

Vertragsschluss, vereinbaren, sofern dieser für den Versicherungsnehmer nicht nachteilig ist (§ 171 VVG-E).

#### **Zu § 165** (Prämienfreie Versicherung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 174 Abs. 1 VVG. Die Zahlungspflicht des Versicherers nach Satz 2 erfasst auch etwaige Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer Überschussbeteiligung (§ 169 Abs. 7 VVG-E).

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird für die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung ergänzend auf § 169 Abs. 3 bis 5 VVG-E verwiesen, um den Gleichlauf der Berechnung mit dem Rückkaufswert im Fall der Kündigung sicherzustellen. Die prämienfreie Versicherungsleistung ist für jedes Versicherungsjahr gesondert im Voraus zu beziffern. Hinsichtlich ihrer Berechnung kann der Versicherer zwar nach § 171 VVG-E von den §§ 165, 169 VVG-E nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen: Dieser soll aber schon bei Vertragsschluss wissen, welche genauen Beträge ihm in den einzelnen Vertragsjahren nach der Berechnung des Versicherers zustehen. Die Berechnung und die Bezifferung im Vertrag beziehen sich allerdings nur auf die garantierten Werte, da die Höhe der zusätzlichen Überschussbeteiligung zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht feststeht.

Zu Absatz 3

Satz 1 übernimmt den bisherigen § 174 Abs. 3 VVG.

Mit Satz 2 wird lediglich klargestellt, dass bereits begründete Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer Überschussbeteiligung durch die Umwandlung nicht berührt werden (vgl. auch § 169 Abs. 7 VVG-E).

#### **Zu § 166** (Kündigung des Versicherers)

Zu den Absätzen 1 bis 3

Diese Regelung übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 175 VVG, erstreckt aber Absatz 1 über § 38 VVG-E hinaus auf alle Fälle der Kündigung des Versicherers (z. B. nach § 19 Abs. 3 Satz 2 VVG-E).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie begründet eine Informationspflicht des Versicherers gegenüber den bezugsberechtigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern für den Fall, dass die fällige Prämie vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer nicht rechtzeitig gezahlt wird. Der Versicherer hat über den Zahlungsverzug und die eintretende Umwandlung der Versicherung zu informieren; dabei muss er die rückständigen Beträge der Prämien, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und über die Rechtsfolge des Zahlungsverzugs aufklären. Ferner hat er den bezugsberechtigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vor der Kündigung der Versicherung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Monaten einzuräumen, damit diese die Möglichkeit erhalten, mit eigenen Mitteln den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten.

#### **Zu § 167** (Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes)

Die Vorschrift übernimmt den in Artikel 4 Nr. 2 des Entwurfes eines Gesetzes zum Pfändungsschutz der Altersvorsorge und zur Anpassung des Rechts der Insolvenzanfechtung (Bundestagsdrucksache 16/886) vorgesehenen § 173 VVG.

#### **Zu § 168** (Kündigung des Versicherungsnehmers)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stimmt inhaltlich mit § 165 Abs. 1 VVG überein.

Zu Absatz 2

Der Anwendungsbereich des bisherigen § 165 Abs. 2 VVG wird dahin erweitert, dass nicht nur Kapitalversicherungen auf den Todesfall, sondern alle Lebensversicherungen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Leistungspflicht des Versicherers gewiss ist, erfasst werden. Das Kündigungsrecht besteht danach auch bei Rentenversicherungen; im Fall der Kündigung hat der Versicherungsnehmer nach § 169 VVG-E Anspruch auf den Rückkaufswert einschließlich der zugeteilten Überschussanteile.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt den neuen § 165 Abs. 3 VVG, der durch Artikel 4 Nr.1 des Entwurfes eines Gesetzes zum Pfändungsschutz der Altersvorsorge und zur Anpassung des Rechts der Insolvenzanfechtung (Bundestagsdrucksache 16/886) in das VVG eingefügt werden soll.

#### **Zu § 169** (Rückkaufswert)

Die Regelung des Rückkaufswertes weicht erheblich von dem bisherigen § 176 VVG ab. Zu den allgemeinen Erwägungen vgl. Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 8.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschränkt den Anwendungsbereich gegenüber § 176 VVG in zweifacher Weise. Zunächst werden die Fälle der Kündigung durch den Versicherer ausgeklammert, weil insoweit nach § 166 Abs. 1 VVG-E ausschließlich die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nach § 165 VVG-E vorgesehen ist. Außerdem werden aber auch die Fälle des Rücktritts und der Anfechtung durch den Versicherungsnehmer durch § 169 VVG-E nicht mehr geregelt. **Dies hat zur Folge, dass sich die Abwicklung des Vertrags nach allgemeinem Recht richtet; der Versicherungsnehmer kann also nicht nur den Rückkaufswert, sondern unter Umständen alle bisher bezahlten Prämien einschließlich Zinsen verlangen.** Dies ist grundsätzlich gerechtfertigt, weil der Versicherer in diesen Fällen Anlass zum Rücktritt oder zur Anfechtung gegeben hat; für eine Privilegierung im Verhältnis zum allgemeinen Vertragsrecht besteht kein Anlass.

