

**VERBAND  
DER VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN  
ÖSTERREICHS**



1030 Wien  
Schwarzenbergplatz 7  
Telefon 711 56 Dw.  
Telefax 711 56/270

An das  
Präsidium des österreichischen Nationalrats  
Dr. Karl Renner Ring 3  
A-1017 Wien

Akt-Nr. **7,42**

Ausg.-Nr. 175/94  
Bitte im Antwortschreiben  
Akt- sowie Ausg.-Nr. anzuführen

Unser Zeichen: **Mag/Ka/Le**

Durchwahl: 229,260

Betrifft GESETZENTWURF	
Zl. ....	97 -GE/19... P3
Datum:	24. JAN. 1994
Verteilt	28. Jan. 1994

*A. Bauer*

Betrifft:

Wien, am 20.01.1994

**Bundesgesetz, mit dem das  
Versicherungsvertragsgesetz geändert wird;  
Begutachtungsverfahren**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren!

In der Anlage übermitteln wir Ihnen die vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs gegenüber dem Bundesministerium für Justiz abgegebene Stellungnahme zur Novelle des Versicherungsvertragsgesetzes, in 25-facher Ausfertigung, zu Ihrer gefälligen Information.

Mit freundlichen Grüßen

VERBAND DER  
VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN  
ÖSTERREICHS

*A. Bauer*

Anlage - 1. Teil 13 Stk.

B017594.DOC

Telegramm-Adresse: Assekuranzkanzlei, Schwarzenbergplatz 7  
Telex: 133289 Oevv a

Postsparkassen-Konto Nr. 7153.314  
Creditanstalt-Bankverein, Konto Nr. 29-16377

**VERBAND  
DER VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN  
ÖSTERREICHS**

1030 Wien  
Schwarzenbergplatz 7  
Telefon 711 56 Dw.  
Telefax 711 56/270

An das  
Präsidium des österreichischen Nationalrats  
Dr. Karl Renner Ring 3  
A-1017 Wien

Akt-Nr. **7,42**

Ausg.-Nr. 175/94  
Bitte im Antwortschreiben  
Akt- sowie Ausg.-Nr. anzuführen

Unser Zeichen: **Mag. Ka/Le**

Durchwahl: 229,260

Betrifft:

Wien, am 20.01.1994

**Bundesgesetz, mit dem das  
Versicherungsvertragsgesetz geändert wird;  
Begutachtungsverfahren**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren!

In der Anlage übermitteln wir Ihnen die vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs gegenüber dem Bundesministerium für Justiz abgegebene Stellungnahme zur Novelle des Versicherungsvertragsgesetzes, in 25-facher Ausfertigung, zu Ihrer gefälligen Information.

Mit freundlichen Grüßen

VERBAND DER  
VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN  
ÖSTERREICHS

Anlage - 2. Teil 12 Stk.

B017594.DOC

Telegramm-Adresse: Assekuranzkanzlei, Schwarzenbergplatz 7  
Telex: 133289 Oevv a

Postsparkassen-Konto Nr. 7153.314  
Creditanstalt-Bankverein, Konto Nr. 29-16377

**VERBAND  
DER VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN  
ÖSTERREICHS**



1030 Wien  
Schwarzenbergplatz 7  
Telefon 711 56 Dw.  
Telefax 711 56/270

Wien, 21. Januar 1994  
Mag.Ka/Le

**Stellungnahme  
des  
Verbandes der Versicherungsunternehmen  
Österreichs**

**zum  
Entwurf eines Bundesgesetzes mit dem das  
Versicherungsvertragsgesetz geändert wird;  
Begutachtungsentwurf**

Zu dem vom Bundesministerium für Justiz mit Schreiben vom 6.12.1993, GZ 10.213/70-I 2/1993, übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz geändert wird, nehmen wir wie folgt Stellung:

**Zusammenfassend**

möchten wir neuerlich festhalten, daß der vorliegende Entwurf über die Notwendigkeiten und Zweckmäßigkeiten, die sich aus der in den Erläuterungen erwähnten dritten Generation von Versicherungsrichtlinien der EU ergeben, weit hinausgeht. Der Wegfall der behördlichen Genehmigung von Versicherungsbedingungen aufgrund dieser Richtlinien kann nur einen kleinen Teil der vorgesehenen neuen Bestimmungen rechtfertigen; es handelt sich dabei um jene Bestimmungen, die den derzeitigen Rechtszustand, wie er sich aus den aufsichtsbehördlich genehmigten Versicherungsbedingungen ergibt, gesetzlich festschreiben. Die ganz überwiegende Mehrzahl der neuen Bestimmungen weicht jedoch vom bisher geltenden Bedingungsrecht ganz erheblich ab und steht in keinem Zusammenhang mit dem Wegfall der Bedingungsgenehmigung aufgrund der erwähnten EU-Richtlinien.

Der Entwurf enthält zum Teil Bestimmungen, welchen die Versicherungswirtschaft aus der Sicht eines wohlverstandenen Konsumentenschutzes zustimmen kann. Teilweise trägt der Entwurf aber Anliegen Rechnung, die bei oberflächlicher Betrachtung als solche des Konsumentenschutzes angesehen werden könnten, die aber in Wahrheit nur den Interessen weniger, sich nicht vertragskonform verhaltender und deshalb nicht schutzwürdiger Versicherten Rechnung tragen. Das zeigt sich im besonderen Maß bei den in den §§ 2 Abs. 2, 6 Abs. 5, 39a, 51 Abs. 4 und 59 Abs. 3 vorgesehenen Regelungen. Den Interessen der großen Mehrzahl der Versicherten wird damit nicht entsprochen, weil der bei einer Realisierung zu erwartende Mehraufwand der Versicherer zu Prämien erhöhungen führen muß.

Es wird deshalb, wie schon bei Beginn der Gespräche im Justizministerium, nochmals dringlich ersucht, sich bei der in Vorbereitung befindlichen Novelle auf das im Zusammenhang mit der EU-Anpassung wirklich Erforderliche - dazu gehört vor allem die Verankerung der Krankenversicherung - zu beschränken. Darüber hinausgehende Anliegen - insbesondere im allgemeinen Teil -, über die das Einvernehmen nicht hergestellt werden konnte, sollten zurückgestellt werden, um zu vermeiden, daß mit der internationalen Rechtsentwicklung nicht im Einklang stehende und durch den Zeitdruck inhaltlich und/oder in der legislatischen Umsetzung unausgereifte Regelungen zustandekommen.

Wir weisen dazu noch darauf hin, daß sich die Bundesrepublik Deutschland bei der dort in Vorbereitung befindlichen Novelle zum Versicherungsvertragsgesetz auf das Notwendige beschränkt. Österreich würde mit einer Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes, die über eine notwendige EU-Anpassung weit hinaus geht, die bisher gegebene und aus vielen Gründen wünschenswerte, weitgehende Einheitlichkeit der beiden Versicherungsrechtsordnungen aufgeben. Ein bisher einheitlicher Rechtskreis würde ohne sachliche Notwendigkeit zersplittert und das gerade in einer Zeit, in der europaweit eine möglichst breite Harmonisierung der nationalen Rechtsordnungen angestrebt wird.

In Hinkunft ist für grenzüberschreitende Dienstleistungen im Versicherungsbereich mit freier Rechtswahl zu rechnen, soweit eine solche zulässig und wirksam ist. Durch eine nicht mit der allgemeinen Rechtsentwicklung in Europa abgestimmte Änderung des österreichischen Versicherungsvertragsrechtes würden sich deshalb aller Voraussicht nach Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der österreichischen Versicherer ergeben.

## **Zu den Bestimmungen im einzelnen:**

### **Zu Ziff. 1 (§ 1a)**

Ein Bedarf für die in Abs. 1 und 2 vorgesehenen Regelungen ist nicht gegeben.

Für Verbraucherverträge gilt ohnehin die Bestimmung des § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KSchG, die diesbezüglichen Bedürfnissen hinreichend Rechnung trägt. Gleichzeitig läßt diese Bestimmung genügend Flexibilität, um den Besonderheiten des Einzelfalles gerecht zu werden.

Gerade im Versicherungsbereich treffen die verschiedenartigsten Risiken und vertraglichen Gestaltungen aufeinander, die nicht alle über den gleichen Leisten geschlagen werden können.

Auch wenn die Bestimmungen gem. Abs. 4 nur für Verbraucher gelten sollen, muß der organisatorische Ablauf (selbst bei einfachster Risikoprüfung) berücksichtigt werden.

Da der Fristenlauf bereits mit Übergabe des Antrages an den Versicherungsagenten beginnt, ergibt sich bei einer zentral organisierten Gesellschaft allein durch den externen und internen Postlauf ein entsprechender Zeitverlust, bis der Antrag überhaupt bearbeitungsreif beim zuständigen Sachbearbeiter einlangt.

Aus diesen Gründen ist auch in den Massensparten der Schadenversicherung vielfach von der Antragstellung bis zur Zustellung der Polizze ein Zeitraum von mehr als vier Wochen erforderlich. Die maximale Bindungsfrist sollte daher auch in der Schadensversicherung 6 Wochen betragen.

In Abs. 2 ist das in den Gesprächen im Justizministerium in Aussicht genommene Recht für den Versicherer vorgesehen, die in Abs. 1 genannten Antragsbindungsfristen um 4 Wochen zu verlängern. Vorausgesetzt wird jedoch, daß dem Versicherer dieses Recht *"eingeräumt"* worden ist. Dem Versicherer müßte also in einer Vereinbarung mit dem Antragsteller oder mit einseitiger Erklärung des Antragstellers im Antrag dieses Recht jeweils eingeräumt werden.

Eine längere Frist für die Antragsbearbeitung wird, vor allem bei komplizierten Verträgen, immer wieder erforderlich sein. Bei der vorgesehenen gesetzlichen Regelung wäre es notwendig, in die Anträge generell eine entsprechende Bestimmung aufzunehmen. Die Anträge sind aber ohnehin bereits sehr umfangreich. Zweckmäßiger, einfacher und mit dem Ziel der Regelung durchaus vereinbar wäre, daß das Gesetz selbst dem Versicherer die Verlängerungsmöglichkeit einräumt.

