - ohne ständige Betrauung - mit Wissen des Versicherers wie Agenten auftreten, aus deren Verhalten der Versicherungs-

nehmer also vermuten kann, daß sie in einer agentenähnlichen Beziehung zum Versicherer stehen. Gedacht ist vor allem an den Versicherungsmakler, der im Umgang mit dem Kunden - aus welchen Gründen immer (z.B. um sich der Reputation des Versicherers zu bedienen) - ein Naheverhältnis zum Versicherer suggeriert. Umgekehrt sollen die Regeln im Verhältnis zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer auch für den gelten, der sich als vom Versicherer unabhängig - etwa als Makler - darstellt, ohne aber wirklich unabhängig zu sein, weil in Wahrheit eine intensive Geschäftsbeziehung zum Versicherer und dadurch in ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis besteht und er daher objektiv nicht mehr als Makler im Sinn des Maklergesetzes zu beurteilen ist (unbeschadet der Pflichten, die ihm dieses künftige Gesetz - das derzeit als Entwurf vorliegt - gegenüber dem Versicherer einerseits und dem Versicherungsnehmer andererseits auferlegen wird). Zur Umschreibung der für einen "echten" Makler (der als neutraler Vermittler auch vertragsrechtlich nicht als Mann des Versicherers gelten kann) geforderten Unabhängigkeit, verwendet Abs. 2 bewußt die im Entwurf des Maklergesetzes vorgesehene Diktion ("redliche und sorgfältige Interessenwahrung").

#### **Zu § 44.**

Wesentliches Merkmal des Versicherungsagenten ist es, daß er (gemäß § 43 Z 1) - auch wenn er nur mit der **Vermittlung** von Verträgen betraut ist - unter anderem zur Entgegennahme von Versicherungsanträgen befugt, also Empfangsvertreter des Versicherers ist. Dabei umfaßt die passive Vertretungsmacht auch die Befugnis zur Entgegennahme **mündlicher** Erklärungen oder Anzeigen, die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit dem Vertragsschluß abgibt bzw. macht (z.B. OGH 5.4.1984, VersR 1985, 603; 15.2.1979, VersR 1980, 471; 30.6.1977, EvBl. 1979/4; 24.4.1975, VersR 1976, 1195; 20.3.1954, SZ 32/37; 20.3.1934, SZ 16/61).

Überhaupt sollte dem Versicherer all jenes Wissen zuzurechnen sein, das der Agent erlangt, während er mit der Schließung oder Bearbeitung des Vertrags so betraut oder beschäftigt ist, daß ihm die wahrgenommene Tatsache relevant erscheinen muß. Die Zurechnung eines zu anderer Zeit und ohne Zusammenhang mit dem betroffenen Vertrag (sozusagen "privat") erlangten Wissens soll hingegen nur beim Abschlußagenten möglich sein, der im Regelfall höher qualifiziert ist und dem zugesonnen werden kann, daß er auch die Bedeutung zufällig erlangter Kenntnisse für "seinen" Versicherer

richtig erkennt und diesen entsprechend informiert (siehe etwa **Prölss-Martin** Versicherungsvertragsgesetz<sup>25</sup> Anm 2 zu § 44 VersVG und **Bruck-Möller**, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Einschluß des Versicherungsvermittlerrechts<sup>8</sup> § 44 Rz 10).

Die derzeitige österreichische Judikatur zu § 44 VersVG ist jedoch uneinheitlich; teils wird die Bestimmung (im oben dargestellten Sinn) auf außerdienstliche Kenntnisse des Vermittlungsagenten eingeschränkt, teils aber wird jede Kenntnis des Vermittlungsagenten unter § 44 subsumiert, also auch solches Wissen, das der Agent etwa beim vorvertraglichen Kontakt mit dem Kunden erlangt. Durch die Ergänzung des § 44 soll eine Klarstellung in der aufgezeigten Richtung bewirkt werden.

#### **Zu § 47.**

Nach der Rechtsprechung (die auch den Wortlaut des § 10 [Abs. 1 erster Satz] KSchG für sich hat) sind die §§ 43ff VersVG Spezialbestimmungen über die Vollmacht, die der allgemeinen Regelung des § 10 KSchG vorgehen. Durch den angefügten Satz wird hingegen angeordnet, daß im Geltungsbereich des § 10 KSchG, also bei Verbrauchergeschäften, dessen für den Versicherungsnehmer günstigere Regeln über die Wirksamkeit von Vollmachtsbeschränkungen anzuwenden sind.

#### **Zu § 51.**

Die Streichung des letzten Halbsatzes des Abs. 4 betrifft die "Unteilbarkeit der Prämie" (siehe bei § 40).

Der neue Abs. 5 soll klarstellen, daß die Sonderbestimmungen der Abs. 1 bis 4 eine Irrtumsanfechtung durch den Versicherungsnehmer gemäß den §§ 871 ff ABGB nicht ausschließen. In der Praxis wird es nicht selten vorkommen, daß der Versicherer (bzw. sein Agent) den in der Überversicherung gelegenen Irrtum des Versicherungsnehmers im Zug der Beratung in contrahendo verursacht hat (vor allem dadurch, daß der Agent bei seiner Einschätzung des Versicherungswerts bewußt oder unbewußt übertreibt). Der Irrtum über die Angemessenheit der Versicherungssumme wird wohl als Geschäftsirrtum zu beurteilen sein; selbst wenn man ihn aber als in den Bereich der -grundsätzlich unbeachtlichen - Motive des Versicherungsnehmers einordnen wollte, wäre dieses Motiv wohl einvernehmlich zum Geschäftsinhalt erhoben und daher nach § 901 ABGB beachtlich.

In aller Regel wird der Irrtum des Versicherungsnehmers ein unwesentlicher sein, der nach § 872 ABGB zur Vertragsanpassung, also im wesentlichen zum selben Ergebnis wie die Anwendung des § 51 VersVG führt. Es ist aber nicht ausgeschlossen, daß der Versicherungsnehmer den Vertrag bei Kenntnis des wahren Versicherungswerts überhaupt nicht geschlossen hätte, etwa weil dieser Wert so weit unter der vereinbarten Versicherungssumme liegt, daß ihm die Schließung eines Versicherungsvertrags entbehrlich erschienen wäre. In diesem Fall soll der Versicherungsnehmer zur Anfechtung des Vertrags nach § 871 ABGB berechtigt sein (§ 51 VersVG bietet dem Versicherungsnehmer keine Möglichkeit, den Vertrag zur Gänze aufzulösen).

### **Zu § 58.**

Das Bestehen einer Doppelversicherung an sich ist für die beteiligten Versicherer im Versicherungsfall nicht wirklich problematisch; sie haben ohnedies nicht mehr als dasjenige zu leisten, was ihnen nach ihrem jeweiligen Vertrag obliegt (§ 59 Abs. 1). Das Gesetz billigt den Versicherern jedoch ein Interesse daran zu, vom Bestehen einer Doppelversicherung informiert zu werden, da eine vom Versicherungsnehmer bewußt herbeigeführte Doppelversicherung unter Umständen den Verdacht eines beabsichtigten Versicherungsbetrugs (genauer: einer vorsätzlichen Herbeiführung des Versicherungsfalls) begründen kann.

Derzeit wird in den Versicherungsbedingungen häufig die mit der Sanktion der Leistungsfreiheit verknüpfte Obliegenheit des Versicherungsnehmers vorgesehen, eine Mehrfachversicherung zu melden. Die Mitteilungspflicht des § 58 Abs. 1 wird also - unter den Bedingungen des § 6 (wohl Abs. 1) - vertraglich mit dem Damoklesschwert der Leistungsfreiheit abgesichert bzw. verstärkt. Diese Sanktionierung ist einerseits in ihrem Ausmaß übertrieben, andererseits in ihrer Zielrichtung verfehlt. Richtigerweise wäre dem Versicherungsnehmer bei Unterlassung der Meldung der Beweis aufzuerlegen, daß er trotz Doppelversicherung nichts Böses zum Nachteil des Versicherers im Schilde führt. Eine derartige Sanktion entspricht in sinnvoller Weise dem Wesen und Zweck der Mitteilungspflicht, sie wurde daher in den § 58 aufgenommen. Gleichzeitig wurde § 58 - durch Erweiterung des § 68a - für einseitig zwingend erklärt, sodaß es in Zukunft nicht mehr möglich sein wird, die Verletzung der Mitteilungspflicht durch Aufnahme einer entsprechenden vertraglichen Obliegenheit in die Versicherungsbedingungen mit der Sanktion der Leistungsfreiheit zu verknüpfen.



**Zu den §§ 59 und 68.**

Auch diese Änderungen betreffen die "Unteilbarkeit der Prämie" (siehe bei § 40).

Die Anordnung, daß der Versicherer seinen Prämienanspruch trotz Wegfalls der Deckungspflicht bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode behält, wird auch für den Fall beseitigt, daß die Deckungspflicht deswegen erlischt, weil der Eintritt des Versicherungsfalls das versicherte Interesse beseitigt hat (Streichung des § 68 Abs. 5). Zwar wird von manchen für die Beibehaltung des Prämienanspruchs nach Eintritt des Versicherungsfalls mit der Begründung argumentiert, der Versicherer habe sich die restliche Prämie durch die Erbringung der Versicherungsleistung "verdient". Dem ist aber entgegenzuhalten, daß die im synallagmatischen Austauschverhältnis stehende (Haupt)Leistung des Versicherers nicht in der Erbringung der Versicherungsleistung, sondern im "Versicherthalten" seines Vertragspartners besteht. Fällt diese Leistungspflicht - aus welchem Grund immer - weg, so ist es auch nicht mehr zu rechtfertigen, daß der andere Vertragsteil seine vertragliche (Haupt)Leistung erbringen muß. Der Versicherer bietet nach dem Wegfall des versicherten Interesses keine Deckung mehr, der Versicherungsnehmer soll dementsprechend auch keine Prämie mehr zu zahlen haben. Der Interessewegfall wegen Eintritts des Versicherungsfalls wird im übrigen auch ein Verlangen des Versicherers nach einer Konventionalstrafe (vgl. § 40) nicht rechtfertigen, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat den Versicherungsfall durch sein Verhalten veranlaßt.