Zu Abs. 3 weisen wir auf folgendes hin:

- ◆ Es geht nicht an, daß dem Versicherer, der den vorgesehenen Hinweis unterläßt oder nicht beweisen kann, die Gewährung eines Versicherungsschutzes aufgezungen wird, den er nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen im Sinne des § 41 Abs. 2 VersVG nicht übernimmt. Abs. 3 müßte deshalb durch eine diesbezügliche Einschränkung ergänzt werden (z.B.: *"Dies gilt nicht, soweit der beantragte Versicherungsschutz nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen nicht übernommen wird."*)
- ◆ Es kommt vor, daß der beantragte Versicherungsbeginn nach dem Zugang des Antrags liegt. In diesen Fällen muß der spätere Versicherungsbeginn für den Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes maßgeblich sein. Der vorletzte Satz müßte daher lauten: *"...ab Zugang des Antrages, frühestens jedoch ab dem beantragten Versicherungsbeginn, bis zum Zustandekommen des Vertrages ..."*.
- ◆ Die Worte *"ohne zusätzliche Prämie"* im Entwurf sind mißverständlich und sollen entfallen. Kommt der Vertrag zustande, so ist die Prämie für die Zeit des vorläufigen Versicherungsschutzes in der vorgeschriebenen Erstprämie enthalten. Kommt der Versicherungsvertrag aber nicht zustande, so ist für die Zeit des vorläufigen Versicherungsschutzes - ebenso wie im Fall der Gewährung einer vorläufigen Deckung - die für den nicht zustandekommenen Vertrag vorgesehen gewesene Prämie zu entrichten. Es ist keineswegs einzusehen, weshalb der Versicherer, der ja den beantragten Versicherungsschutz bis zum Zugang der Widerrufserklärung getragen hat, *"naturgemäß überhaupt keine Prämie"* erhalten soll, wie in den Erläuterungen ausgeführt wird. Eine solche Regelung wäre vielmehr extrem unbillig. Abs. 3 müßte deshalb entsprechend ergänzt werden.
- ◆ Wenn der Vertrag nicht zustandekommt, muß der vorläufige Versicherungsschutz spätestens, auch ohne Widerrufserklärung des Versicherers, mit Ablauf der eventuell verlängerten Bindungsfrist enden. Es ist nicht einzusehen, weshalb der vorläufige Versicherungsschutz zeitlich unbegrenzt dauern soll, wenn eine schriftliche Widerrufserklärung eventuell durch ein Versehen unterbleibt oder ihr Zugang nicht nachgewiesen werden kann. Der Antragsteller kann nicht erwarten, daß vorläufiger Versicherungsschutz noch gewährt wird, auch wenn er selbst an seinen Antrag nicht mehr gebunden und dieser erloschen ist. Abs. 3 müßte auch in dieser Hinsicht ergänzt werden.

In § 191b Abs. 2 Ziff. 2 ist vorgesehen, daß die Bestimmungen des § 1a Abs. 1 und 2 anzuwenden sind, wenn der Antrag des Versicherungsnehmers ab dem 1. Juli 1994 erklärt worden ist. § 1a Abs. 3 ist hingegen gem. § 191b Abs. 2 Ziff. 1 auf Versicherungsverträge, die ab dem 1. Juli 1994 geschlossen werden, anzuwenden. Die Bestimmung des Abs. 3 würde also bereits gelten, wenn die Antragstellung z.B. im Mai 1994, die Polizzierung aber Anfang Juli 1994 erfolgt. Der in Abs. 3 vorgesehene Hinweis müßte also bereits vor Geltungsbeginn des Gesetzes erfolgen. Das ist nicht einzusehen. § 1a Abs. 3 muß hinsichtlich des Inkrafttretens ebenso behandelt werden wie Abs. 1 und 2.

Aufgrund der in § 1a vorgesehenen Bestimmungen werden Änderungen in den Anträgen (Bindungsfristen, Hinweis auf den Beginn des Versicherungsschutzes) erforderlich sein. Es müssen alle Anträge durchgesehen und erforderlichenfalls überarbeitet und neu gedruckt werden.

Es ist deshalb notwendig, daß diese Bestimmungen mit einer Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten in Kraft gesetzt werden. Die Bestimmungen dürfen nur auf Verträge anwendbar sein, bei welchen die Antragstellung frühestens ab 1. Jänner 1995 erfolgt.

#### **Zu Ziff. 2 (§ 2 Abs. 2)**

Der Versicherungsnehmer, der in Kenntnis der Tatsache, daß der Versicherungsfall schon eingetreten ist, eine Rückwärtsversicherung abschließt, ist in keiner Weise schutzwürdig. Die gesetzliche Verpflichtung zur Zahlung der vereinbarten Prämie hat zweifellos eine nicht unerhebliche Präventivwirkung. Es ist deshalb nicht einzusehen, weshalb von dem Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie auch in diesem Fall abgegangen werden soll.

Wenn es aber bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben sollte, wird es erforderlich sein, die Versicherungsbedingungen durch eine Vertragsstrafenregelung zu ergänzen. Da die Überarbeitung und der Neudruck der Versicherungsbedingungen Zeit erfordert, muß auch hier eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten verlangt werden.

**Zu Ziff. 3 (§ 5b)**

Auf die in der Praxis auftretenden Schwierigkeiten dieser Regelung sei hier nochmals mit aller Deutlichkeit hingewiesen.

Die in Abs. 1 vorgesehene Aushändigung einer Durchschrift der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers an diesen kommt nur dann in Betracht, wenn diese Vertragserklärung auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt abgegeben wird. Die Bestimmung müßte deshalb wie folgt ergänzt werden: *"Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so ..."*.

In Abs. 2 sollte nicht verlangt werden, daß die Versicherungsbedingungen übergeben werden, *"bevor"* der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung abgibt. Es reicht aus, wenn die Übergabe der Versicherungsbedingungen *"bei"* Abgabe der Vertragserklärung erfolgt, sodaß auch eine gleichzeitige Übergabe ausreichend ist.

Im Fall von bloßen Vertragsänderungen sollte eine neuerliche Ausfolgung der bereits beim seinerzeitigen Vertragsabschluß ausgefolgten und unverändert weiter gültigen Versicherungsbedingungen nicht erforderlich sein. Eine entsprechende Klarstellung in den Erläuterungen wäre wünschenswert.

Nicht akzeptiert kann die vorgesehene Perpetuierung des Rechtes zum Rücktritt werden, der im Extremfall nach dem Wortlaut des Entwurfes, wenn nämlich die Ausfolgung der Versicherungsbedingungen nicht als erwiesen angenommen wird, auch noch nach 10 und mehr Jahren möglich wäre.

Es ist daher unbedingt zu fordern, daß spätestens zwei Wochen nach Zugang der Police das Rücktrittsrecht endgültig erlischt, weil diese Zeit sicherlich genügt, um festzustellen, ob die Versicherungsbedingungen fehlen.

Ausgeschlossen sollte das Rücktrittsrecht bei jenen Verträgen werden, bei denen Sofortschutz gewährt wurde. Wir verweisen dazu auf den seinerzeitigen Textvorschlag des Versicherungsverbandes (Abs. 3). Zumindestens aber ist eine Regelung für die Prämienabrechnung für eine allfällige zwischenzeitige Deckung erforderlich.

Abs. 3 sollte, wie am 21.12.1993 im Bundesministerium für Justiz besprochen wurde, wie folgt lauten: *"Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Versicherungsneh-*



*mer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Ziff. 1 KSchG) ist oder wenn die Vertragslaufzeit weniger als ein Jahr beträgt."*

In § 191b Abs. 2 Ziff. 2 ist vorgesehen, daß die Bestimmungen des § 5b anzuwenden sind, wenn der Antrag des Versicherungsnehmers ab dem 1. Juli 1994 erklärt worden ist. Die neuen Bestimmungen werden aber Ergänzungen in den Antragsformularen notwendig machen (Bestätigung des Antragstellers über den Erhalt einer Antragsdurchschrift und der Versicherungsbedingungen). Auch hier wird also eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten notwendig sein.

#### **Zu Ziff. 4 (§ 6 Abs. 1)**

Für diese Bestimmung, betreffend eine nur aliquote Leistungsfreiheit bei lediglich prämienrelevanten Obliegenheiten wird folgende, inhaltlich unveränderte, aber präzisere Formulierung vorgeschlagen: *"Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer nicht zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, sondern die nur die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit ..."*.

In den Erläuterungen wird ausgeführt, daß die vereinbarte Leistungsfreiheit in voller Höhe eintritt, wenn der Versicherer die infolge Obliegenheitsverletzung herbeigeführte Situation auch gegen höhere Prämie nicht versichern würde (dabei ist offenbar an die für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätze gedacht) oder wenn im Tarif für das höhere Risiko keine bestimmte Prämie vorgesehen ist. Im Text des Gesetzentwurfes wird jedoch lediglich auf den Tarif Bezug genommen. Um auszuschließen, daß dem Versicherer ein Risiko aufgezwungen wird, für das zwar im Tarif eine Prämie vorgesehen ist, das er aber nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen nicht übernimmt, sollte der Gesetzestext entsprechend ergänzt werden.

Die Bestimmung des § 6 Abs. 1 soll gem. § 191b Abs. 1 ab 1. Juli 1994 auch für bestehende Verträge in Kraft treten. Auch diese Bestimmung wird aber wesentliche Auswirkungen auf die Prämienkalkulation haben. Sie darf deshalb nur für neu abgeschlossene Verträge gelten. Da die Auswirkungen auf die Prämienkalkulation erst geprüft werden müssen, muß außerdem eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.

**Zu Ziff. 5 (§ 6 Abs. 2)**

Das Wort "überdies" ist unseres Erachtens mißverständlich oder zumindest überflüssig und sollte entfallen. Daß auch das Verschulden eine Voraussetzung der Leistungsfreiheit ist, erscheint uns auch ohne das Wort "überdies" völlig klar.

Wenn schon das Kausalitätsgradprinzip bezüglich des Umfanges der Leistungsfreiheit eingeführt wird, erscheint es nur recht und billig, daß die diesbezügliche Beweislast der Versicherungsnehmer zu tragen hat. Wir schlagen eine entsprechende Ergänzung vor.

Auch diese Bestimmung darf aus den zu § 6 Abs. 1 angeführten Gründen nur für neue Verträge gelten und es muß eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.

**Zu Ziff. 6 (§ 6 Abs. 3)**

Abgelehnt werden muß die zusätzliche Qualifizierung des Vorsatzes in Richtung Absichtlichkeit, um Leistungsfreiheit bei der Obliegenheitsverletzung nach dem Versicherungsfall zu begründen. Wenn schon künftig das Kausalitätsgraderfordernis bei solchen Obliegenheitsverletzungen statt wie bisher nur bei grober Fahrlässigkeit, auch bei Vorsatz gelten soll, dann muß der "gewöhnliche" Vorsatz ausreichen, wobei dolus eventualis hier mit dem Vorsatz gleichzusetzen ist.

Auch diese Bestimmung darf aus den zu § 6 Abs. 1 angeführten Gründen nur für neue Verträge gelten und es muß eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.

**Zu Ziff. 7 (§ 6 Abs. 5)**

Es ist nicht einzusehen, daß der Versicherer auch aus der grob fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit, die dem Versicherungsnehmer z.B. aus früheren, gleichartigen Versicherungsverträgen bekannt war oder bekannt sein mußte, oder die im Antrag ausdrücklich festgehalten wurde, keine Rechte ableiten darf, wenn die Versicherungsbedingungen nicht ausgefolgt worden sind oder er ihre Ausfolgung nicht beweisen kann. Grobe Fahrlässigkeit, die ohnehin voraussetzen wird, daß der Versicherungsnehmer von der Obliegenheit - z.B. aus den ihm zu vorangegangenen Versicherungsverträgen übermittelten Versicherungsbedingungen -

wußte oder wissen mußte, sollte hier dem Vorsatz gleichgestellt werden. Nur leichte Fahrlässigkeit sollte dem Versicherungsnehmer nicht nachteilig sein.

Im übrigen müßten von der in § 6 Abs. 5 vorgesehenen Rechtsfolge der Unterlassung der Ausfolgung der Versicherungsbedingungen die Fälle des § 5b Abs. 3 ausgenommen werden.

Wir schlagen daher folgende Formulierung vor: *"... kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren, leicht fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit, die dem Versicherungsnehmer ohne grobes Verschulden unbekannt war, keine Rechte ableiten. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Ziff. 1 KSchG) ist, oder wenn die Vertragslaufzeit weniger als ein Jahr beträgt."*

Auch diese Bestimmung darf, wie bereits bei § 6 Abs. 1 dargelegt, nur für neue Verträge gelten und es muß eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.

### **Zu Ziff. 8 ( § 8 Abs. 3)**

Diese Bestimmung, wonach im Verbrauchergeschäft ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als 3 Jahren eingegangen worden ist, vom Versicherungsnehmer zum Ende des 3. Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden kann, ist ganz entschieden abzulehnen.

Dem damit verfolgten Anliegen kann mit der in Deutschland gültigen Regelung des § 8 Abs. 3 des deutschen VVG durchaus entsprochen werden. Danach sind mehrjährige Verträge grundsätzlich möglich, dem Versicherungsnehmer müssen aber mehrere Möglichkeiten angeboten worden sein, und er muß einen Vorteil aus der mehrjährigen Bindung haben (Dauerrabatt). Der Versicherungsnehmer wird dabei nicht mit kurzfristigen Verträgen und den damit verbundenen Konsequenzen einer höheren Prämie zwangsbeglückt, sondern kann frei wählen. Von der in Deutschland erwogenen Änderung dieser Regelung ist man mittlerweile aus guten Gründen wieder abgekommen. Man beabsichtigt lediglich, ein Redaktionsversehen zu beseitigen und die Lebens- und Krankenversicherer vom Erfordernis des Dauerrabattes auszunehmen.

Wir weisen nochmals eindringlich darauf hin, daß die im vorliegenden Entwurf vorgesehene Regelung Ausspannungen fördern, zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand und damit zu Prämien erhöhungen führen würde. Der Wegfall langfristiger Verträge würde auch erhebliche Auswirkungen auf die Provisionsregelungen und damit auf das Einkommen eines beträchtlichen Teils der Bevölkerung haben. Sollte es aber tatsächlich bei dem im Entwurf vorgesehenen Kündigungsrecht für den Versicherungsnehmer bleiben, müßte ein gleiches Kündigungsrecht auch dem Versicherer eingeräumt werden. Außerdem sollte auch für diese Kündigung die sonst vertraglich vereinbarte Kündigungsfrist gelten.

Sollte es tatsächlich bei der im Entwurf vorgesehenen Regelung bleiben, so müßte zumindest durch eine entsprechende Bestimmung im Gesetz sichergestellt werden, daß im Fall der vorzeitigen Kündigung eines für mehr als drei Jahre eingegangenen Versicherungsverhältnisses durch den Versicherungsnehmer unter der Bedingung der mehrjährigen Dauer eingeräumte Rabatte oder sonstige Vorteile vom Versicherer nachgefordert werden können. Aus den Erläuterungen ergibt sich zwar, daß entsprechende Vereinbarungen zulässig und wirksam sind; zur Vermeidung von Zweifeln wäre aber eine klare und ausdrückliche gesetzliche Regelung notwendig.

Außerdem müßte hinsichtlich des Inkrafttretens ebenfalls eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die Bestimmung dürfte nur auf Verträge anzuwenden sein, die frühestens ab dem 1. Jänner 1995 neu abgeschlossen werden. Man muß nämlich berücksichtigen, daß die Neuregelung zahlreiche Auswirkungen haben würde; insbesondere würden Änderungen bzw. Anpassungen in den Antragsformularen, Versicherungsbedingungen und Verwaltungsabläufen erforderlich werden.

#### **Zu Ziff. 9 (§ 11 Abs. 1)**

Wir schlagen vor, in den Erläuterungen klarzustellen, daß die Nichtäußerung des Versicherers ihm lediglich den Einwand der mangelnden Fälligkeit der Leistung nimmt, nicht aber als Anerkenntnis gewertet werden kann.

#### **Zu Ziff. 10 (§ 11 Abs. 3)**

Hiezu haben wir keine Bemerkungen.

**Zu Ziff.11 (§ 11a)**

Nach unserer Überzeugung reichen die Bestimmungen der ZPO über die Verpflichtung zur Urkundenvorlage im Prozeß aus; eine sondergesetzliche Regelung für die Ausfolgung von Gutachten im Versicherungsbereich ist deshalb nicht erforderlich.

Falls es jedoch bei der vorgesehenen Regelung bleiben sollte, müßte berücksichtigt werden, daß in solchen Gutachten mitunter Feststellungen getroffen werden, deren Kenntnis für den betroffenen Patienten aus medizinischer Sicht problematisch ist; die Auskunft über und Einsicht in das Gutachten sollte deshalb gegebenenfalls einem vom Versicherungsnehmer oder Versicherten benannten Arzt zu geben sein.

Ferner müßte für die Zustimmung der untersuchten Person zur Einsichtgewährung die Schriftform vorgesehen werden, um Beweisprobleme zu vermeiden.

**Zu Ziff. 12 (§ 12)**

In Abs. 1, erster Satz, sollte nach dem Wort *"Bezugsberechtigten"* zur Klarstellung der Klammerausdruck *"(§ 166)"* eingefügt werden.

Die Bestimmung des Abs. 2, wonach die Anmeldung des Anspruches durch den Versicherungsnehmer die Verjährung hemmt, ist bereits in ihrer derzeit gültigen Fassung eine für andere Schuldverhältnisse nicht existierende Ausnahmegvorschrift. Die vorgesehene Verschärfung dieser Ausnahmegvorschrift, wonach die Entscheidung des Versicherers, mit der die Hemmung endet, *"die für die Entscheidung des Versicherers maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die ihr zugrundegelegten Tatsachen"* anführen muß, stellt zu hohe Anforderungen an die Begründungspflicht des Versicherers. Man hat dabei den Eindruck, daß der Versicherer ein Gutachten zu erstellen hat. Es müßte ausreichen, daß vom Gesetz eine Begründung gefordert wird, ohne daß besondere Anforderungen an den Begründungsinhalt gestellt werden. Wir schlagen folgende Formulierung vor: *"... so ist die Verjährung bis zum Einlegen einer begründeten, schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt."*

In Abs. 3, letzter Satz, ist vorgesehen, daß die Leistungsfreiheit wegen Ablauf der künftig 1 Jahr statt 6 Monate betragenden Klagefrist nicht eintritt, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.

Die Berücksichtigung des Verschuldens widerspricht ebenso dem Wesen einer Präklusivfrist wie die Hemmung durch allfällige Vergleichsgespräche. Die diesbezüglichen Bestimmungen sollten daher entfallen.

Sollte das nicht in Betracht kommen, so müßte es zumindest im letzten Satz des Abs. 3 heißen: "... tritt nicht ein, solange der Versicherungsnehmer ...". Andernfalls könnte die Auffassung vertreten werden, daß ein die gerichtliche Geltendmachung nur während der Jahresfrist hindernder Umstand zeitlich unbegrenzt auch über diese Frist hinaus wirkt.

#### **Zu Ziff. 13 (§ 15a)**

Hiezu haben wir keine Bemerkungen.

#### **Zu Ziff. 14 (§ 16 Abs. 3)**

Die hier vorgesehene Ergänzung der derzeit gültigen Bestimmungen über das Rücktrittsrecht des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ist entschieden abzulehnen. Sie ist so unbestimmt, daß es dem Versicherer unmöglich würde, rechtlich abgesicherte Antragsfragen zu formulieren.

Es ist nicht erkennbar, welcher Grad der Konkretisierung mit "*genau umschrieben*" gemeint ist. Auch die diesbezüglichen Ausführungen in den Erläuterungen bringen hier nicht wirklich Klarheit. Soll z.B. in der Personenversicherung die Frage nach Schmerzen ausreichen oder müßte nach Schmerzen im Kopf, in den Armen, im Oberkörper, im Unterkörper, in den Beinen usw. gefragt werden? Genügt z.B. in der Gebäudeversicherung die Frage, ob das Gebäude entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und der Baugenehmigung errichtet wurde oder sind Einzelfragen nach allen denkbaren baulichen Mängeln erforderlich?

Unklar ist das Verhältnis der neuen Bestimmungen zu jener des § 18. Beide Bestimmungen sollen das Recht des Versicherers zum Rücktritt für den Fall der unterbliebenen Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und "*genau umschrieben*" gefragt wurde, einschränken. § 18 beschränkt das Recht zum Rücktritt nach einer Anzeige der Gefahrumstände anhand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen auf den Fall arglistiger Verschweigung. Soll die neue Bestimmung in § 16 Abs. 3, wonach der Rücktritt auch bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Unterbleiben der Anzeige möglich ist, nur für den Fall gelten, daß die Anzeige nicht

anhand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen, erfolgt ist? Das Zusammenwirken der beiden Regelungen ist kaum verständlich.

Wir sind der Überzeugung, daß die derzeit gültige Regelung des Rücktrittsrechtes des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in § 16 Abs. 3 im Zusammenhang mit § 18 sachgerecht und durchaus ausreichend ist. Bezüglich der Leistungsfreiheit könnten wir uns hingegen eine Änderung vorstellen, auf welche wir in der Stellungnahme zu § 21 eingehen.

Sollte es aber tatsächlich bei der vorgesehenen Bestimmung bleiben, so dürfte sie erst mit einer Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten in Kraft treten, weil die damit verbundenen Auswirkungen auf die Prämienkalkulation erst entsprechend überprüft und berücksichtigt werden müssen.

#### **Zu Ziff. 15 (§ 16 Abs. 4)**

Für den Fall, daß der Versicherungsnehmer den Antrag auf Abschluß des Versicherungsvertrages auf einem Formblatt des Versicherers stellt, ist hier vorgesehen, daß die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nur eintreten, wenn das Formblatt einen Hinweis auf diese Rechtsfolgen enthält. Damit sind wir einverstanden.

Da die Antragsformulare aber entsprechend überarbeitet und neu gedruckt werden müssen, darf die Bestimmung erst für Verträge, die frühestens ab 1.1.1995 abgeschlossen werden, Geltung haben; es muß also eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.

#### **Zu Ziff. 16 (§ 18)**

Dazu verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 16 Abs. 3.

#### **Zu Ziff. 17 (§ 21)**

Hier ist bezüglich der Leistungsfreiheit wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht das Kausalitätsgradprinzip für den Fall vorgesehen, daß der verschwiegene oder falsch angezeigte Umstand lediglich Einfluß auf die Höhe der Versicherungsleistung hatte, nicht aber Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls. Damit sind wir einverstanden.

Ergänzend schlagen wir vor, daß die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung auch bestehen bleiben soll, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt hat. Bei bloß leicht fahrlässiger Verletzung erscheint die Leistungspflicht akzeptabel; ein Rücktritt vom Vertrag muß jedoch auch in diesem Fall zulässig bleiben.

Da diese Neuregelung Einfluß auf die Prämienkalkulation haben wird, und die Prämienkalkulation eine gewisse Zeit erfordert, müßte in den Übergangsbestimmungen vorgesehen werden, daß die Bestimmung nur für Verträge, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden, Geltung hat.

#### **Zu Ziff. 18 (§ 25 Abs. 3)**

Hiezu verweisen wir auf das bereits zu § 6 Abs. 2 Ausgeführte.