**Zu 68a.**

Wie schon zu § 58 ausgeführt, wird diese Bestimmung durch die Erweiterung des § 68a zu einer einseitig (zugunsten des Versicherungsnehmers) zwingenden erklärt. Dies soll es dem Versicherer unmöglich machen, die im neuen Abs. 3 des § 58 angeordnete Rechtsfolge einer Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers (§ 58 Abs. 1) zu verschärfen. Vor allem soll es nicht mehr möglich sein, die gesetzliche Obliegenheit zur Anzeige der Doppelversicherung dadurch mit der Sanktion der (möglichen) Leistungsfreiheit des Versicherers zu verknüpfen, daß diese Obliegenheit (zusätzlich) vertraglich vereinbart und damit dem Regime des § 6 VersVG unterstellt wird.

**Zu den § 70 und 96.**

Diese Änderungen betreffen die "Unteilbarkeit der Prämie" (s. bei § 40).

**Zu § 108.**

§ 96 räumt beiden Vertragsteilen ein Kündigungsrecht im Versicherungsfall ein. Die Regelung ist ausgewogen, weil sie die Vertragsparteien im wesentlichen gleich behandelt. Ihre Problematik liegt jedoch darin, daß sie dispositiv ist, weshalb sich in den Versicherungsbedingungen nicht selten abweichende Regelungen finden, nach denen sich der Versicherer im Schadenfall leichter vom Vertrag lösen kann als der Versicherungsnehmer. Um dies für die Zukunft auszuschließen, wurde in den § 108 die Anordnung aufgenommen, daß eine - also weiterhin zulässige - Abweichung von § 96 für beide Teile gleich sein muß. Dieselben Erwägungen gelten für die Ergänzung des § 115a und des § 158a.

**Zu § 113.**

Diese Änderung betrifft die "Unteilbarkeit der Prämie" (s. bei § 40).

**Zu § 115a.**

wird auf die Ausführungen zu § 108 hingewiesen.

**Zu § 154.**

In Haftpflichtversicherungsbedingungen wird zumeist die Obliegenheit des Versicherungsnehmers festgelegt, ohne Zustimmung des Versicherers keine Zahlungen an den Geschädigten zu leisten und keine Anerkennnisse abzugeben. Solche Vereinbarungen sind problematisch, weil sie den Versicherungsnehmer daran hindern, auch zu Recht bestehende Forderungen zu erfüllen, also vom Versicherungsnehmer unter Umständen ein rechtswidriges Verhalten verlangen.

§ 154 Abs. 2 in seiner bisherigen Fassung sieht daher die Unwirksamkeit einer solchen Vertragsklausel für den Fall vor, daß der Versicherungsnehmer die Zahlung bzw. das Anerkenntnis nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.

Diese Bestimmung soll durch die vorgesehene Differenzierung zwischen Befriedigung (Zahlung) und Anerkenntnis verschärft werden, nicht zuletzt, um dem

Versicherungsnehmer die Möglichkeit zu nehmen, mit dem - oft vorgeschobenen - Einwand, er könne wegen des bestehenden Versicherungsverhältnisses nicht zahlen, die Befriedigung des gegnerischen Anspruchs hinauszuschieben. Da die bloße Zahlung durch den Versicherungsnehmer dem Versicherer nicht wirklich nachteilig ist (oftmals erleichtert sie sogar die Abwicklung des Versicherungsfalls), soll die mit der Sanktion der Leistungsfreiheit verbundene Vereinbarung ihrer Unzulässigkeit generell unwirksam sein. Selbst die vorbehaltlose Erfüllung der Ansprüche des geschädigten Dritten bedeutet noch kein (konstitutives) Anerkenntnis dieser Ersatzansprüche. Dem Versicherungsnehmer bleibt stets die Möglichkeit der Rückforderung nach § 1431 ABGB.

Bezüglich des (konstitutiven) Anerkenntnisses soll es hingegen bei der bisherigen Rechtslage bleiben. Zwar hat der Versicherer in der Haftpflichtversicherung ohnehin nicht mehr als dasjenige zu zahlen, was der Versicherungsnehmer auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen dem Dritten zu ersetzen hat, ein echtes Anerkenntnis der gegnerischen Forderung schafft aber für den Versicherer eine schwierige Beweislage und soll daher weiterhin dem Versicherungsnehmer untersagt werden dürfen (außer bei "offenbarer Unbilligkeit").

**Zu § 158.**

Diese Änderung betrifft die "Unteilbarkeit der Prämie" (siehe bei § 40).

**Zu § 158a.**

wird auf die Ausführungen zu § 108 hingewiesen.

**Zu 158j.**

Der neue Abs. 1 bringt nunmehr eine Definition der Rechtsschutzversicherung. Es wurde davon Abstand genommen, spezifische Umschreibungen für bestimmte Rechtsschutzsparten (z.B. Vertragsrechtsschutz, Schadenersatzrechtsschutz, Beratungsrechtsschutz) in das Gesetz aufzunehmen; anstatt dessen enthält Abs. 1 den allgemeinen Hinweis, daß der Bereich, für den Rechtsschutzdeckung gewährt wird, im Vertrag umschrieben sein muß. Die Anführung einzelner (derzeit angebotener) Sparten wäre einerseits unflexibel, andererseits willkürlich, weil die Aufzählung wohl nicht alle Rechtsschutzsparten abdecken könnte.

Aus Abs. 1 zweiter Satz ergibt sich das gesetzliche Paradigma einer Rechtsschutzversicherung, die nicht bloß die gerichtliche oder verwaltungsbehördliche Rechtsdurchsetzung, sondern auch und vor allem die außerprozessuale Wahrnehmung der Interessen des Versicherungsnehmers übernimmt; die Rechtsschutzversicherung soll nicht nur streitfördernd, sondern möglichst auch streitschlichtend wirken.

Die im § 158j Abs. 1 enthaltene Definition ist selbstverständlich keine zwingende Bestimmung (siehe die Änderung des § 158m [nunmehr § 158p]); sie kann aber Maßstab für die Prüfung der Rechtsschutzbedingungen durch das Gericht nach den §§ 864a, 879 Abs. 3 ABGB sein.

### **§ 158l.**

Nach der bisherigen Fassung des § 158l Abs. 2 besteht die in dieser Bestimmung vorgesehene Hinweisobliegenheit des Versicherers bei "Beschränkung oder Ablehnung" der Leistungspflicht. Nach Einführung dieser Bestimmung (durch das Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz zur Anpassung an das EWR-Abkommen geändert wird, BGBl.Nr. 90/1993) wurden Zweifel an der Bedeutung des Wortes "Beschränkung" geäußert, nämlich dahingehend, ob etwa auch die bloße (vorläufige) Beschränkung der Deckungszusage auf die Kosten einer bestimmten Entscheidungsinanz (mit dem Vorbehalt, über die Deckung der Kosten höherer Instanzen nach Vorliegen eines Zwischenergebnisses zu entscheiden) eine solche "Beschränkung" der Leistungspflicht sei.

Die durchaus sinnvolle Praxis, Deckungszusagen in schwierigen Fällen auf die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu beschränken und erst nach Abschluß dieses Verfahrensstadiums über die weitere Kostendeckung zu entscheiden, soll weiterhin möglich bleiben. Dies soll durch Verwendung der Worte "teilweise Ablehnung" (der Leistungspflicht) anstatt des (eher in die andere Richtung deutenden) Begriffs "Beschränkung" (der Leistungspflicht) klargestellt werden. Ein Vorbehalt des Versicherers bezüglich der Entscheidung über die Kosten einer höheren Instanz ist eben keine - auch keine teilweise - "Ablehnung" der Leistungspflicht, sondern nur ein vorläufiges (teilweises) Aufschieben der Entscheidung bis zu jenem Zeitpunkt, zu dem die Erfolgsaussichten der weiteren Vorgangsweise klarer abzusehen sein werden.

**Zu § 158m.**

In praktisch allen Versicherungssparten werden auch solche Obliegenheiten vereinbart, die der Versicherungsnehmer im Interesse des Versicherers nach Eintritt des Versicherungsfalls wahrzunehmen hat. In der Rechtsschutzversicherung sind diese "nachträglichen" Obliegenheiten allerdings besonders zahlreich (s. etwa Art. 8 der ARB 1988), was angesichts des erforderlichen engen Zusammenwirkens zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer (gegebenenfalls dessen Vertreter) verständlich ist. Problematisch ist jedoch der Umstand, daß gerade in dieser Sparte dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer - und oft auch seinem Vertreter - diese Obliegenheiten weitgehend unbekannt sind und daher fahrlässige Obliegenheitsverletzungen mit all ihren negativen Konsequenzen für den Versicherungsnehmer besonders häufig vorkommen. Zwar erhält der Versicherungsnehmer ohnedies in den meisten Fällen die Versicherungsbedingungen spätestens mit der Police ausgefolgt (vgl. nunmehr § 5b) und er hätte daher die Möglichkeit, sich im Versicherungsfall über die nunmehr wahrzunehmenden Pflichten und Obliegenheiten durch die Lektüre der Bedingungen zu informieren. Die Praxis zeigt aber, daß dies in den seltensten Fällen auch wirklich geschieht; vor allem bei schon lange zurückliegendem Vertragsschluß denkt der Versicherungsnehmer oftmals nicht mehr an das Bedingungswerk.

Zumindest im Verbrauchergeschäft ist es legitim, hier vom Versicherer ein gewisses Maß an Führung und Information zu verlangen, um den Versicherungsnehmer vor den Folgen seiner - oftmals nicht wirklich vorwerfbaren - Unwissenheit zu bewahren. Abs. 1 ordnet daher eine entsprechende Informationspflicht des Versicherers gegenüber solchen Versicherungsnehmern an, die Verbraucher im Sinn des KSchG sind.

Die zweiwöchige Frist des Abs. 1 läuft ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs und stimmt sohin mit der Frist des § 158n Abs. 1 überein. Der Versicherer kann also die geforderte Information gleichzeitig mit der in dieser Bestimmung vorgeschriebenen Stellungnahme dem Versicherungsnehmer übermitteln; es ist kein eigenes Informationsschreiben erforderlich.

Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht (für deren Erfüllung er beweispflichtig ist), so kann er spätere fahrlässige (naturgemäß nicht auch vorsätzliche) Obliegenheitsverletzungen nicht mehr zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend machen. Wie bei § 6 Abs. 5 (vgl. die Ausführungen zu dieser Bestimmung) kann die Regelung nur für vertragliche Obliegenheiten gelten, nicht auch für solche

Bestimmungen des Vertrags, die sich in einer Wiederholung ohnedies bereits gesetzlich festgelegter Obliegenheiten des Versicherungsnehmers erschöpfen.

### **Zu § 158n.**

Abs. 1 übernimmt im wesentlichen Art. 9 Z 1 der ARB 1988 über die Stellungnahme des Versicherers zum geltend gemachten Deckungsanspruch und legt zusätzlich fest, welchen (Mindest)Inhalt eine ablehnende Begründung des Versicherers aufweisen muß. Die Anforderungen an die Begründung entsprechen wörtlich den im § 12 Abs. 2 vorgesehenen. Auch die Begründungspflicht des § 158n Abs. 1 ist nicht im Sinn einer Eventualmaxime zu verstehen; selbstverständlich kann der Versicherer in einem allfälligen Deckungsprozeß auch noch solche Gründe für seine Ablehnung anführen, die er in der Stellungnahme nach Abs. 1 nicht genannt hat (vgl. die Ausführungen zu § 12 Abs. 2).

Weiters wird festgelegt, daß die Stellungnahme auch dem Vertreter des Versicherungsnehmers zu übermitteln ist, der für diesen den Deckungsanspruch geltend gemacht hat. Dadurch, daß die Stellungnahme sowohl dem Versicherungsnehmer als auch dessen Vertreter zukommen muß, werden allfällige Kommunikationsschwierigkeiten zwischen diesen beiden von vornherein weitgehend vermieden.

Die Formulierung des ersten Satzes soll eine **teilweise** Ablehnung nicht ausschließen; bei einer solchen Stellungnahme des Versicherers bezieht sich die Begründungspflicht auf den ablehnenden Teil.

Als Sanktion für die Verletzung der Stellungnahmepflicht des Abs. 1 ordnet Abs. 3 an, daß der Versicherer (jedenfalls) all jene Kosten zu decken hat, die zwischen dem Zeitpunkt, in dem er hätte Stellung nehmen müssen, und der verspäteten, jedoch ordnungsgemäßen Ablehnung des Deckungsanspruchs aufgelaufen sind. Benötigt der Versicherungsnehmer die Stellungnahme des Versicherers zum Deckungsanspruch etwa deshalb dringend, weil er eine befristete Verfahrenshandlung durch einen Vertreter zu setzen hat (es läuft z.B. in einem gerichtlichen Verfahren die Frist zur Klagebeantwortung), so kann er auch bei nicht rechtzeitiger Stellungnahme des Versicherers seinen Vertreter mit der Verfahrenshandlung beauftragen, weil er wegen Abs. 3 jedenfalls einen Deckungsanspruch hat. Dieser vorläufige Anspruch besteht bis zu einer nachträglichen Erklärung des Versicherers gemäß Abs. 1.

Den Versicherer zur vorläufigen Deckung zu verpflichten, ist letztlich für beide Vertragsteile von Vorteil. Wäre eine solche Sanktion nicht vorgesehen, so hätte der Versicherungsnehmer, der wegen nicht rechtzeitiger Stellungnahme des Versicherers auf den rechtlichen Schritt verzichtet und dadurch (möglicherweise) Rechtsnachteile erleidet, Schadenersatzansprüche gegen den Versicherer aus Vertragsverletzung. Die Begründetheit und Höhe eines solchen Ersatzanspruchs hängt naturgemäß davon ab, ob und in welchem Ausmaß die Unterlassung der Rechtshandlung einen Schaden des Versicherungsnehmers verursacht hat. Dies läuft letztlich auf eine Prüfung des hypothetischen Verlaufs der Rechtsstreitigkeit unter der Annahme hinaus, daß die betreffende Rechtshandlung vorgenommen worden wäre. In einem behördlichen Verfahren bedeutet dies, die Prüfung eines hypothetischen Verfahrensausgangs.

Daß diese Fragen im Einzelfall schwierig und vor allem aufwendig zu lösen sind, ist einsichtig; im schlimmsten Fall kann eine verspätete Stellungnahme eines Versicherers in einen langwierigen Schadenersatzprozeß mit dem Versicherungsnehmer münden (in dem im übrigen auch noch Mitverschuldensfragen zu klären sind, weil zu fragen ist, inwieweit der Versicherungsnehmer im Rahmen seiner Schadensminderungspflicht auch ohne Deckungszusage verhalten gewesen wäre, die betreffenden rechtlichen Schritte vorzunehmen). Derartige Weiterungen werden durch den vorgesehenen Abs. 3 von vornherein weitgehend vermieden, weil der Versicherungsnehmer seine rechtlichen Interessen nach Ablauf der zweiwöchigen Stellungnahmefrist des Abs. 1 ohnedies unter Versicherungsdeckung wahrnehmen kann.

Der zweite Satz des Abs. 3 schließt allerdings die vorläufige Deckung solcher Kosten aus, die "offensichtlich" nicht vom Versicherungsvertrag erfaßt sind, wobei sich dies sowohl aus der primären Leistungsbeschreibung als auch aus Risikoausschlüssen ergeben kann. In einem solchen Fall kann gesagt werden, daß das Deckungsbegehren des Versicherungsnehmers offenkundig "unschlüssig" ist. Als Beispiel seien die Kosten eines gerichtlichen Verfahrensschritts genannt, wenn der Versicherungsvertrag bloß Beratungsrechtsschutz bietet. In solch eindeutigen Fällen darf sich der Versicherungsnehmer auch bei unterlassener oder verspäteter Stellungnahme des Versicherers nicht auf eine vorläufige Deckung stützen. Damit soll verhindert werden, daß dem Versicherer - bloß infolge seiner Säumnis - Kosten auferlegt werden, die ganz eindeutig und für jedermann unschwer erkennbar vom konkreten Versicherungsvertrag nicht erfaßt sind.

**Zu § 158o.**

Diese Bestimmung enthält eine dem § 151 Abs. 2 (der für die Betriebshaftpflichtversicherung gilt) nachgebildete Bestimmung für die Rechtsschutzversicherung. Es ist nämlich zweifelhaft, ob ein Unternehmen, in dessen Rahmen eine Rechtsschutzversicherung genommen wurde, als "versicherte Sache" im Sinn des § 69 Abs. 1 angesehen werden kann und daher der dort vorgesehene Übergang der vertraglichen Position des Veräußerers eintritt. § 158o stellt daher ausdrücklich klar, daß auch die Rechtsschutzversicherung auf den Erwerber eines Unternehmens übergeht.

**Zu § 158p.**

§ 158m mußte wegen der Erweiterung des Siebten Kapitels in "§ 158p" umbenannt und seinerseits entsprechend erweitert werden. Die Bestimmung erklärt alle Sonderbestimmungen für die Rechtsschutzversicherung als einseitig zwingend, allerdings mit Ausnahme der im § 158j Abs. 1 enthaltenen Definition dieser Versicherung. Die disponible Umschreibung der Rechtsschutzversicherung kann aber Maßstab für die Bedingungsprüfung nach den §§ 864a und 879 Abs. 3 ABGB sein.

**Zu § 176.**

Die Streichung des Abs. 4 zweiter Satz mit Wirksamkeit für neue Verträge (s. § 191b Abs. 2 Z 1) ist eine logische Folge des Wegfalls der aufsichtsbehördlichen Genehmigung Allgemeiner Versicherungsbedingungen ab dem Verstreichen der entsprechenden Umsetzungsfrist (s. den Allgemeinen Teil der Erläuterungen). Für bis zum 1. Juli 1994 geschlossene Versicherungsverträge können die genehmigten Bedingungen allerdings weiterhin als Kriterium der Angemessenheit gelten.

**Zu § 178a.**

Die Krankenversicherung ist eine Personenversicherung, bei der es der Versicherer übernimmt, entweder die durch Krankheit entstehenden Kosten des Versicherungsnehmers (seinen konkreten "Schaden") oder aber im vorhinein abstrakt geschätzte Kosten oder Vermögenseinbußen (etwa durch ein bestimmtes "Taggeld") zu ersetzen. Sie ist also ihrer Rechtsnatur nach entweder Schadensversicherung oder Summenversicherung.



Versichert ist derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist; ist diese Person nicht mit dem Versicherungsnehmer ident (was gemäß Abs. 1 zulässig ist, vgl. § 159 Abs. 1 für die Lebensversicherung), so ist jene "Versicherter".