#### **Zu Ziff. 19 (§ 27 Abs. 1)**

Der Entwurf sieht, anders als nach derzeitiger Rechtslage (§ 27 Abs. 1 iVm. § 24 Abs. 2) nicht vor, daß bei einer unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Gefahrenerhöhung das Kündigungsrecht des Versicherers erlischt, wenn der Zustand wieder hergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat. Der Grund dafür ist nicht erkennbar.

Ferner wird darauf hingewiesen, daß § 27 Abs. 1 in den Bestimmungen des § 191b über das Inkrafttreten nicht erwähnt ist.

#### **Zu Ziff. 20 (§ 28 Abs. 2)**

Hiezu verweisen wir auf das bereits zu § 6 Abs. 2 Ausgeführte.

#### **Zu Ziff. 21 (§ 34b)**

Hier ist vorgesehen, daß der Versicherer neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen darf, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlaßt worden sind.

Diese Regelung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die kalkulatorische Freiheit der Versicherungsunternehmen dar und ist daher schon aus verfassungsmäßigen Bedenken (Grundsatz der Erwerbsfreiheit) abzulehnen.



Wenn aber, ist diese Regelung allenfalls für die Zeit nach Abschluß des Vertrages akzeptabel. Zulässig muß aber die Vereinbarung einer Gebühr zur Abgeltung der Kosten des Vertragsabschlusses (z.B. Prüfung des Antrages und des Risikos, ärztliche Atteste, erstmalige Dokumentation des Versicherungsvertrages usw.) bleiben. Eine entsprechende Ergänzung sollte in das Gesetz aufgenommen werden.

Wenn es bei der im Entwurf vorgesehenen Regelung bleiben sollte, müßte jedenfalls eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die Bestimmung dürfte nur auf Verträge anzuwenden sein, die frühestens ab dem 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden, weil die Berücksichtigung nicht mehr zulässiger Gebühren bei der Prämienkalkulation erforderlich ist, und diese naturgemäß mit einem gewissen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden ist.

#### **Zu Ziff. 22 (§ 38)**

Die in den Erläuterungen zu dieser Bestimmung vertretene Auffassung, daß die Prämienzahlung in Analogie zu anderen synallagmatischen Vertragsverhältnissen gesehen werden kann, zeigt nach unserer Überzeugung ein grundsätzliches Mißverständnis über die Versicherung gegen Prämienzahlung. Versicherung kann nur funktionieren, wenn alle Versicherungsnehmer von Beginn an pünktlich zu den kalkulierten Zahlungszielen ihre Prämienleistung erbringen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf unsere Ausführungen zu § 39a. Die in den Erläuterungen zum Ausdruck kommende Auffassung geht in Richtung einer Versicherung im Umlageverfahren und birgt im Extremfall die Gefahr in sich, daß im Schadensfall keine genügenden Prämienzahlungen vorhanden sind. Soll der Versicherer dann die Schadensleistung in Form von Abtretungen seiner Prämienforderungen gegen die säumigen Prämienzahler erbringen?

Darüber hinaus ist auf eine sprachliche Unschärfe in § 38 Abs. 3 hinzuweisen. Die Wirksamkeit der *"Aufforderung zur Prämienzahlung"* selbst kann nicht vom Hinweis auf irgendwelche Rechtsfolgen abhängig sein. Gemeint ist offensichtlich die Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Erstprämie. Es müßte daher wohl heißen: *"Auf die Leistungsfreiheit gem. Abs. 1 kann sich der Versicherer nur berufen, wenn ..."*.

In Abs. 4 ist vorgesehen, daß *"der Vertrag als aufgelöst gilt, wenn die gesamte Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder (richtig wäre: "und") Kosten nicht binnen eines Jahres ab Fälligkeit nachgezahlt (besser: "gezahlt") oder eingeklagt*

**wird". Ist mit "gesamte" Prämie nur die erste oder einmalige Prämie gemeint, oder auch eine innerhalb der Jahresfrist eventuell bereits fällig gewordene Folgeprämie? Ist mit dem Halbsatz "so gilt der Vertrag als aufgelöst" eine Auflösung des Vertrages mit Ablauf der Jahresfrist oder - was nach unserer Auffassung sachgerechter wäre - eine rückwirkende Auflösung ab Vertragsbeginn gemeint? Was ist mit einer eventuell bereits geleisteten Teilzahlung und mit der (restlichen) Prämienforderung des Versicherers für die Zeit bis zur Beendigung des Vertrages? Was ist mit einer vom Versicherer allenfalls erbrachten Versicherungsleistung? Die vorgesehene gesetzliche Regelung und auch die Erläuterungen lassen diese Fragen völlig offen.**

Die vorgesehene Neuregelung erfordert Änderungen in den Begleitbriefen, mit welchen die Polizzen versendet werden, und in den diesbezüglichen Arbeitsabläufen sowie in den Prämienkalkulationen. Dafür ist eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten erforderlich. Auch diese Bestimmungen dürfen deshalb nur für Versicherungsverträge anzuwenden sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

#### **Zu Ziff. 23 (§ 39 Abs. 2)**

Hier sollte in den Erläuterungen beispielhaft aufgezählt werden, welche Fälle damit gemeint sind, die *"einen Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden hindern"*.

Bloße Zahlungsunfähigkeit soll jedenfalls nicht als unverschuldeter Hinderungsgrund gelten.

Auch für diese Bestimmung müßte im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Prämienkalkulation vorgesehen werden, daß sie nur für ab 1. Jänner 1995 neu abgeschlossene Verträge gilt.

#### **Zu Ziff. 24 (§ 39a)**

Hier ist vorgesehen, daß die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Verzug des Versicherungsnehmers mit der Zahlung der Erst- oder Folgeprämie nur verhältnismäßig eintritt, wenn der Versicherungsnehmer bloß mit Teilen der Prämie in Verzug ist.

Es handelt sich hier um eine überaus gewichtige Neuerung, die, soweit uns bekannt ist, international kein Vorbild hat; in anderen Ländern ist durchwegs volle Leistungs-

freiheit auch bei bloß teilweisem Zahlungsverzug vorgesehen, wenn man vom Verzug mit bloß einem sehr geringfügigen Teil der Prämie absieht.

Zu der in diesem Zusammenhang in den Erläuterungen erwähnten OGH-Entscheidung (7 Ob 39/89) weisen wir darauf hin, daß der OGH die Leistungspflicht des Versicherers nicht bloß deshalb bejaht hat, weil der Prämienrückstand geringfügig war. Nur aufgrund mehrerer weiterer Umstände sah der OGH in diesem Fall die Berufung des Versicherers auf die Leistungsfreiheit als einen Verstoß gegen Treu und Glauben an.

Die derzeit gültige gesetzliche Regelung sichert den Versicherer in einer dem Wesen des Versicherungsgeschäftes entsprechenden Weise gegen Prämienausfälle. Der Versicherer benötigt die Prämien aller Versicherten in voller Höhe und zum vereinbarten Zeitpunkt, um die Leistungen an die vom Versicherungsfall Betroffenen erbringen zu können. Die Höhe der Prämien ist auch so kalkuliert. Wenn der Versicherer bei teilweisem Verzug nicht zur Gänze leistungsfrei, sondern aliquot zur Leistung verpflichtet wird, sind höhere Prämien erforderlich. Es kommt also zu einer Belastung pünktlicher Zahler zugunsten der säumigen.

§ 39a Abs. 2 sieht zwar volle Leistungsfreiheit des Versicherers vor, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf einer - weiteren - Nachfrist noch immer nicht die volle Prämie bezahlt hat; das erfordert aber eine weitere Mahnung des Versicherers, die auch mit Kosten verbunden ist.

Wir sind der Überzeugung, daß diese Änderungen den Interessen der ganz überwiegenden Mehrheit der Versicherten völlig zuwider laufen und lehnen sie deshalb entschieden ab.

Wenn es aber tatsächlich bei dieser Neuregelung bleiben sollte, wäre im Gesetz und nicht bloß in den Erläuterungen klarzustellen, daß § 175 Abs. 2 als *lex specialis* für die Lebensversicherung unberührt bleibt.

Außerdem müßte eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden, weil damit erhebliche Änderungen in den Prämieninkasso-Arbeitsabläufen und Auswirkungen auf die Prämienkalkulation verbunden sind, die eine gewisse Zeit benötigen. § 39a dürfte daher nur für Versicherungsverträge gelten, die frühestens ab 1. Jänner 1995 neu abgeschlossen werden.

**Zu Ziff. 25 (§ 40)**

Der Entwurf sieht vor, daß der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie (d.h. der Verfall der gesamten Jahresprämie) bei unterjähriger Vertragsbeendigung generell entfällt. Das soll auch für die derzeit in § 40 genannten Fälle (Obliegenheitsverletzung, Gefahrerhöhung, Anfechtung durch den Versicherer, Verzug mit einer Folgeprämie) gelten. Dem Versicherer soll auch in diesen Fällen nur die anteilige Prämie bis zur Vertragsbeendigung gebühren. Eine Vertragsbestimmung, wonach der Versicherungsnehmer zur Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) verpflichtet ist, wird in der neuen Bestimmung des Entwurfs für zulässig erklärt.

Wir halten den derzeit gültigen Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie in den erwähnten, vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Fällen für sachgerecht. Er sollte beibehalten werden.

Gerade in den in den Erläuterungen angeführten Fällen, in denen der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie kritisiert wird, geht es fast ausschließlich um Versicherungsnehmer, die sich vorsätzlich ungerechtfertigte Vorteile verschaffen wollen:

- ◆ § 2 Abs. 2 letzter Halbsatz:  
Rückwärtsversicherung in Kenntnis des Eintritts des Versicherungsfalles
  
- ◆ § 51 Abs. 4:  
absichtliche Überversicherung, um sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen
  
- ◆ § 59 Abs. 3:  
absichtliche Doppelversicherung, um sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen

Sollte es bei der Regelung des Entwurfes bleiben, müßte wegen der erforderlichen Änderungen in den Versicherungsbedingungen (Aufnahme der Geschäftsgebühr) eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

**Zu Ziff. 26 (§ 41, Abs. 2, 2. Satz)**

Auch der hier verankerte Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie für den Fall der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht sollte nicht entfallen.

Bezüglich der Übergangsfrist verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 40. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

**Zu Ziff. 27 (§ 43 Abs. 2)**

Die hier vorgesehene Begriffsbestimmung des Versicherungsagenten wäre unseres Erachtens besser als Abs. 1 voranzustellen.

Die im zweiten Satz vorgesehene Geltung der §§ 43 bis 48 ist nur für solche Personen akzeptabel, die mit Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftreten; bloßes Wissen des Versicherers darf nicht genügen. Es ist wirklich nicht einzusehen, weshalb auch jemand als Versicherungsagent behandelt werden soll, von dessen unbefugtem Auftreten der Versicherer zwar weiß, das er aber noch nicht abstellen konnte.

Ferner sollte, statt auf eine enge Geschäftsbeziehung zum Versicherer, auf eine auch dem Versicherer bekannte wirtschaftliche Abhängigkeit abgestellt werden.

Wir schlagen folgende Formulierung des zweiten Satzes vor: *"Die §§ 43 bis 48 gelten überdies für den, der mit Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftritt oder von dem Versicherer mit dessen Wissen wirtschaftlich so abhängig ist, daß es zweifelhaft erscheint, ob er in der Lage ist, ..."*.

**Zu Ziff. 28 (§ 44)**

Hier ist vorgesehen, daß Kenntnisse, die ein Vermittlungsagent durch Erklärungen erlangt, zu deren Entgegennahme für den Versicherer er gemäß § 43 bevollmächtigt ist, der Kenntnis des Versicherers gleichstehen. Dazu halten wir folgendes fest:

§ 44 schließt in seiner derzeit gültigen Fassung nach unserem Verständnis die Zurechnung jener Kenntnisse des Vermittlungsagenten an den Versicherer nicht aus, die der Vermittlungsagent unmittelbar durch die Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers, zu deren Entgegennahme er gemäß § 43 bevollmächtigt ist,

erlangt. Der Ausschluß der Zurechnung bezieht sich auf jene Kenntnisse, die der Vermittlungsagent nicht unmittelbar durch die Anzeigen oder Erklärungen, sondern bloß sonst im Rahmen des vertragsbezogenen Kontaktes mit dem Versicherungsnehmer oder auf andere Weise erlangt hat. Wir hätten keinen Einwand gegen eine entsprechende Klarstellung im Gesetz. Die Erläuterungen zeigen aber, daß mit der vorgesehenen Bestimmung eine Zurechnung sämtlicher Kenntnisse erreicht werden soll, die der Vermittlungsagent im Rahmen des vertragsbezogenen Kontaktes mit dem Versicherungsnehmer erlangt. Eine solche Regelung lehnen wir entschieden ab. Unserer Überzeugung nach ist die derzeitige, durch Judikatur und Lehre ausreichend klargestellte Regelung durchaus sachgerecht und berücksichtigt in ausgewogener Weise die Interessen beider Vertragspartner.

### **Zu Ziff. 29 (§ 47)**

Das VersVG enthält für Versicherungsverträge Sonderbestimmungen über die gesetzliche Vollmacht von Vermittlungs- und Abschlußagenten (§§ 43 bis 46) sowie über eine Beschränkung der sich daraus ergebenden Vertretungsmacht (§ 47). Es ist nicht einzusehen und wird auch in den Erläuterungen nicht begründet, weshalb für den Bereich des Konsumentengeschäftes hinsichtlich einer Vollmachtsbeschränkung die Vorschrift des § 10 KSchG jener des § 47 VersVG vorgehen soll. Wir weisen dazu darauf hin, daß sich die Bestimmung des letzten Satzes in § 10 Abs. 1 KSchG nach ihrem klaren Wortlaut nur auf Vollmachten im Sinne des § 10 Abs. 1 KSchG bezieht, nicht aber auf sondergesetzlich geregelte Vollmachten.

Sollte es bei der vorgesehenen Bestimmung des Entwurfes bleiben, wird eine Prüfung und erforderlichenfalls eine Überarbeitung der Antragsformulare hinsichtlich einer noch stärkeren Deutlichmachung allfälliger Vollmachtsbeschränkungen erforderlich werden. Wegen der damit verbundenen Arbeiten ist eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten erforderlich. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

### **Zu Ziff. 30 (§ 51 Abs. 4 und 5)**

Die im Abs. 4 vorgesehene Änderung bewirkt den Entfall des Prämienanspruchs des Versicherers bei Vorliegen einer betrügerischen Überversicherung. Diese Änderung wird zwar voraussichtlich nur geringe praktische Bedeutung haben, ist aber aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen. Warum sollen Betrüger gegenüber der derzeitigen Rechtslage besser gestellt werden?

ENTWURF.DOC

**Zu Ziff. 31 (§ 58)**

Hier ist vorgesehen, daß im Fall der Doppelversicherung eine betrügerische Doppelversicherung vermutet wird, wenn der Versicherungsnehmer die Mitteilung der Versicherer nicht vorsätzlich unterlassen hat oder die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert nicht erheblich übersteigen.

Unseres Erachtens ist diese Regelung nicht erforderlich, es besteht dagegen aber kein Einwand. Die Bestimmung würde systematisch allerdings besser in den § 59 passen.

Da auch hier eine Überarbeitung der Versicherungsbedingungen notwendig sein wird, muß eine mindestens 6 Monate dauernde Übergangsfrist vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

**Zu Ziff. 32 (§ 59 Abs. 3)**

Hier ist vorgesehen, daß der derzeitige Prämienanspruch des Versicherers im Fall der betrügerischen Doppelversicherung entfällt. Diese Regelung ist aus den bereits zu § 51 Abs. 4 angeführten Gründen abzulehnen.

Sollte es bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben, müßte auch hier eine mindestens 6 monatige Übergangsfrist vorgesehen werden, weil Änderungen der Versicherungsbedingungen (Aufnahme einer Bestimmung über eine Konventionalstrafe) erforderlich sein werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

**Zu Ziff. 33 (§ 68 Abs. 1 und 5)**

In § 68 Abs. 1 ist für den Fall des anfänglichen Interessenmangels vorgesehen, daß der Anspruch des Versicherers auf eine angemessene Geschäftsgebühr entfällt. Das wird zwar in der Praxis keine erhebliche Bedeutung haben, einzusehen ist diese Regelung aber nicht. Weshalb soll dem Versicherer in diesem Fall, der doch in der Sphäre des Versicherungsnehmers liegt, für seine Bemühungen kein Entgelt zustehen? Wir weisen dazu darauf hin, daß im Hinblick auf § 68a eine Geschäftsgebühr für diesen Fall möglicherweise auch nicht vertraglich vereinbart werden kann. Die diesbezüglichen Kosten des Versicherers müßten also von der Allgemeinheit im

Rahmen entsprechender Prämien erhöhungen getragen werden. Sollte bloß der gesetzliche Anspruch auf eine Geschäftsgebühr entfallen, die vertragliche Vereinbarung einer solchen Gebühr aber zulässig sein, so sollte das zumindestens in den Erläuterungen zum Ausdruck gebracht und klargestellt werden.

Abzulehnen ist auch die vorgesehene Aufhebung des § 68 Abs. 5, wonach dem Versicherer die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gebührt, wenn das versicherte Interesse wegfällt, weil der Versicherungsfall eingetreten ist. Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist und das versicherte Interesse dadurch wegfällt, hat der Versicherer die volle Leistung erbracht, für die ihm auch die volle Prämie gebührt. Die derzeitige Regelung soll deshalb unverändert bleiben.

Zu den diesbezüglichen Ausführungen in den Erläuterungen halten wir fest:

Es ist zwar richtig, daß nach der Gefahrtragungstheorie die Hauptleistung des Versicherers im "Versicherthalten" seines Vertragspartners besteht. Daraus ergibt sich aber nichts für den Fall, daß das versicherte Interesse infolge Eintritt des Versicherungsfalles weggefallen ist. Die Prämienkalkulation stellt nämlich darauf ab, wie häufig die versprochene Geldleistung innerhalb einer Versicherungsperiode zu erbringen ist.

Wenn es bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben sollte, ergeben sich Auswirkungen auf die Prämienkalkulation, die entsprechend Zeit erfordert. Es müßte deshalb eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

#### **Zu Ziff. 34 (§ 68a)**

Gegen die vorgesehene Regelung, wonach die Bestimmungen über die mehrfache Versicherung in § 58 relativ zwingend werden sollen, besteht kein Einwand.

#### **Zu Ziff. 35 (§ 70 Abs. 3)**

Gegen den hier vorgesehenen Entfall des Grundsatzes der Unteilbarkeit der Prämie für den Fall der Kündigung bei Veräußerung der versicherten Sache haben wir keinen Einwand.

Da auch hier Auswirkungen auf die Prämienkalkulation erwartet werden müssen, die entsprechend Zeit erfordert, müßte eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten



vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

### **Zu Ziff. 36 (§ 96 Abs. 3)**

Hier ist vorgesehen, daß der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie für den Fall der Kündigung von Feuerversicherungsverträgen nach Eintritt des Versicherungsfalles entfällt. Dabei wird jedoch nicht darauf Bedacht genommen, daß dem Versicherer, der im Versicherungsfall geleistet hat, jener Teil der Jahresprämie verbleiben muß, welcher auf den, dem Schaden entsprechenden Betrag der Versicherungssumme entfällt. Für den Fall der Kündigung des Versicherers müßte es also bei der derzeitigen gesetzlichen Regelung bleiben. Akzeptabel wäre es, diese Regelung auf den Fall der Kündigung des Versicherungsnehmers auszudehnen und von dem hier derzeit im Gesetz vorgesehenen Verfall der ganzen Jahresprämie abzugehen.

Wenn es bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben sollte, ergeben sich Auswirkungen auf die Prämienkalkulation, die entsprechend Zeit erfordert. Es müßte deshalb eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

### **Zu Ziff. 37 (§ 108)**

Aufgrund der hier vorgesehenen Bestimmung wäre die in den Feuerversicherungsbedingungen derzeit enthaltene Vereinbarung, wonach dem Versicherer im Versicherungsfall ein freies Kündigungsrecht zusteht, der Versicherungsnehmer aber nur kündigen kann, wenn sich der Versicherer nicht vertragsgemäß verhalten hat, nicht mehr zulässig. Das ist abzulehnen. Die erwähnte Differenzierung ist durchaus sachgerecht, weil einerseits nicht einzusehen ist, weshalb der Versicherungsnehmer zur Kündigung berechtigt sein soll, auch wenn der Versicherer sich im Versicherungsfall vertragsgemäß verhalten hat, andererseits aber der Versicherer vielfach erst im Versicherungsfall erkennen kann, daß das übernommene Risiko der Prämie nicht entspricht. Ein freies Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers im Versicherungsfall würde im übrigen den Versicherer vielfach einem erheblichen Druck nach Erbringung nicht zustehender Leistungen bei sonstiger Kündigung aussetzen.

Es sollte deshalb bei der derzeitigen Regelung bleiben.

Wenn es bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben sollte, ergeben sich Auswirkungen auf die Prämienkalkulation, die entsprechend Zeit erfordert. Es müßte deshalb eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

#### **Zu Ziff. 38 (§ 113) und zu Ziff 39 (§ 115a)**

Zu dem hier für die Hagelversicherung vorgesehenen Entfall der Möglichkeit, im Versicherungsvertrag eine Beschränkung des Kündigungsrechtes des Versicherungsnehmers im Versicherungsfall zu vereinbaren, sprechen die bereits zur Feuerversicherung dargelegten Überlegungen. Die Entwurfsbestimmung ist abzulehnen.

Wenn es bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben sollte, ergeben sich Auswirkungen auf die Prämienkalkulation, die entsprechend Zeit erfordert. Es müßte deshalb eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die neue Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

#### **Zu Ziff. 40 (§ 154 Abs. 2)**

Die vorgesehene Änderung der für die Haftpflichtversicherung gültigen Bestimmungen des § 154 Abs. 2 schließt eine Vereinbarung aus, wonach der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt; Einwände gegen Grund und Höhe des vom Versicherungsnehmer erfüllten Anspruchs des Geschädigten bleiben dem Versicherer dabei unbenommen. Dagegen haben wir keinen Einwand.