Abs. 2 enthält eine Klarstellung. Da § 1 Abs. 1 zwischen Schadens- und Personenversicherung unterscheidet, die Krankenversicherung im § 178a Abs. 1 aber als Personenversicherung definiert ist, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, daß auf die Krankenversicherung die allgemeinen Bestimmungen über die Schadensversicherung anzuwenden sind, soweit Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird. Von der Bezugnahme auszunehmen sind aber die spezifischen Bestimmungen für die Sachversicherung. Weiters kommt wegen des Charakters der Krankenversicherung eine Verweisung auf § 61 VersVG (Leistungsfreiheit des Versicherers bei schuldhafter Herbeiführung des Versicherungsfalls) nicht in Betracht; der Entwurf sieht hierfür in § 178q eine eigenständige Regelung vor. Schließlich sollen die Bestimmungen über die Gefahrerhöhung nicht auf die Krankenversicherung anzuwenden sein; der Versicherungsschutz muß für die jeweiligen Lebensumstände des Versicherungsnehmers geboten werden. Zum Schutz des Versicherungsnehmers soll selbst eine ausdrückliche und schriftliche Fixierung maßgeblicher Gefahrumstände, wie dies § 164 Abs. 1 für die Lebensversicherung erlaubt, nicht zulässig sein.

#### **Zu § 178b.**

Diese Bestimmung definiert Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes in der Krankenversicherung, einschließlich der Pflegekrankenversicherung, in Anlehnung an die derzeitige Bedingungslage. Die Definitionen sind dispositiv (s. § 178s); sie stellen aber das gesetzliche Leitbild der beschriebenen Zweige der Krankenversicherung dar und können daher Maßstab für die gerichtliche Prüfung Allgemeiner Krankenversicherungsbedingungen nach den §§ 864a und 879 Abs. 3 ABGB sein.

#### **Zu § 178c.**

Der Versicherer kann eine "Kostendeckungszusage" naturgemäß nur für einen solchen Zeitraum (wirtschaftlich vernünftig) abgeben, für den er sich mit seinem Vertragspartner, dem Krankenhausträger, darüber einig ist, daß dieser mit den tarifmäßig gewährten Kostenersatzbeträgen das Auslangen findet. Die üblichen

Vertragsspitallisten sind in Wahrheit Tatsachenmitteilungen an den Versicherungsnehmer darüber, daß Aufenthalte in diesen Krankenhäusern mit den derzeit vom Versicherer gewährten Ersatzbeträgen (derzeit) kostenmäßig voll abgedeckt sind. Dem Versicherungsnehmer soll dieser Umstand durch die verpflichtend angeordnete (verbindliche) Zusage, bis zu welchem Zeitpunkt der Versicherer die volle Kostendeckung jedenfalls aufrecht erhält, bewußt gemacht werden. Der Versicherungsnehmer soll dadurch in die Lage versetzt werden, den Wert der Zusage richtig beurteilen zu können. Gemäß Abs. 1 zweiter Satz kann der Versicherer die "Garantie" nicht widerrufen oder einschränken, falls er der Verpflichtung des ersten Satzes nicht entsprochen hat. Für diesen Fall wird also die in der Angabe des Endtermins gelegene Warn- und Hinweisfunktion durch die gesetzlich vorgeschriebene Aufrechterhaltung der Zusage einerseits sanktioniert, andererseits ersetzt.

Gemäß Abs. 2 wirkt - über Abs. 1 hinaus - ein (zulässiger) Widerruf erst nach entsprechender Mitteilung an den Versicherungsnehmer; dies gilt auch für die Einschränkung der Deckungszusage, etwa - soweit dies nach dem Vertrag zulässig ist - die Einführung eines Selbstbehalts. Zusätzlich stellt Abs. 2 klar, daß solche Krankenhausaufenthalte nicht berührt werden, die noch vor Zugang der Mitteilung an den Versicherungsnehmer begonnen haben; maßgebend ist das Datum der stationären Aufnahme des Versicherungsnehmers. Begibt sich also der Versicherungsnehmer einen Tag vor Erhalt der Änderungsmitteilung für einen längeren Zeitraum in ein Vertragsspital, so ist der gesamte Aufenthalt vom Versicherer kostenmäßig voll zu decken.

#### **Zu § 178d.**

Die private Krankenversicherung arbeitet seit jeher mit Wartezeiten, durch die der Versicherer den Versicherungsschutz für solche Krankheiten möglichst ausschließen will, die bei Schließung des Vertrags entdeckt oder unentdeckt, akut oder latent vorhanden sind. Vor allem sollen die Wartezeiten auch verhindern, daß sich Personen angesichts einer heranstehenden Erkrankung, die sie zumindest erahnen, noch rasch versichern und dadurch den Versicherer bezüglich dieser "Vorerkrankungen" zumindest in Beweisschwierigkeiten bringen.

Die Vereinbarung solcher Zeiträume ist aber dem Versicherungsnehmer insofern äußerst nachteilig, als er von Anfang an die volle Prämie zu bezahlen hat, die Gegenleistung des Versicherers aber erst nach Ablauf eines nicht unerheblichen

Zeitraums ab der Vertragsschließung erhält. Angesichts des berechtigten Interesses des Versicherers, Vorerkrankungen möglichst vom Versicherungsschutz auszuschließen (seine Legitimation, für den deckungsfreien Zeitraum die volle Prämie einzuheben, ist allerdings schon deutlich geringer einzustufen), soll die Vereinbarung von Wartezeiten zwar weiterhin zulässig sein, jedoch nur im Rahmen gesetzlicher Höchstfristen. Durch die Begrenzung der zulässigen Dauer von Wartezeiten soll nicht zuletzt der Gefahr vorgebeugt werden, daß - man denke an die Liberalisierung des Marktes durch den EWR - Versicherungsunternehmen Verträge anbieten, deren Billigstprämie zwar auf den ersten Blick verlockend erscheint, bei denen der Preisvorteil aber durch extrem lange Wartezeiten erkauft wird.

Das Ausmaß der vorgesehenen Höchstfristen orientiert sich an der derzeitigen - durchaus sachgerechten und angemessenen - österreichischen Bedingungs- lage. Soweit längere Wartefristen vereinbart werden, sind diese Vereinbarungen (insoweit) unwirksam; es gilt sohin die zulässige Höchstfrist, ab deren Verstreichen der Versicherer volle Deckung zu gewähren hat.

Im Abs. 2 geht es um die Einbeziehung von Krankheiten, die **beiden** Parteien bekannt sind und für die dennoch Versicherungsdeckung vereinbart wird. Die Bestimmung soll es erlauben, die derzeitige Praxis, oftmals längere Wartezeiten für solche Krankheiten zu vereinbaren, aufrecht zu erhalten. Dies ist auch im Interesse des Versicherungsnehmers, der ansonsten für bereits bestehende Krankheiten möglicherweise gar keinen Versicherungsschutz (zu erschwinglichen Prämien) erhalten könnte.

#### **Zu § 178e.**

Die Bestimmung sieht eine Nachfolge neugeborener oder adoptierter (minderjähriger) Kinder in die Krankenversicherung der Eltern vor, wobei dies keines Antrags und dessen Annahme, sondern bloß einer einseitigen Erklärung (Anmeldung) des betreffenden Elternteils bedarf.

Bei unterschiedlichem Versicherungsschutz der Eltern können diese - durch die Anmeldung - entscheiden, wem das Kind in die Krankenversicherung nachfolgt.

Die Regelung ist dispositiv (s. § 178s); es steht dem Versicherer z.B. frei, als Voraussetzung für die Versicherung des Kindes eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils zu verlangen oder eine solche Anmeldungserklärung eines Elternteils überhaupt auszuschließen.

**Zu § 178f.**

Bei der Versicherung auf Prämie übernimmt der Versicherer gegen Zahlung eines im voraus festgesetzten Betrags die Deckung des im Vertrag umschriebenen Risikos. Die Prämie ist nach versicherungsmathematischen Grundsätzen unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeit eines Versicherungsfalles kalkuliert; bleibt der tatsächliche Schadenverlauf hinter dem vom Versicherer erwarteten zurück, so erhöht sich der vom Versicherer kalkulierte Gewinn, im gegenteiligen Fall (von Rückversicherungsfragen abgesehen) verringert sich der kaufmännische Gewinn, bleibt überhaupt aus, oder es entsteht sogar ein Verlust. Eine Anpassung der Prämie an einen unerwarteten Risikoverlauf ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

In der Krankenversicherung bereitet die Fixierung der Prämie für die gesamte Laufzeit des Vertrags allerdings Probleme. Diese Versicherung ist - soll sie die ihr innewohnende soziale Komponente erfüllen - als "lebenslanges" Vertragsverhältnis zu konzipieren, der Versicherer muß daher auf die Möglichkeit einer (ordentlichen) Kündigung verzichten (s. § 178n). Während der langen Dauer des Versicherungsverhältnisses kann sich eine Vielzahl von Rahmenbedingungen ändern, die das vom Versicherer übernommene Risiko beeinflussen (siehe den im Abs. 2 enthaltenen Katalog von Anpassungsfaktoren). Vor allem können auch - auf lange Frist schwer abzusehende - Änderungen im Gesundheitssystem enorme Auswirkungen auf die Deckungspflicht des Versicherers haben, sei es, daß neue Behandlungsmethoden eingeführt werden, sei es, daß sich die Kosten bekannter Behandlungsmöglichkeiten ändern.

Bei realistischer Betrachtung dieser Situation ist anzuerkennen, daß es dem Versicherer unmöglich ist, für einen derartigen, auf Jahrzehnte angelegten Versicherungsschutz im vorhinein eine bestimmte Prämie - oder einen bestimmten Prämienverlauf - endgültig festzusetzen. Es ist grundsätzlich verständlich, daß die Versicherungsunternehmen bisher stets versucht haben, durch die Vereinbarung von Anpassungsklauseln diesem Dilemma zu entrinnen und sich über die darin enthaltenen Gestaltungsrechte einen Einfluß auf die künftige Entwicklung der vereinbarten Prämie zu sichern. Legitimiert und aus der Sicht des Versicherungsnehmers entschärft wurden diese Gestaltungsrechte des Versicherers durch den Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Finanzen als Versicherungsaufsichtsbehörde, das jeder Tarifänderung zustimmen mußte.

Wie im Allgemeinen Teil der Erläuterungen bereits dargelegt wurde, wird dieser Genehmigungsvorbehalt ab dem 1. Juli 1994 nicht mehr zulässig sein; es ist daher erforderlich, dem Problem der Anpassung von Krankenversicherungsverträgen an sich ändernde Verhältnisse künftig auf andere Weise Herr zu werden.

Zunächst soll (s. Abs. 1) klargestellt werden, daß vertragliche Anpassungsklauseln im Anwendungsbereich des KSchG dem § 6 Abs. 1 Z 5 (Prämienänderung) und dem § 6 Abs. 2 Z 3 (Leistungsänderung) dieses Gesetzes unterliegen. Zusätzlich legt Abs. 2 - bei Verbrauchergeschäften in Konkretisierung des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG - diejenigen Anpassungsfaktoren fest, die zulässigerweise in einer Anpassungsklausel enthalten sein dürfen; die Vereinbarung anderer Umstände wäre unwirksam. Durch diese Konkretisierung wird auch die Judiziabilität von Anpassungsklauseln bedeutend verbessert.

Sollen die Versicherungsprämien anhand eines Index angepaßt werden, so muß die Anwendung dieses Index im Vertrag vereinbart sein (Abs. 2 Z 1). Abs. 2 Z 2 erlaubt es, die durchschnittliche Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung (zu diesem Begriff gleich unten) als Anpassungsfaktor zu vereinbaren; eine allgemein gestiegene Lebenserwartung ist im Regelfall für den Versicherer mit Kostensteigerungen verbunden, weil der Anteil älterer Versicherungsnehmer steigt. Abs. 2 Z 3 erfaßt die Veränderung der Morbiditätsrate, soweit sie sich in geänderter Anspruchnahme der Leistungen des Gesundheits- oder Pflegesystems niederschlägt, aber auch die bloße Veränderung der "Behandlungsfreudigkeit" oder der Aufwendigkeit bestimmter Behandlungen (z.B. Computertomographie statt Röntgenbild).

Die in Abs. 2 Z 2 und 3 angeführten Anpassungsfaktoren beziehen sich jeweils auf die "Gesamtbevölkerung". Damit ist jener Teil der Bevölkerung gemeint, aus dem sich die vom Anpassungsbegehren betroffene Versicherungsnehmerschaft rekrutiert; bei einem Vertrag, der österreichweite Deckung bietet, wäre dies die gesamte österreichische Bevölkerung, bei einem "Bundesländertarif" die Bevölkerung des betreffenden Bundeslands oder der betreffenden Bundesländer. Die Bezugnahme auf die **Gesamtbevölkerung** soll ausschließen, daß nur auf Entwicklungen innerhalb der konkreten Versichertengemeinschaft abgestellt wird. Ein Versicherer, der einen besonders "schlechten" Versichertenbestand hat, soll allein diesen Umstand nicht als Argument für eine Prämienhöhung heranziehen können; es ist dies sein unternehmerisches

Risiko, das auch im Bereich der Krankenversicherung nicht völlig ausgeschlossen werden kann.

Der letzte Satz des Abs. 2 schreibt dem Versicherer vor, die Prämie in der Krankenversicherung nach dem jeweiligen Eintrittsalter des Versicherungsnehmers zu bemessen; eine Altersstaffelung für bestehende Verträge ist unzulässig. Unter der Voraussetzung, daß sich die in den Z 1 bis 6 genannten Anpassungsfaktoren nicht verändern, müßte die Prämie während der gesamten Dauer des Versicherungsverhältnisses konstant bleiben.

Diese Bestimmung bedeutet in versicherungsmathematischer Hinsicht zwingend, daß die Krankenversicherung (nach Art der Lebensversicherung) unter Bildung von Rückstellungen zu führen ist, mit der der im Alter (statistisch) auftretende Mehrbedarf des Versicherungsnehmers abgedeckt werden kann; die "Einstiegsprämie" ist so zu bemessen, daß sie - bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen - die Versicherungsdeckung bis zum Tod des Versicherungsnehmers gewährleistet.

Dieses "Rücklagemodell" (das im übrigen der derzeitigen österreichischen Versicherungspraxis entspricht) soll deshalb gesetzlich festgeschrieben werden, weil bei einer Risikoprämie (also einer mit dem altersgemäßen Risiko ansteigenden Prämie) der Versicherungsschutz für viele Versicherungsnehmer gerade im Alter, wenn er am dringendsten benötigt wird, nicht mehr erschwinglich wäre; das statistische Krankheitsrisiko steigt nämlich in höherem Lebensalter sprunghaft an. Es wäre außerdem zu befürchten, daß junge Versicherungskunden zwar von extrem niedrigen Anfangsprämien angelockt würden, sie aber die Auswirkungen der altersbedingten Prämiensteigerungen in der erforderlichen langfristigen Perspektive nicht vollständig überblicken könnten. Die von Abs. 2 (indirekt) geforderte Rücklagenbildung wird der besonderen sozialen Komponente der privaten Krankenversicherung hingegen dadurch gerecht, daß sie den Interessen derjenigen Versicherungsnehmer besonders Rechnung trägt, die am meisten des Versicherungsschutzes bedürfen.

Derzeit werden die Vertragsanpassungen in der Krankenversicherung jeweils mit Zustimmung der Versicherungsaufsichtsbehörde vorgenommen. Ungeachtet dessen hätte wohl jeder einzelne Versicherungsnehmer, der mit einer Anpassung nicht einverstanden ist, die Möglichkeit, bei Gericht auf Rückzahlung zuviel gezahlter Prämie, allenfalls auf Feststellung der (gegebenenfalls teilweisen) Unwirksamkeit der Anpassung zu klagen (§ 228 ZPO). Eine solche individuelle Feststellungsklage wurde

- soweit dies überblickt werden kann - bislang noch nie erhoben; nach dem Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigung könnte die Bereitschaft zu einer solchen Klagsführung aber steigen, weil die Prämienanpassung mit der aufsichtsbehördlichen Kontrolle in den Augen der Versicherungsnehmer einen Teil ihrer Autorität verlieren wird.

Das im Abs. 3 grundsätzlich eingeführte und in den §§ 178g bis 178m näher ausgestaltete "Kuratormodell" (das sich im übrigen an der im Teilschuldverschreibungsgesetz RGBI.Nr. 49/1874 idGF vorgesehenen Lösung orientiert) versucht, den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Vertragsanpassung in zweifacher Hinsicht Rechnung zu tragen:

Zunächst soll der Kontrolleffekt der aufsichtsbehördlichen Genehmigung dadurch ersetzt werden, daß im Verfahren über die Anpassung in der Person des Kurators ein Gegengewicht zum Versicherer geschaffen wird. Der Kurator hat die Versicherungsnehmerschaft gegenüber dem Versicherer zu vertreten (§ 178g Abs. 1) und dabei die Interessen der Versicherungsnehmer wahrzunehmen. Er hat die Anpassung mit dem Versicherer zu verhandeln und auf Basis der von diesem vorzulegenden Kalkulationsgrundlagen (§ 178k) und der ihm sonst vorliegenden Informationen über die Angemessenheit der begehrten Änderung zu befinden. Durch die Einrichtung des Kurators soll im Bereich der Anpassung letztlich "Waffengleichheit" zwischen den beiden Parteien des Versicherungsvertrags geschaffen werden.

Andererseits soll die gesamthafte Vertretung der Versicherungsnehmer durch den Kurator verhindern, daß die Angemessenheit einer Änderung jeweils zwischen dem Versicherer und dem einzelnen Versicherungsnehmer ausgehandelt und allenfalls gerichtlich entschieden werden muß. Der einzelne Versicherungsnehmer kann seine Interessen zwar im kuratelsgerichtlichen Verfahren - etwa durch Anregungen im Sinn des § 178i - verfolgen, die schließlich zwischen dem Kurator und dem Versicherer ausgehandelte oder gerichtlich entschiedene Vertragsanpassung muß er aber gegen sich gelten lassen; sie ist gemäß § 178f Abs. 3 "für ihn wirksam". Eine individuelle Klagsführung gegen eine vom Kurator ausgehandelte oder ihm gegenüber festgestellte Anpassung ist ausgeschlossen. Dem unzufriedenen Versicherungsnehmer bleibt allerdings die Möglichkeit, den Vertrag - wegen § 8 Abs. 2 iVm § 178n Abs. 1 relativ kurzfristig - zu kündigen.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der kurzfristigen Kündigungsmöglichkeit des Versicherungsnehmers wurde davon abgesehen, ihm ein Ablehnungsrecht in bezug

auf die einzelne Prämienanpassung einzuräumen, wie es derzeit in den Krankenversicherungsbedingungen vorgesehen ist. Es bleibt dem Versicherer aber unbenommen, dem Versicherungsnehmer im Einzelfall eine Wahlmöglichkeit dahin einzuräumen, ob er die Prämienhöhung akzeptiert oder aber - bei gleichbleibender Prämie oder geringerer Erhöhung - eine Einschränkung des Leistungsumfangs in Kauf nimmt. Eine solche Vorgangsweise wird in der Praxis vor allem dann gewählt werden, wenn die Prämienhöhung durch neue (teure) Behandlungsmöglichkeiten (vgl. § 178f Abs. 2 Z 6) erforderlich wurde. Dem Versicherungsnehmer könnte dann angeboten werden, bei gleichbleibender Prämie auf den Einschluß der neuen medizinischen Möglichkeiten in die Versicherungsdeckung zu verzichten.

Abs. 3 zweiter Satz sieht, nicht zuletzt aus praktischen Erwägungen vor, daß die Mitwirkung des Kurators bei der bloßen (aus der Sicht des Versicherungsnehmers ohnedies unproblematischen) Anpassung der Prämie an die Entwicklung des Geldwerts (vgl. § Abs. 2 Z 1) nicht erforderlich ist.