#### **Zu Ziff. 41 (§ 158 Abs. 3) und zu Ziff. 42 (§ 158a)**

Auch gegen den hier vorgesehenen Entfall der Möglichkeit einer Beschränkung des Kündigungsrechtes des Versicherungsnehmers im Versicherungsfall sprechen die bereits zu Ziff. 37 dargelegten Überlegungen. Die Bestimmung ist gleichfalls abzulehnen.

Wenn es bei der vorgesehenen Neuregelung bleiben sollte, ergeben sich Auswirkungen auf die Prämienkalkulation, die entsprechend Zeit erfordert. Es müßte deshalb eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden. Die neue

Regelung dürfte nur auf Versicherungsverträge anwendbar sein, die frühestens ab 1. Jänner 1995 abgeschlossen werden.

**Zu den die Rechtsschutzversicherung betreffende Bestimmungen:**

**Zu Ziff. 43 (§ 158j)**

Es wird angeregt, im letzten Halbsatz das Wort "erfaßt" durch "umfaßt" zu ersetzen.

**Zu Ziff. 44 (§ 158l Abs. 2)**

Hiezu haben wir keine Bemerkungen.

**Zu Ziff. 45 (§§ 158m bis 158o)**

**§ 158m:**

Eine dem § 158m entsprechende Regelung ist weder im Vertragsrecht des ABGB, noch im KSchG, noch in anderen Versicherungszweigen vorgesehen. Es gibt keine sachliche Notwendigkeit, dem Rechtsschutzversicherer diesbezüglich besondere Pflichten aufzuerlegen.

Der Versicherte erhält bei Vertragsabschluß die Versicherungsbedingungen ausgefolgt. Es ist ihm durchaus zumutbar, sich dann, wenn er den Versicherer in Anspruch nehmen will, selbst über seine Pflichten zu informieren. Für den Fall, daß die Bedingungen nicht ausgefolgt werden, greift die Sanktion des neuen § 6 Abs. 5.

Gerade weil der Rechtsschutzversicherte sehr oft anwaltlich vertreten ist, befindet er sich in einer wesentlich besseren Situation, als Versicherte in anderen Versicherungszweigen. Der Anwalt, der im Auftrag des Versicherten den Deckungsanspruch geltend macht bzw. den Versicherten bei der Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen vertritt, ist in der Lage und verpflichtet, den Versicherten entsprechend zu informieren und zu beraten. Wenn diese Pflicht zusätzlich standesrechtlich abgesichert wird, sind die Interessen der Rechtsschutzversicherten ausreichend berücksichtigt.

Die gesonderte Statuierung einer derartigen Informationspflicht anlässlich der Geltendmachung des Deckungsanspruches in Verbindung mit der vorgesehenen Sanktion führt

- einerseits zu unangemessenen Ergebnissen, wenn im Einzelfall aus (leichter) Fahrlässigkeit eines einzelnen Mitarbeiters die vorgesehene Information unterbleibt, und
- andererseits zur Gefahr einer mißbräuchlichen Inanspruchnahme der vorgesehenen Sanktion, wenn der Versicherer seiner Pflicht zwar nachkommt, ihre Erfüllung aber nicht nachweisen kann.

Es wird daher vorgeschlagen, die Regelung des § 158m entfallen zu lassen.

Für den Fall, daß sie trotz dieser Bedenken aufrecht bleiben sollte, sind folgende Änderungen angebracht:

- ◆ Für die Informationspflicht des § 158m sind nicht nur dieselben Fristen sondern auch dieselben Verlängerungsmöglichkeiten erforderlich, wie für die Eintrittserklärung nach § 158n.

Aus Kostengründen muß es möglich sein, beides in einem Akt abzufertigen. Davon abgesehen ist es vor dem Vorliegen aller für die Prüfung der Eintrittspflicht notwendigen Informationen und Unterlagen oft gar nicht möglich, den Versicherungsfall zeitlich zu fixieren und festzustellen, welcher Vertrag bzw. welche Bedingungen und darin enthaltenen Obliegenheiten zur Anwendung kommen.

Zielführend wäre es daher, zuerst die Bestätigung bzw. Ablehnung des Versicherungsschutzes zu regeln und erst dann auf die Informationspflicht über Obliegenheiten einzugehen. Hier könnte dann auf die Fristen und Verlängerungsmöglichkeiten verwiesen werden, die auch für die Bestätigung des Versicherungsschutzes gelten.

- ◆ Sowohl in § 158m als auch in § 158n wäre klarzustellen, daß die Absendung der entsprechenden Erklärungen und Informationen durch den Versicherer innerhalb der vorgesehenen Fristen ausreicht.
- ◆ Macht der Versicherte seinen Deckungsanspruch selbst geltend, müssen Erklärungen und Mitteilungen des Versicherers an ihn gerichtet werden. Wird der Deckungsanspruch im Auftrag und im Vollmachtsnamen des Versicherten von einem Rechtsanwalt geltend gemacht, müssen Erklärungen und Mitteilungen des Versicherers an den Vollmachtinhaber gerichtet werden.

Eine Abweichung von den allgemein gültigen Vorschriften über das Vollmachtsverhältnis ist rechtlich bedenklich und verursacht unnötige, zusätzliche Kosten. Es ist Aufgabe des Auftragnehmers und Vollmachtinhabers, den Auftraggeber entsprechend zu beraten und zu informieren. Wir schlagen daher vor, im letzten Halbsatz des § 158m Abs. 1 das Wort *"auch"* zu streichen.

- ◆ Sowohl in § 158m Abs. 1 als auch im § 158n Abs. 1 sollte der Begriff *"Vertreter"* durch den Begriff *"Rechtsvertreter"* ersetzt werden. Gemeint sind hier der Rechtsanwalt bzw. eine sonst zur berufsmäßigen Parteienvertretung befugte Person. Sicher nicht gedacht war an sonstige Vollmachtinhaber (z.B. Makler).
- ◆ Wenn eine Pflicht zur Information über Obliegenheiten überhaupt statuiert werden soll, sollte aus den oben erwähnten Gründen die gesonderte Erwähnung einer Nachweispflicht des Versicherers in § 158m Abs. 2 entfallen. Ihre gesonderte Anführung provoziert Mißbrauch und Streitfälle.

#### § 158n:

In § 158n Abs. 1 sollte der Satz nach dem Strichpunkt entfallen. Die hier gestellten Anforderungen an die Begründung gehen aus den bereits zu § 12 Abs. 2 dargelegten Gründen zu weit.

In § 158n Abs. 1, letzter Satz, sollte der Begriff *"Vertreter"* durch den Begriff *"Rechtsvertreter"* ersetzt werden. Im letzten Halbsatz sollte das Wort *"auch"* gestrichen werden. Beide Vorschläge wurden in der Stellungnahme zu § 158m bereits begründet.

Die in § 158n Abs. 3 vorgesehene Sanktion ist zu weitgehend. Eine verspätete oder nicht entsprechend begründete Ablehnung soll nicht zum Ergebnis führen, daß Leistungen, die nicht vereinbart sind, für die daher auch kein Entgelt in Form der Prämie entrichtet wurde, zu erbringen sind.

Im Gegensatz zu den Erläuterungen deutet die Textierung *"... so ist er jedenfalls zur Deckung all jener Kosten verpflichtet, die ..."* darauf hin, daß diese Konsequenz zusätzlich zu einer eventuellen Schadenersatzverpflichtung eintreten kann.

Der Ausschluß der Sanktion für solche Kosten, die **offensichtlich** nicht vom Versicherungsschutz umfaßt sind, ist unzureichend. Einerseits blieben Fälle, in denen wegen verspäteter Prämienzahlung oder wegen der Verletzung von Obliegenheiten vor Geltendmachung des Deckungsanspruches kein Versicherungsschutz besteht,

deckungspflichtig; andererseits ist unklar, welchen Inhalt die Judikatur dem Begriff *"offensichtlich nicht vom Versicherungsschutz umfaßt"* zumessen wird. So ist beispielsweise zweifelhaft, ob Fälle, die aufgrund von notwendigen und wichtigen Risikoausschlüssen nicht unter Versicherungsschutz fallen, tatsächlich als *"offensichtlich nicht vom Versicherungsschutz umfaßt"* beurteilt werden.

Ohne daß es einer Sonderregelung bedürfte ist klar, daß der Versicherer dann, wenn dem Versicherten aus seinem Verschulden ein Schaden entsteht, verpflichtet ist, diesen zu ersetzen. Wir schlagen daher vor, den Abs. 3 ersatzlos zu streichen oder anstelle der hier geregelten Sanktion ein außerordentliches Kündigungsrecht des Versicherten festzulegen oder zumindest das Wort *"offensichtlich"* ersatzlos zu streichen.

#### § 158o:

Hiezu haben wir keine Bemerkungen.

#### Übergangsbestimmungen Rechtsschutz:

Sämtliche Bestimmungen sollten nur auf neu abgeschlossene Verträge Anwendung finden. Im Hinblick auf die in den Versicherungsbedingungen, Formularen und Arbeitsabläufen erforderlichen Änderungen müßte außerdem eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.

#### Zu Ziff. 46 bis 49

Hiezu haben wir keine Bemerkungen.

#### Zu den die Krankenversicherung betreffende Bestimmungen:

#### Zu Ziff. 50

#### §§ 178a und b:

Diese Bestimmungen entsprechen im wesentlichen den Vorschlägen des Versicherungsverbandes.

#### § 178c:

Abs. 1 sieht vor, daß Kostendeckungszusagen mit einem Endtermin zu begrenzen sind, widrigenfalls sie für die gesamte Laufzeit des Vertrages gelten. Dabei bleibt aber offen, ob auch die derzeit übliche Begrenzung auf die Zeit der unveränderten

Geltung der bei der Erteilung der Zusage gültigen, durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag mit dem Versicherer geregelten Krankenhausgebühren und Arzthonorare möglich und wirksam ist. Diese Begrenzung ist unbedingt notwendig und muß eine Beendigung der Kostendeckungszusage auch schon vor dem festgesetzten Endtermin ermöglichen. Bei der Festsetzung des Endtermines kann der Versicherer nämlich nicht immer voraussehen, ob es vor diesem Endtermin zu einer Kostenerhöhung kommen wird, die eine Aufrechterhaltung der Kostendeckungszusage unmöglich macht. Die Wirksamkeit auch einer solchen Beschränkung müßte im Gesetz oder zumindest in den Erläuterungen klargestellt werden.

#### § 178d:

Abs. 1 läßt die Frage offen, ob die hier angeführten besonderen Wartezeiten taxativ gemeint sind, oder ob auch für weitere Behandlungsbereiche (z.B. Fehlgeburten, Untersuchungen und Behandlungen zur Beseitigung der Unfruchtbarkeit) besondere Wartezeiten vereinbart werden können. Es sollte im Gesetzestext oder zumindest in den Erläuterungen dazu zum Ausdruck gebracht werden, daß es sich um eine demonstrative Aufzählung handelt, sodaß auch für andere abgegrenzte medizinische Behandlungsbereiche angemessene besondere Wartezeiten, eventuell maximiert mit einem Zeitraum von 2 Jahren, vereinbart werden können.