Diese Bestimmung eröffnet außerdem dem Versicherer unter Umständen die Möglichkeit, dem - doch eher aufwendigen - Kuratorverfahren zumindest zeitweilig zu entrinnen. Der Versicherer könnte sich nämlich in einem Jahr, in dem eine zwar über der allgemeinen Inflationsrate liegende, aber doch nicht allzu hohe Prämiensteigerung erforderlich wäre, auf eine (ohne Einbindung des Kurators zulässige) Inflationsanpassung beschränken und den dadurch entstehenden "Anpassungsrückstau" dann im Rahmen der nächstjährigen Anpassung dem Kurator gegenüber geltend machen. Zumindest in Zeiten nur mäßiger Kostensteigerungen könnte so mit einem bloß alle zwei Jahre - allenfalls in noch größeren Intervallen - stattfindenden Kuratorverfahren das Auslangen gefunden werden.

### **Zu § 178g.**

Der Kurator ist gerichtlich zu bestellen, und zwar vom Firmenbuchgericht des Versicherers, bei ausländischen Versicherern stets vom Handelsgericht Wien. Antragsberechtigt ist nicht nur der Versicherer, sondern jeder Versicherungsnehmer; dies ist im Hinblick auf das im § 178m dem Kurator eingeräumte Gestaltungsrecht zugunsten der Versicherungsnehmer erforderlich. Will der Versicherer die Prämie erhöhen, so muß er (abgesehen vom Fall des § 178f Abs. 3 zweiter Satz) zunächst die Bestellung eines Kurators für die Versicherungsnehmer beantragen; glaubt ein Versicherungsnehmer,



daß eine Prämienenkung fällig wäre, so muß er sich seinerseits um die Bestellung eines Kurators bemühen.

Der Kurator benötigt hohe fachliche Qualifikation, er soll daher Rechtsanwalt oder Wirtschaftstreuhänder sein (Abs. 2). Die Beschränkung auf Personen mit Kanzleisitz am Sitz des Gerichtshofs ist unter anderem im Hinblick auf eine allfällige Klagsführung (§ 178i Abs. 1) wegen des (doppelten) Einheitssatzes für auswärtige Anwälte von Bedeutung.

Es soll keinen zwangsweise verpflichteten Kurator geben, der ohnedies nicht mit Engagement bei der Sache wäre; die Bestellung ist daher an die Zustimmung des Kurators geknüpft, die dieser ohne Angabe von Gründen verweigern kann.

Das Gericht hat bei der Bestellung des Kurators - neben der Zeitdauer, für den der Kurator eingesetzt wird - naturgemäß auch festzulegen, für welchen Bereich die Bestellung gilt, ob der Kurator etwa alle Krankenversicherten eines bestimmten Versicherers zu vertreten hat, oder ob seine Vertretungsbefugnis auf bestimmte Tarife (z.B. auch Bundesländertarife) beschränkt ist. Von diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben wurde bewußt abgesehen, um dem Gericht möglichste Freiheit für Zweckmäßigkeitserwägungen zu belassen; es ist kaum möglich, abstrakt zu beurteilen, für welche Bereiche (etwa auch bestimmte Gruppen von Tarifen) der Kurator im Einzelfall am zweckmäßigsten zu bestellen ist. Naturgemäß wird die kleinste Einheit von Versicherungsnehmern, deren Vertretung einem bestimmten Kurator obliegt, aus dem Kreis von Vertragspartnern eines Versicherers bestehen, die alle zu einem Tarif versichert sind, für den die selbe Prämie (genauer: die selbe Prämienstaffelung) gilt.

Bei der Auswahl des Kurators wird das Gericht darauf zu achten haben, daß der Betreffende möglichst über Kenntnisse der Versicherungskalkulation verfügt (vgl. § 280 ABGB); gleichwohl wird es im Regelfall für den Kurator unerlässlich sein, sich der Mithilfe eines versicherungsmathematischen Experten zu bedienen (§ 178j Abs. 1 ordnet daher an, daß dem Kurator stets auch die Kosten der notwendigen Beiziehung eines Sachverständigen zu ersetzen sind).

### **Zu § 178h**

Die Tätigkeit des Gerichts ist mit der Bestellung des Kurators noch nicht beendet. Der Gerichtshof, der den Kurator eingesetzt hat, ist auch zur weiteren

Überwachung dessen Tätigkeit im Interesse der vertretenen Versicherungsnehmer berufen; er ist sohin auch Kuratelsgericht.

Die vertretenen Versicherungsnehmer sind im Verfahren zur Bestellung und Überwachung des Kurators zwar Parteien, es wäre aber wegen der zumeist großen Anzahl von Vertretenen untunlich, alle Beschlüsse des Kuratelsgerichts jedem einzelnen individuell zuzustellen. Abs. 2 sieht daher eine individuelle Zustellung nur an den Versicherer, den Kurator und an diejenigen Versicherungsnehmer vor, die sich am Verfahren vor dem Kuratelsgericht (etwa durch einen Antrag auf Bestellung oder Enthebung eines Kurators oder durch Mitteilung einer Wahrnehmung gemäß § 178i ) persönlich beteiligt haben. Alle anderen Versicherungsnehmer sollen durch öffentliche Bekanntmachung (vgl. § 117 ZPO, § 25 ZustG) verständigt werden.

#### **Zu § 178i.**

Gemäß § 178g Abs. 1 hat der Kurator die Versicherungsnehmer zu vertreten, er hat also bei seiner Tätigkeit die Interessen der Versicherungsnehmerschaft wahrzunehmen. Seine daraus erfließenden Rechte und Pflichten richten sich nach den allgemeinen Regeln für die Kuratel (§§ 269 bis 283, insbesondere §§ 276 und 280 bis 283 ABGB), sofern die §§ 178f ff VersVG nichts besonderes bestimmen.

Die durch den Kurator vertretenen Versicherungsnehmer können als Parteien des kuratelsgerichtlichen Verfahrens über das Gericht Einfluß auf das Verhalten ihres gemeinsamen Vertreters nehmen. Ausdrücklich ordnet § 178i an, daß ein Versicherungsnehmer, der mit der Person des Kurators oder mit seiner Vertretungstätigkeit nicht einverstanden ist, beim Kuratelsgericht die Enthebung des Kurators betreiben kann; dieses Recht wurde auch der Versicherungsaufsichtsbehörde eingeräumt, die zwar nicht Partei des Verfahrens, aber infolge ihrer Sachkenntnis in besonderem Maße in der Lage ist, die Auswahl und die Tätigkeit des Kurators zu beurteilen.

#### **Zu § 178j.**

Der Honoraranspruch des Kurators und sein Anspruch auf Auslagenersatz (vgl. § 82 KO über die Ansprüche des Masseverwalters) muß sich schon aus Gründen der Zweckmäßigkeit gegen den Versicherer richten; es wäre praktisch undurchführbar, dem Kurator einen Anspruch gegen alle von ihm vertretenen Versicherungsnehmer einzuräumen. Naturgemäß kann der Versicherer aber dann nicht zum Kostenersatz

verpflichtet sein, wenn er im Feststellungsverfahren nach § 178l obsiegt und ihm daher ein Kostenersatzanspruch gegen seinen Prozeßgegner zugesprochen wird (s. dazu die Ausführungen zu § 178l Abs. 3).

Der Kostenersatzanspruch des Kurators umfaßt stets auch die Kosten der notwendigen Beiziehung eines Sachverständigen. Der Kurator wird sich - zumindest am Beginn seiner Tätigkeit - in den meisten Fällen der Mithilfe eines Versicherungsmathematikers bedienen müssen, um die Berechnungen des Versicherers nachvollziehen zu können; angesichts dessen bedarf die Heranziehung eines Sachverständigen (anders etwa § 82 Abs. 1 KO) nicht der vorherigen Zustimmung des Kuratelsgerichts.

Bei Nichteinigung hat das Gericht den Kostenersatzanspruch des Kurators festzusetzen. Eine gerichtliche Festsetzung des Ersatzanspruchs ist aber naturgemäß dann nicht erforderlich, wenn diese Kosten im Streitfall (§ 178l Abs. 1) ohnedies vom Prozeßgericht bestimmt werden, weil der Kurator im Feststellungsverfahren obsiegt hat.

Abs. 2 verpflichtet den Versicherer zur Gewährung eines angemessenen Vorschusses auf die Kuratorkosten, um die laufende Finanzierung der Vertretungstätigkeit sicherzustellen. Den Zeitpunkt der Vorschußgewährung kann der Kurator durch sein entsprechendes Begehren festlegen, über die Angemessenheit des verlangten Betrags entscheidet bei Fehlen einer Einigung das Kuratelsgericht.

#### **Zu § 178k.**

Das hier vorgesehene Einsichtsrecht des Kurators in die Kalkulationsgrundlagen des Versicherers ist eine unverzichtbare Voraussetzung für eine fundierte Vertretungstätigkeit. Nur auf Basis der vollständigen Kalkulation des Versicherers kann sich der Kurator ein sicheres Urteil über die Angemessenheit einer verlangten Vertragsanpassung bilden und sein weiteres Vorgehen danach ausrichten.

#### **Zu § 178l.**

Der Versicherer hat ein legitimes Interesse daran, daß die Wirksamkeit einer Vertragsanpassung möglichst rasch geklärt wird, muß er doch seine weitere Kalkulation auf jede vorgenommene Anpassung ausrichten. Abs. 1 verhält den Kurator daher zu einer raschen Stellungnahme zum Änderungsbegehren des Versicherers. Soweit der Kurator die verlangte Anpassung binnen eines Monats ablehnt oder soweit er binnen

dieser Frist nicht Stellung genommen hat, ist der Versicherer zur Klagsführung berechtigt.