Zum 3. Absatz wird darauf hingewiesen, daß es Sinn und Zweck von Wartezeiten ist, nicht auf die schwer beweisbare Kenntnis oder Unkenntnis von Erkrankungen abzustellen, sondern Erkrankungen, die unmittelbar nach Vertragsabschluß auftreten, generell im Interesse der Versichertengemeinschaft vom Versicherungsschutz auszuschließen. Da die Wartezeiten aufgrund Abs. 1 nicht allzu lang sein dürfen, ist eine derartige Einschränkung des Versicherungsschutzes für jeden neuen Kunden selbst dann zumutbar, wenn die Krankheit wirklich erst nach Vertragsabschluß für ihn erkennbar wurde. Abs. 3 soll daher ersatzlos fallen.

In der ersten Zeile des Abs. 3 sollte das Wort "*Wartefrist*" durch "*Wartezeit*" ersetzt werden.

#### § 178e:

Die hier vorgesehene Regelung geht weit über die derzeit in § 2 Abs. 6 der Musterbedingungen vorgesehenen Bestimmungen hinaus. Die Regelung in den Musterbedingungen bezieht sich nur auf neugeborene Kinder, die keinen Anspruch auf Sozialversicherung haben. Das Recht auf "*obligatorische*" Mitversicherung setzt derzeit voraus, daß **beide** Elternteile seit mindestens drei Monaten nach gleichwertigen Tarifen versichert sind. Ferner müssen **alle** im gemeinsamen Haushalt lebenden

Kinder schon mitversichert sein. Weiters besteht die Möglichkeit, für gravierende Erkrankungen Risikozuschläge einzuheben.

Die nunmehr vorgesehene Regelung begünstigt Mißbräuche dahingehend, daß Mütter, die die Krankenversicherung vorwiegend zur Erlangung des Geburtengeldes abgeschlossen haben, im Falle einer schweren Erkrankung des Kindes auch noch weitere Versicherungsleistungen erzwingen können, ohne daß die übrigen Familienmitglieder sich zur Versicherung anmelden.

§ 178e ist gemäß § 178s nicht zwingend. Auf unsere Anmerkungen zu dieser Bestimmung wird hingewiesen.

#### § 178f:

Abs. 1 bezieht sich nicht nur auf die Vornahme von Prämien erhöhungen, sondern stellt auch die alleinige Bestimmung des Entwurfes für Änderungen des Versicherungsschutzes (der Versicherungsbedingungen) durch den Versicherer dar.

Im Begleitschreiben des Bundesministeriums für Justiz zum Begutachtungsentwurf werden zu der in den §§ 178ff vorgesehenen *"kollektiven Rechtsgestaltung für Vertragsanpassungen"*, im folgenden als *"Kuratorlösung"* bezeichnet, zwei Alternativlösungen angeführt; dazu wird festgehalten:

#### a) Rückgewähr der "angesparten" Alterungsrückstellung bei Versichererwechsel

Dieses Modell berücksichtigt nur eines der beiden Hindernisse für einen Wechsel des Versicherten zu einem anderen Krankenversicherer. Neben der Alterungsrückstellung ist auch die Problematik der Gesundheitssituation zu berücksichtigen. Die während der Versicherungszeit eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes muß auch bei dem übernehmenden Versicherer zu Prämienzuschlägen oder Leistungsausschlüssen oder überhaupt zur Ablehnung des Wechsels führen. Dies bedeutet daher, daß nur gesunde Versicherte einen für sie finanziell günstigen Wechsel durchführen können, und führt zur Antiselektion.

Darüber hinaus wurde bei der bisherigen mathematischen Kalkulation von vornherein ein Ausscheiden - außer durch Tod - berücksichtigt. Dabei wurden Annahmen getroffen, die im derzeitigen Ausscheidungsverfahren begründet sind. Wird durch das vorgeschlagene Modell das Ausscheidungsverhalten beeinflußt, so stimmen die Kalkulationsgrundlagen nicht mehr. Jener Teil, der den Versiche-



rungsschutz nicht ganz aufgibt, sondern zu einem anderen Krankenversicherer wechselt, nimmt die Alterungsrückstellung mit, die nach dem bisherigen Modell der übrigen Versichertengemeinschaft zu Gute kam. Dies würde sich bei einer künftigen Prämienkalkulation spürbar prämienerhöhend auswirken. Daraus folgt aber auch, daß dieses Modell keinesfalls auf bestehende Verträge angewendet werden kann.

Weiters ist darauf hinzuweisen, daß die Reservierungen - unter anderem bedingt durch unterschiedliche Versichertenbestände - nach unterschiedlichen Geschäftsplänen erfolgen. Wechselt ein Versicherter aus einem Versicherungsunternehmen mit höherer Alterungsrückstellung zu einem Unternehmen mit niedriger Alterungsrückstellung, so führt dies zu Wettbewerbsverzerrungen.

Das gegenständliche Modell ist daher weder im Sinne bestehender Versichertengemeinschaften noch künftiger Versicherungsmodelle, und zwar weder aus der Sicht der Konsumenten noch aus der Sicht der Versicherer, sachgemäß. Es ist daher entschieden abzulehnen.

b) Verbands-(Feststellungs)klage für die in § 29 KSchG genannten Institutionen

Dieses Modell geht davon aus, daß der Krankenversicherer vereinbarte Anpassungen der Prämie **und/oder** des Versicherungsschutzes (der Versicherungsbedingungen) im Rahmen der einschlägigen Bestimmungen des KSchG sowie des § 178f Abs. 2 **einseitig** vornehmen kann. Jeder einzelne Versicherungsnehmer könnte dann die einseitig vorgenommene Änderung bei Gericht mittels Feststellungsklage mit Wirkung für sich selbst bekämpfen. Zusätzlich würde die Möglichkeit für die in § 29 KSchG genannten Institutionen (erweitert um das Bundesministerium für Finanzen als Versicherungsaufsichtsbehörde) geschaffen, die Änderung bei Gericht mittels Feststellungsklage **mit Wirkung für alle betroffenen Versicherungsnehmer zu bekämpfen.**

Diesem Modell wird gegenüber der *"Kuratorlösung"* der Vorzug gegeben, weil es wesentlich unbürokratischer und im Sinne sowohl der Versicherten als auch der Versicherer kosteneffizienter ist.

Ein sachgerechtes Funktionieren des Modells setzt unserer Meinung nach voraus, daß

- die Erhebung einer Feststellungsklage durch einen einzelnen Versicherungsnehmer oder einen der genannten Verbände **keine aufschiebende Wirkung** gegenüber der vom Versicherer vorgenommenen Änderungen hat;
- für **alle** Feststellungsklagen (von Versicherungsnehmern und/oder Verbänden) eine ausschließliche Gerichtszuständigkeit (z.B. des Handelsgerichts Wien) geschaffen wird.

Unserer Überzeugung nach sollten die Kosten einer Verbandsfeststellungsklage im Falle des Unterliegens des klagsführenden Verbandes ausschließlich von diesem Verband zu tragen sein. Eine Überwälzung dieser Kosten von den Mitgliedern des klagsführenden Verbandes auf die einzelnen Versicherten wird nicht für sachgerecht gehalten. Gegen eine gesetzliche Streitwertfestlegung als Basis zur Errechnung des Kostenersatzes bestehen keine Bedenken, solange dieser Streitwert eine Befassung des Obersten Gerichtshofs ermöglicht.

Das Zusammenwirken der Bestimmungen des § 178f mit den Bestimmungen des § 6 Abs. 1 Ziff. 5 KSchG und des § 6 Abs. 2 Ziff. 3 KSchG ist äußerst unklar. Die zitierte Bestimmung des § 6 Abs. 1 Ziff. 5 KSchG würde für Prämien erhöhungen bedeuten, daß diese nur dann vom Versicherer vorgeschrieben werden können, wenn die für die Erhöhung maßgebenden Umstände im Vertrag umschrieben sind und ihr Eintritt nicht vom Willen des Versicherers abhängt. Einer der wesentlichsten Umstände für eine Erhöhung der Krankenversicherungsprämien ist, daß die für Leistungen des Gesundheitswesens durch Gesetz oder Vertrag festgelegten Preise steigen. Die Krankenversicherer bemühen sich im Interesse der von ihnen vertretenen Versicherten, möglichst geringe Preissteigerungen zu erreichen. Dieses Ziel wird häufig dadurch erreicht, daß den Versicherten aufgrund der Bemühungen der Versicherer Rabatte eingeräumt werden. Wäre es denkbar, daß die Entwicklung der Preise für Leistungen des Gesundheitswesens im Hinblick auf diese Mitwirkung der Versicherer als auch von ihrem Willen abhängig angesehen werden könnte?

Unserer Überzeugung nach sind die genannten Bestimmungen des KSchG auf die Anpassung von Krankenversicherungsverträgen nicht anwendbar. Im Hinblick auf die zur Diskussion stehenden Bestimmungen des § 178f ist die Anwendung dieser KSchG-Bestimmungen auch nicht notwendig. Die ins Auge gefaßten Bestimmungen des § 178f sollen ja als *lex specialis* den mit den KSchG-Bestimmungen angestrebten Zweck durch eine den speziellen Gegebenheiten entsprechende Regelung zweifelsfrei herbeiführen. Es soll daher sowohl im ersten als auch im zweiten Absatz des § 178f der Hinweis auf § 6 Abs. 1 Ziff. 5 KSchG und § 6 Abs. 2 Ziff. 3 KSchG entfal-

len. In den Erläuterungen zu § 178f sollte festgestellt werden, daß es sich um eine *lex specialis* zu § 6 Abs. 1 Ziff. 5 KSchG und § 6 Abs. 2 Ziff. 3 KSchG handelt.

§ 178f Abs. 2:

Abs. 2 zählt die Umstände, die zu einer Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes führen können, **taxativ** auf. Auch wenn diese taxative Aufzählung gegenüber den Erstentwürfen erweitert worden ist, spricht gegen die vorgesehene Regelung jedenfalls, daß Krankenversicherungsverträge häufig auf eine Vertragsdauer von mehr als 50 oder 60 Jahren geschlossen werden und für den Versicherer während dieses gesamten Zeitraumes nicht kündbar sind. Eine gesetzliche Bindung eines Vertragsteiles zur uneingeschränkten Einhaltung des Vertrages in Verbindung mit der durch die taxative Aufzählung der Anpassungsumstände beschränkten Möglichkeit, auf Änderungen des rechtlichen und wirtschaftlichen Vertragshintergrundes reagieren zu können, ist äußerst problematisch.

Im Hinblick auf die nunmehr in Aussicht gestellte Regelung über Verbandsfeststellungsklagen wird nach wie vor einer Generalklausel-Regelung (z.B. wie in den derzeitigen Versicherungsbedingungen vorgesehen) für besser geeignet und auch für ausreichend gehalten. Jedenfalls wäre aber eine weitere Einschränkung der vorgesehenen Anpassungstatbestände nicht akzeptabel.

Ziff. 3 dieses Absatzes sieht vor, daß neben anderen Umständen auch die *"Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die Gesamtbevölkerung"* als Anpassungsfaktor vereinbart werden darf.