Die Feststellungsklage gegen den Kurator ist gemäß § 83a Abs. 1 JN bei demjenigen Gerichtshof geltend zu machen, der den Kurator (nach § 178g Abs. 1) bestellt hat. Ihr Streitwert ist gemäß § 56 Abs. 2 JN vom Kläger festzusetzen.

Es bleibt den Beteiligten unbenommen, anstelle der Klage vor dem staatlichen Gericht die Klagsführung vor einem Schiedsgericht vorzusehen. Einerseits kann schon in den Versicherungsvertrag eine Schiedsvereinbarung aufgenommen werden; dem Schriftlichkeitserfordernis des § 577 Abs. 3 ZPO wäre im Hinblick auf § 866 (letzter Satz) ABGB und § 3 Abs. 1 (zweiter Satz) VersVG wohl auch bei Vertragsannahme durch Zusendung der Polizze (ohne Originalunterschrift) genüge getan. Andererseits könnte auch der Kurator als Vertreter der Versicherungsnehmer in einem konkreten Anpassungsverfahren mit dem Versicherer die Einsetzung eines Schiedsgerichts vereinbaren.

Abs. 2 erlaubt es dem Versicherer, nach (allenfalls teilweiser) Ablehnung der Anpassung durch den Kurator, oder wenn sich der Kurator binnen der Monatsfrist des Abs. 1 zum Anpassungsbegehren nicht äußert, die umstrittene Änderung vorläufig in Anspruch zu nehmen, also von den Versicherungsnehmern die erhöhte Prämie einzuhoben. Dieses vorläufige Prämienhöhungsrecht verliert der Versicherer allerdings, wenn er nicht binnen dreier Monate ab Beginn des Zeitraums, für den die erhöhte Prämie in Anspruch genommen wird, die Feststellungsklage nach Abs. 1 einbringt; in diesem Fall müßte er die vorläufigen Erhöhungsbeträge unverzüglich den Versicherungsnehmern zurückerstatten (eine bloße Anrechnung auf später fällig werdende Prämienteile wäre - weil nicht "unverzüglich" - nicht zulässig). Schon wegen der Verpflichtung zur - doch recht verwaltungsaufwendigen - Rückzahlung der vorläufig verlangten Prämienbeträge, wird kein Versicherungsunternehmen eine Prämienhöhung vorläufig geltend machen, deren spätere Einklagung es von vornherein nicht beabsichtigt (dies abgesehen von dem Prestigeverlust, den eine derartige Vorgangsweise für den Versicherer mit sich brächte). Aus diesen Gründen ist es auch nicht bedenklich, daß der Versicherer zunächst den **gesamten** Erhöhungsbetrag einheben kann. Die von mancher Seite geforderte Beschränkung des Rechts zur vorläufigen Prämienhöhung (z.B. auf die Hälfte der umstrittenen Änderung) wurde überdies deshalb nicht vorgesehen, weil diesfalls nach endgültiger Einigung oder Entscheidung wohl in den meisten

Fällen eine Nachverrechnung erforderlich wäre. Es wäre ein Zufall, wenn letztlich genau jener Betrag an Prämienerrhöhung herauskäme, der vorläufig zu zahlen ist; hingegen wird beim vorgesehenen Modell wenigstens dann keine Nachverrechnung erforderlich sein, wenn der Versicherer mit seinem Anpassungsbegehren letztlich Recht behält, was außerdem ein zusätzlicher Anreiz für den Versicherer sein sollte, realistische Anpassungsbegehren zu stellen. Schließlich werden im Regelfall ohnedies nicht allzu große Differenzbeträge strittig sein; es ist nicht anzunehmen, daß der Versicherer und der Kurator in ihrer Einschätzung der Angemessenheit einer Erhöhung um Welten auseinanderliegen werden.

Um die Verhandlungen über die Vertragsanpassung nicht allenfalls kurz vor ihrem erfolgreichen Abschluß mit unnötigem Zeitdruck zu belasten (und damit eine Klagsführung gleichsam zu erzwingen) sieht Abs. 2 (dritter Satz) die Möglichkeit einer einvernehmlichen Verlängerung der dreimonatigen Höchstfrist für die vorläufige Prämienerrhöhung vor.

Nachzuverrechnen ist naturgemäß auch im Fall einer nachträglichen Einigung zwischen dem Versicherer und dem Kurator und im Fall eines rechtskräftigen Feststellungsurteils (Abs. 2 letzter Satz).

Abs. 3 geht davon aus, daß im Feststellungsverfahren nach Abs. 1 eine "normale" Kostenentscheidung nach den §§ 41ff ZPO zu ergehen hat. Wird der Versicherer zur Zahlung von Prozeßkosten verurteilt, so ist die Kostenentscheidung ein gewöhnlicher Rechtstitel gegen den Versicherer. Im umgekehrten Fall aber soll nicht der (unterlegene) Kurator zum Ersatz der Prozeßkosten des Versicherers verpflichtet sein, sondern die von ihm vertretenen Versicherungsnehmer, die ja die eigentlichen Prozeßgegner des Versicherers sind bzw. waren. § 178I Abs. 3 schließt daher die Vollstreckung der Kostenentscheidung gegen den Kurator aus, erlaubt aber dem Versicherer, den zugesprochenen Kostenbetrag anteilig (nach dem Verhältnis der Prämienzahlungspflichten) auf die betroffenen Versicherungsnehmer aufzuteilen und von diesen als Zuschlag zur (nächst fällig werdenden) Prämie einzuheben. Dieser Prämienzuschlag unterliegt § 39 (es wäre auch § 38 anwendbar, diese Bestimmung wird aber in der Praxis für den Prämienzuschlag wohl kaum einmal in Betracht kommen).

**Zu § 178m.**

Diese Bestimmung stellt klar, daß die §§ 178f bis 178l zweiseitig zu sehen sind; sollten sich die vereinbarten Anpassungsfaktoren zugunsten der Versicherungsnehmer verändern (zu denken wäre etwa an eine erfolgreiche Reform der Spitalsfinanzierung), so wären die Versicherungsprämien entsprechend zu mindern.

Wie bereits zu § 178g (Abs. 1) ausgeführt, ist dies der Grund für das dort vorgesehene Antragsrecht des einzelnen Versicherungsnehmers auf Bestellung eines Kurators. Wegen der "spiegelbildlichen" Anwendbarkeit des § 178f Abs. 3 (s. § 178m zweiter Satz) wäre auch eine vom Kurator namens der Versicherungsnehmer erklärte Prämienermäßigung (dem Versicherer gegenüber) nur wirksam, wenn und soweit der Versicherer zugestimmt hat oder die Ermäßigung ihm gegenüber gerichtlich festgestellt worden ist.

Nach § 178m zweiter Satz ist auf das Mäßigungsbegehren des Kurators das in den §§ 178f bis 178l vorgesehene Anpassungsverfahren ("mit umgekehrtem Vorzeichen") anzuwenden. Ausgenommen ist allerdings das vorläufige Anpassungsrecht nach § 178l Abs. 2 erster bis dritter Satz; eine einstweilige Prämiensenkung durch einzelne Versicherungsnehmer würde zu großen praktischen Problemen bei der Nachverrechnung führen.

**Zu § 178n.**

Diese Bestimmung verwirklicht das bereits mehrfach angesprochene Konzept eines lebenslangen Vertragsverhältnisses, das vor allem auch die Vorsorge für die altersbedingte Erhöhung des versicherten Risikos bezweckt (vgl. § 178f Abs. 2 letzter Satz). Dieser Zielvorstellung entsprechend werden Befristungen grundsätzlich für unwirksam erklärt (ausgenommen sind Verträge mit maximal einjähriger Laufzeit) und es wird - was schon derzeit in den Krankenversicherungsbedingungen vorgesehen ist - das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen. Dadurch soll verhindert werden, daß der Versicherer jahrelang Prämien (einschließlich eines Zuschlags für die Rücklagenbildung) einhebt, ohne wesentliche Leistungen erbringen zu müssen, später sich aber des - aus welchem Grund immer - krankheitsanfällig gewordenen Versicherungsnehmers gerade dann durch Kündigung entledigt, wenn dieser besonders auf den Versicherungsschutz angewiesen ist. Als notwendige Ergänzung zum Ausschluß des ordentlichen Kündigungsrechts nach § 8 Abs. 2 wurde noch klargestellt,

daß eine Kündigung wegen Eintritts des Versicherungsfalls unzulässig, die Vereinbarung eines solchen Kündigungsrechts daher unwirksam ist.

#### **Zu § 178o.**

Nach § 178a Abs. 1 kann die Krankenversicherung auch auf die Person eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen werden; dieser andere wird als Versicherter bezeichnet. Naturgemäß besonders verbreitet ist die Krankenversicherung naher Angehöriger.

§ 178o gewährt den Versicherten ein Fortsetzungsrecht nach dem Versicherungsnehmer, wenn das Vertragsverhältnis zwischen diesem und dem Versicherer endet (so soll z.B. die "mitversicherte" Ehefrau die Versicherung auf Basis ihres ursprünglichen Einstiegsalters fortsetzen können, wenn der Ehemann den Vertrag kündigt). Im Interesse des Versicherers steht dieses Fortsetzungsrecht dem Versicherten jedoch dann nicht zu, wenn der Vertrag aus einem von ihm selbst oder vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Grund aufgelöst wird.

#### **Zu § 178p.**

Nach § 16 Abs. 2 kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer bei der Vertragsschließung schuldhaft (s. § 16 Abs. 3) einen erheblichen Umstand nicht angezeigt hat. § 17 sieht ein Rücktrittsrecht des Versicherers vor, wenn der Versicherungsnehmer in contrahendo eine unrichtige Anzeige gemacht hat.