Wie in der Besprechung im Bundesministerium für Justiz am 21.12.1993 ausführlich erörtert, halten wir den Bezug dieses Anpassungsfaktors auf die Gesamtbevölkerung für nicht sachgerecht. Unserer Überzeugung nach ist auf die **Veränderung** der Häufigkeit **in der jeweiligen Tarifgemeinschaft** abzustellen, weil einzelne Tarifgemeinschaften (z.B. mit verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen nach ASVG, GSVG oder BSVG) durchaus relevante Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese Unterschiede zeigen sich aber auch signifikant bei verschiedenen Berufsgruppen, Einkommenschichten usw. Das vorgesehene Abstellen auf die Gesamtbevölkerung trägt also dem mit der vorliegenden Gesetzesnovelle angestrebten Ziel der Produktvielfalt und des freien Wettbewerbs nicht Rechnung, sondern bedeutet eine Wettbewerbsverzerrung mit nivellierender Tendenz zu Einheitsprämien.

Die Worte *"bezogen auf die Gesamtbevölkerung"* sollen daher ersatzlos entfallen. Eine entsprechende Adaptierung der Erläuterungen ist ebenfalls erforderlich.

§ 178g bis § 178m:

Da in der Besprechung im Bundesministerium für Justiz am 21.12.1993 von allen Interessensvertretern dem Modell der Verbandsfeststellungsklage gegenüber der *"Kuratorlösung"* der Vorzug gegeben wurde, wird zu Detailfragen der *"Kuratorlösung"* nicht mehr Stellung genommen.

Als grundsätzliche Überlegung wird festgehalten, daß unserer Meinung nach die *"Kuratorlösung"* überhaupt nur dann hätte funktionieren können, wenn für jedes Krankenversicherungsunternehmen jeweils nur **ein** Kurator auf einen sehr langen Zeitraum zu bestellen wäre. Das in § 178m vorgesehene Gestaltungsrecht des Kurators wäre in Bezug auf eine Änderung des Versicherungsschutzes (der Versicherungsbedingungen) jedenfalls nicht akzeptabel.

§ 178n:

Diese Bestimmung entspricht im wesentlichen den Vorschlägen des Versicherungsverbandes über ein Verbot befristeter Verträge sowie über die Unkündbarkeit durch den Versicherer.

Der Entwurf enthält jedoch keine Bestimmung über die vom Versicherungsverband vorgeschlagene *"Gegenkündigung"* des Versicherers, für den Fall, daß der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nur hinsichtlich einzelner Personen kündigt. Die Kündigung des Versicherungsnehmers nur hinsichtlich einzelner Personen kann die Risikosituation des Versicherers gravierend beeinflussen. Eine inakzeptable Verschlechterung der Risikosituation tritt insbesondere dann ein, wenn bei der Versicherung einer gesamten Familie hinsichtlich sämtlicher gesunder Familienmitglieder gekündigt wird und nur ein gravierend erkranktes Familienmitglied versichert bleibt. Oft akzeptiert ein Krankenversicherer ein schlechtes Risiko gerade deswegen, weil gleichzeitig auch gute Risiken mitversichert werden können. Derartige Kündigungsmißbräuche liegen nicht im Interesse der Versichertengemeinschaft. Daher ist in den derzeit geltenden Musterbedingungen eine Gegenkündigungsmöglichkeit für den Versicherer vorgesehen. Diese Regelung sollte als 4. Absatz des § 178n mit folgendem Text beibehalten werden:

*"Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von ei-*

*nem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen."*

**§ 178o:**

Das hier vorgesehene Fortsetzungsrecht der Versicherten ist zu weit gefaßt. Insbesondere ist nicht einzusehen, warum die Versicherten ein Fortsetzungsrecht haben sollten, wenn der Versicherer eine Krankengeldversicherung oder eine Zahnversicherung gemäß § 178n Abs. 2 kündigt.

Auch wenn der Versicherungsnehmer selbst kündigt, sollen die Versicherten kein Fortsetzungsrecht haben. Dies würde nämlich wieder zu unerwünschten Risikoselektionen führen (siehe dazu die vorstehenden Ausführungen zur Gegenkündigung).

Wir sind daher nach wie vor überzeugt, daß es bei der vom Versicherungsverband vorgeschlagenen Formulierung bleiben sollte, wonach das Fortsetzungsrecht der Versicherten ausschließlich an den Tod des Versicherungsnehmers anknüpft. Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes aus einem Gruppenversicherungsvertrag als gleichartige Einzelversicherung ist ohnehin gesondert geregelt.

**§ 178p:**

Das Recht des Versicherers, wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten, ist hier auf drei Jahre nach Vertragsabschluß beschränkt. Diese Dreijahresfrist ist zu kurz, weil in der Praxis auch gravierendere Verletzungen der Anzeigepflicht oft erst nach mehr als drei Jahren durch den Eintritt eines Versicherungsfalles manifest werden. Im Interesse des Schutzes der Versichertengemeinschaft vor unredlichen Antragstellern soll in das Gesetz eine **Fünfjahresfrist** aufgenommen werden.

**§ 178q:**

Hier ist Leistungsfreiheit für den Versicherer nur dann vorgesehen, wenn der Versicherte (**nicht der Versicherungsnehmer**) die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Die Leistungsfreiheit sollte auch dann eintreten, wenn der Versicherungsnehmer selbst den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Es ist nicht einzusehen, warum der Versicherer Leistungen zu erbringen haben sollte, wenn sein zivilrechtlicher Vertragspartner selbst vorsätzlich einen Schaden herbeiführt. Dies ist auch insofern systemwidrig, als die private Krankenversicherung ja nicht Sozialversicherung der versicherten Personen, sondern ein zivilrechtliches Schuldverhältnis ist.

**§ 178r:**

Gemäß Abs. 1 ist ein Gruppenversicherter berechtigt, sein Krankenversicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung als Einzelversicherung fortzusetzen, sofern er bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung **versicherungsfähig** war.

Die Bestimmung und auch die Erläuterungen dazu lassen die Frage offen, was unter *"bei Eintritt in die Gruppenversicherung ... versicherungsfähig"* zu verstehen ist. Ist jemand im Sinne dieser Bestimmung versicherungsfähig, wenn er seinerzeit in der Einzelversicherung nur gegen einen Risikozuschlag oder mit einer Haftungseinschränkung versichert worden wäre? Besteht in diesem Fall überhaupt kein Fortsetzungsrecht oder nur ein Fortsetzungsrecht mit einem Risikozuschlag in der Höhe des seinerzeitigen Zuschlages bzw. mit der seinerzeitigen Haftungseinschränkung?

Unserer Meinung nach sollte die sachgerechte Regelung der Muster-Gruppenversicherungsbedingungen auch in Hinkunft beibehalten und in Abs. 1 als vorletzter Satz folgender Satz eingefügt werden:

*"Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Eintritt in die Gruppenversicherung bestanden haben, und deren Folgen, sind vom Versicherungsschutz ausgenommen, können aber zu besonderen Bedingungen eingeschlossen werden."*

Es wäre nicht verständlich, warum jemand, der in der Einzelversicherung nur mit einem höheren Risikozuschlag versichert werden kann, aufgrund einer nicht selten sehr kurzfristigen und vielleicht zufälligen Gruppenversicherungszugehörigkeit nunmehr ein lebenslanges Recht auf Einzelversicherung ohne Risikozuschlag haben sollte.

Gemäß Abs. 5 würde § 178f Abs. 1 und 2 auch für Gruppenversicherungsverträge gelten. Das ist aus folgendem Grund nicht sachgerecht:

Ein unumgänglicher Anpassungsgrund für Gruppenversicherungsverträge ist mitunter, daß sich die Beteiligungsstruktur am Gruppenversicherungsvertrag im Laufe der Jahre ändert, z.B. wenn sich der Versichertenbestand durch den Personalaufnahmestop eines versicherten Betriebes oder durch Umstrukturierungsmaßnahmen ändert. Dieser Anpassungsgrund, der nicht dem Versicherer zuzurechnen ist, ist in § 178f Abs. nicht angeführt, was ebenfalls die bereits kritisierte Problematik der taxativen Aufzählung der Anpassungsgründe zeigt.

Unserer Überzeugung nach bedarf es bei Gruppenversicherungsverträgen, die ohnehin von beiden Vertragspartnern jährlich gekündigt werden können, keiner Aufzählung von Anpassungsgründen. Würde ein vom Versicherer geltend gemachter Anpassungsgrund, der sich aufgrund des jeweiligen Versichertenbestandes aus versicherungsmathematischen Berechnungen zwingend ergibt, vom Gesetz nicht anerkannt oder vom Vertragspartner nicht akzeptiert, wäre der Versicherer zur Kündigung dieses Vertrages gezwungen. Es sollte daher der **gesamte § 178f** für Gruppenversicherungsverträge nicht gelten.

#### § 178s:

Hier ist vorgesehen, daß die Bestimmungen des § 178e (obligatorische Kindermitversicherung) nicht zwingend sind. Die Bestimmungen sollten dennoch unseren Vorschlägen entsprechend wesentlich enger formuliert werden.

Sofern die Bestimmungen des § 178q (vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles) nicht gemäß dem berechtigten Wunsch der Krankenversicherer geändert werden, sollten zumindest weitergehende Vereinbarungen zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer zulässig sein, d.h. § 178Q sollte nicht mit zwingender Wirkung ausgestattet werden.

#### Zu Ziff. 51 (§ 191b)

Betreffend die Übergangsbestimmungen verweisen wir hinsichtlich Ziffer 1 bis 49 auf unsere diesbezüglichen Ausführungen bei den einzelnen Bestimmungen.

Hinsichtlich der die Krankenversicherung betreffenden Bestimmungen in Ziffer 50 halten wir fest:

Gemäß § 178n Abs. 1 würden auch Krankenversicherungsverträge, die vor dem 1. Juli 1994 auf eine **bestimmte** Zeit abgeschlossen worden sind, nunmehr unbefristet gelten. Das wäre ein gravierender rückwirkender Eingriff in bestehende Verträge und ist abzulehnen. § 178n Abs. 1 ist daher in die Übergangsbestimmung des § 191b Abs. 2 einzufügen.

Auch die Bestimmungen des § 178n Abs. 2 (Wegfall des ordentlichen Kündigungsrechtes des Versicherers) sollten erst für solche Krankenversicherungsverträge gelten, die nach dem 1.7.1994 abgeschlossen werden.

Für die Bestimmungen der §§ 178c (Kostendeckungszusage), 178d (Wartezeiten) und 178p (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) ist vorgesehen, daß sie für

ab 1.7.1994 abgegebene Kostendeckungszusagen bzw. geschlossene Krankenversicherungsverträge gelten sollen. Diese neuen Bestimmungen werden aber Änderungen in den Versicherungsbedingungen, in verschiedenen Formularen und in den Arbeitsabläufen erforderlich machen. Wegen der damit verbundenen Arbeiten ist eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten nötig. Diese neuen Bestimmungen dürfen deshalb erst für Verträge gelten, die frühestens ab 1.1.1995 geschlossen werden.

Für die Bestimmungen der §§ 178f (Änderung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes), 178o (Fortsetzungsrecht des Versicherten) und 178q (vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles) ist die Geltung auch für bereits bestehende Krankenversicherungsverträge vorgesehen. Dagegen besteht kein Einwand. Auch hier werden aber für neu abzuschließende Verträge Änderungen in den Versicherungsbedingungen und verschiedenen Formularen erforderlich sein. Es sollte deshalb gleichfalls eine Übergangsfrist von mindestens 6 Monaten vorgesehen werden.