§ 178p läßt den Vertragsrücktritt jedoch nur noch in den ersten drei Jahren nach der Vertragsschließung zu (vgl. § 163 für die Lebensversicherung). Damit soll zunächst der Erwägung Rechnung getragen werden, daß der Rücktritt wegen Verletzung einer Anzeigepflicht in Wahrheit ein Sonderfall der Irrtumsanfechtung nach § 871 ABGB ist, die (abgesehen vom Fall der listigen Irreführung) nach Ablauf dreier Jahre ab der Vertragsschließung verjährt (s. § 1487 ABGB).

Weiters ist im Regelfall anzunehmen, daß ein Risiko, das sich drei Jahre lang nicht verwirklicht hat (weshalb der Versicherer in den ersten drei Jahren auch nicht zum Rücktritt veranlaßt wurde) für die übernommene Deckungspflicht nicht mehr allzu große Bedeutung hat. Schließlich ist zu bedenken, daß das Rücktrittsrecht des Versicherers bei jedem Verschulden des Versicherungsnehmers besteht, diesem also bereits leichte Fahrlässigkeit schadet. Gerade in der Krankenversicherung ist es für den

Versicherungsnehmer oft schwierig zu überblicken, welche Umstände für den Versicherer relevant sind oder diesem vernachlässigbar erscheinen; hier kann dem Versicherungsnehmer eine fahrlässige Fehlbeurteilung besonders leicht unterlaufen.

Angesichts dieser Umstände erscheint eine "Sanierung" der Anzeigepflichtverletzung nach Ablauf einer gewissen Vertragsdauer gerechtfertigt, ja sogar geboten, um dem Versicherungsnehmer - jedenfalls nach längerer Vertragslaufzeit - die Gewißheit zu geben, daß der Versicherungsschutz für alle Fälle gesichert ist. Selbstverständlich ausgeschlossen ist jedoch die "Heilung" einer arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht (s. etwa § 16 Abs. 2 zweiter Satz und § 18). Bei Arglist des Versicherungsnehmers bleibt der Versicherer sohin während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses zum Rücktritt berechtigt (s. § 20 Abs. 1); ein Schutzbedürfnis des Versicherungsnehmers ist in diesem Fall nicht gegeben.

Das Prämienhöhungsrecht des Versicherers nach § 41 Abs. 1 bleibt in jedem Fall bestehen.

#### **Zu § 178q.**

Im Bereich der Krankenversicherung - auch soweit sie Schadensversicherung ist - soll nur die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls Leistungsfreiheit des Versicherers bewirken (vgl. § 61, der für die Schadensversicherung schon bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers die Leistungsfreiheit vorsieht). Wegen des "Entbindungsrisikos" war es überdies erforderlich, auch in sprachlicher Hinsicht von § 61 abzuweichen; es kann in der Krankenversicherung naturgemäß nicht generell auf die Herbeiführung "des Versicherungsfalls" abgestellt werden.

Festzuhalten ist, daß der zivilrechtliche Vorsatz eine Form des Verschuldens ist, die auch das Unrechtsbewußtsein des Handelnden umfassen muß (siehe § 1324 ABGB: "böse Absicht"; Reischauer in Rummel, ABGB 2. Bd<sup>2</sup> Rz 22 zu § 1294 ABGB). Dem Vorsatz als Verschuldensform ist also das Element der Vorwerfbarkeit immanent. Eine in diesem Sinn schuldhaft Herbeiführung des Versicherungsfalls würde z.B. nicht vorliegen, wenn sich der Versicherungsnehmer in persönliche Gefahr begibt (damit den Eintritt eines Versicherungsfalls zumindest in Kauf nimmt), um einen in Not befindlichen Menschen zu retten.



**Zu § 178r.**

Ein Gruppenversicherungsvertrag kann (auch) vom Versicherer jährlich gekündigt werden (s. § 178n Abs. 2). Der einzelne Gruppenversicherte hat diese Kündigung, die gegenüber dem "Gruppenführer" ausgesprochen wird, ebenso zu akzeptieren wie beispielsweise auch eine zwischen dem Versicherer und dem Gruppenführer vereinbarte Änderung oder Aufhebung des Gruppenversicherungsvertrags, er soll aber berechtigt sein, das bisherige Vertragsverhältnis als (gleichartige) Einzelversicherung ohne (allenfalls neuerliche) Risikoprüfung und Wartezeiten fortzusetzen. Einzige Voraussetzung dafür ist, daß der Versicherte bei Eintritt in den Gruppenvertrag nach den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Aus dem Umstand, daß bloß das bisherige Vertragsverhältnis fortgeführt wird, ergibt sich zwingend, daß all jene (Vor)Erkrankungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind, die in der Gruppenversicherung eingeschlossen waren. Der Deckungsumfang bleibt also gleich; im wesentlichen ändert sich nur die Prämie.

Das Fortsetzungsrecht des Versicherten soll auch dann bestehen, wenn dieser aus dem versicherten Personenkreis ausscheidet, etwa weil die Gruppenversicherung vereinbarungsgemäß nur die aktiven Angehörigen eines Unternehmens umfaßt und der Versicherte in den Ruhestand tritt oder weil der Versicherer nur hinsichtlich des einzelnen Versicherten kündigt.

Der Versicherte hat sein Recht auf Fortsetzung durch Erklärung gegenüber dem Versicherer binnen eines Monats geltend zu machen, wobei diese Frist gehemmt ist, solange der Versicherer nicht auf die Fortsetzungsmöglichkeit hingewiesen hat.

Abs. 3 sieht vor, daß die Prämie der gemäß Abs. 1 und 2 fortgesetzten Versicherung nach dem Alter zu bemessen ist, mit dem der Versicherte (nunmehrige Versicherungsnehmer) in die Gruppe eingetreten ist; es muß also die in der Gruppenversicherung zurückgelegte Zeit **vollständig** auf den Einzelvertrag angerechnet werden. Dies bedeutet im Zusammenhalt mit Abs. 1 das Ende der herkömmlichen Gruppenversicherung; es wird künftig als "Gruppenversicherung" wohl nur noch eine Gesamtheit von Einzelversicherungen mit Mengenrabatt angeboten werden. Die Rücklagenbildung muß in Hinkunft in der Gruppenversicherung in etwa die gleiche wie in der Einzelversicherung sein, um den geforderten nahtlosen Übertritt in diese Versicherung gewährleisten zu können.

Diese einschneidende gesetzliche Maßnahme ist erforderlich, um den ehemals Gruppenversicherten beim Umstieg in die Einzelversicherung vor Nachteilen zu bewahren, die ihm ansonsten bei der (derzeit vom Versicherer weitgehend frei kalkulierten) Einstufung in das Schema der Einzelversicherung drohen. Die Berechnung der neuen Prämie unter (nur teilweiser) Berücksichtigung der in der Gruppenversicherung zurückgelegten Zeit ist für den Versicherungsnehmer praktisch undurchschaubar, gerade in diesem Bereich gab es in letzter Zeit häufige und vehemente Beschwerden von Versicherungsnehmern, die sich bei der Anrechnung ihrer "Vorzeiten" ungerecht behandelt fühlten. Diese Probleme werden durch die zwingende Anrechnung **aller** Vorzeiten vermieden; selbstverständlich verliert der Versicherte beim Umstieg aber einen allfälligen Prämienrabatt, der speziell für die Gruppenversicherung gewährt wurde.

Abs. 4 schließt das Fortsetzungsrecht naturgemäß für den Fall aus, daß der Versicherte deshalb aus der Gruppe ausscheiden muß, weil er sich vertragswidrig verhalten, etwa eine Obliegenheit verletzt hat und der Versicherer daher die (außerordentliche) Kündigung ausspricht.

Abs. 5 schließt die Anwendung der §§178f Abs. 3 bis 178 m auf die Gruppenversicherung aus; die Bestimmungen über die Vertragsanpassung zwischen dem Versicherer und einem Gesamtvertreter der Versicherungsnehmerschaft passen naturgemäß nicht für ein Vertragsverhältnis, bei dem dem Versicherer ohnehin nur ein einziger Versicherungsnehmer gegenübersteht. Anzuwenden sind jedoch die Bestimmungen über die Anpassungsklausel (§ 178f Abs. 1 und 2).

Nach § 191b Abs. 2 Z 7 ist § 178r auf "Altverträge" nicht anzuwenden, dies auf Grund der Erwägung, daß die bestehenden Gruppenversicherungsverträge noch nicht unter Berücksichtigung des Fortsetzungsrechts kalkuliert sind.

#### **Zu § 178s.**

Diese Bestimmung erklärt die meisten Sonderregeln für die Krankenversicherung als einseitig (zugunsten des Versicherungsnehmers) zwingend. Nicht zwingend sind der einleitende § 178a, die Definitionen des § 178b sowie § 178e über den Ein-schluß neugeborener oder adoptierter Kinder in die Versicherung eines Elternteils.

**Zu § 191b.**

Abs. 1 sieht das Inkrafttreten der neuen und geänderten Bestimmungen mit 1. Juli 1994, also mit dem Ablauf der Umsetzungsfrist der dritten Richtliniengeneration der EU vor (s. den Allgemeinen Teil der Erläuterungen).

Die neuen bzw. geänderten Bestimmungen sollen grundsätzlich auch für Versicherungsverträge gelten, die vor dem Datum des Inkrafttretens geschlossen worden sind. Abs. 2 Z 1 und 7 enthält die vorgesehenen Ausnahmen von diesem Grundsatz; es sind hier im wesentlichen jene Bestimmungen angeführt, deren Neufassung mit so großen Auswirkungen auf die Kalkulation des Versicherers verbunden ist, daß eine Rückwirkung auf bestehende Verträge nicht vertretbar wäre.

Die Z 2 bis 6 des Abs. 2 enthalten spezielle Übergangsregeln für besondere Rückwirkungsfragen. Abs. 3 paßt bestehende Anpassungsklauseln in Krankenversicherungsverträgen an die neue Rechtslage an.