Zu Absatz 2

Satz 1 beschränkt den Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufswertes in den Ausnahmefällen, in denen der nach den Absätzen 3 bis 6 berechnete Rückkaufswert höher ist als die Versicherungsleistung zum Zeitpunkt der Kündigung. Ein solcher Fall liegt vor, wenn das Deckungskapital für eine vereinbarte lebenslange Rente höher ist als die vereinbarte Rückzahlung aller Prämien im Todesfall vor Beginn der Rentenzahlung. Der von der Auszahlung nach Satz 1 ausge-

nommene Teil des Rückkaufswertes begründet eine prämiensfreie Versicherung nach § 165 VVG-E (vgl. Satz 2). Entfällt der Vertrag durch Rücktritt oder Anfechtung, ist nach Satz 3 der volle Rückkaufswert zu zahlen, da eine Fortsetzung des Vertragsverhältnisses als prämiensfreie Versicherung für die Vertragsparteien nicht zumutbar ist.

Zu Absatz 3

Die Höhe des vom Versicherer bei einer Kündigung zu zahlenden Rückkaufswertes ist derzeit durch § 176 Abs. 3 Satz 1 VVG bestimmt. Danach ist der Betrag „nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik [...] als Zeitwert der Versicherung zu berechnen.“ Diese durch das Dritte Durchführungsgesetz/EWG im Jahre 1994 eingeführte Regelung hat keine ausreichende Transparenz gebracht. Verspricht der Versicherer im Vertrag unter Übernahme des Wortlauts der Bestimmung den (nicht bezifferten) Zeitwert, ist für den Versicherungsnehmer völlig unklar, welchen Betrag er im Fall der Kündigung erhalten wird. Nennt der Versicherer dagegen den Betrag in absoluten Zahlen, kann der Versicherungsnehmer die Berechnung nicht nachvollziehen. Es kommt hinzu, dass auch fast zehn Jahre nach der Neuregelung noch nicht allgemein anerkannt ist, wie die Berechnung zu erfolgen hat; dies hat der Bundesgerichtshof erst kürzlich erneut bestätigt (Urteil vom 12. Oktober 2005, IV ZR 162/03, VersR 2005, S. 1565). Diese Unsicherheit kann dazu führen, dass ein Versicherer versucht, eine ihm günstige Berechnungsweise durchzusetzen. Der Versicherungsnehmer kann seinerseits nur einen Sachverständigen beauftragen, eine eigene Berechnung vorzunehmen; ob dessen Berechnungsweise letztlich gegenüber derjenigen des Versicherers anerkannt wird, ist ungewiss.

Der Zeitwert ist auch unabhängig von diesen Schwierigkeiten ungeeignet, den zwingenden gesetzlichen Anspruch des Versicherungsnehmers zu umschreiben. Unter Zeitwert wird nämlich – neben anderen möglichen Definitionen – der Barwert unter Berücksichtigung aller zukünftigen Zahlungen des Versicherungsnehmers und aller zukünftigen Verpflichtungen des Versicherers verstanden. Damit wird der Vertrag bis zum vereinbarten Vertragsablaufzeitpunkt, also ohne Berücksichtigung des Kündigungsrechts nach § 165 VVG, abgebildet und auf den Kündigungszeitpunkt zurückgerechnet. Dabei ist eine Abzinsung der Leistungen und Verpflichtungen, die zum Teil erst nach vielen Jahren fällig werden, erforderlich, so dass schon geringfügige Unterschiede der verwendeten, nicht eindeutig bestimmten Abzinsungsfaktoren zu großen Differenzen beim Zeitwert führen.

Aus diesen Gründen soll an die Stelle des Zeitwertes eine möglichst klare und nachvollziehbare Berechnung des Rückkaufswertes treten, die einerseits dem Versicherungsnehmer bei der Inanspruchnahme des Kündigungsrechts den durch die gezahlten Prämien angesparten Wert des Vertrags erhält, andererseits den Versicherer weder über seine bereits entstandenen Verpflichtungen hinaus belastet noch ihm gestattet, Vorteile aus der Tatsache der Kündigung zu ziehen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Transparenz hinsichtlich der Berechnung des Rückkaufswertes deutlich verbessert wird; damit wird den Forderungen des Bundesverfassungsgerichts in den oben zitierten Urteilen nach Herstellung einer höheren Transparenz auch für die Berechnung der Rückkaufswerte nachgekommen. Die Verbesserung wird erreicht, indem nach Absatz 3 die Auszahlung des Deckungs-

kapitals vorgeschrieben wird. Das Deckungskapital wird versicherungsmathematisch nach den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Berücksichtigung der bilanz- und aufsichtsrechtlichen Regelungen der Deckungsrückstellung (§ 341f HGB, § 65 VAG) berechnet. Nur bei der fondsgebundenen Lebensversicherung, bei der die Versicherungsnehmer unmittelbar die Chancen und Risiken der Anlage am Kapitalmarkt tragen, muss es bei der Zeitwertberechnung bleiben (Absatz 4).

Zusätzlich enthält Satz 1 eine Sonderregelung für die Frühstornofälle. Die bisherige Praxis der Versicherer, die ersten Prämien zur Deckung der Abschlusskosten zu verwenden und auf dieser Grundlage die Prämie zu kalkulieren (sog. Zillmerung), führt dazu, dass zumindest in den ersten zwei Vertragsjahren kein Rückkaufswert besteht. Dieses Verfahren berücksichtigt nicht hinreichend die Interessen der Versicherungsnehmer, die sich aus unterschiedlichen Gründen dazu entschließen, von ihrem gesetzlichen Kündigungsrecht Gebrauch zu machen. Dem kündigenden Versicherungsnehmer soll in diesen Fällen ein Mindestrückkaufswert zustehen. Maßgeblich ist der Betrag des Deckungskapitals, der sich errechnet, wenn die Abschluss- und Vertriebskosten rechnerisch auf die ersten fünf Vertragsjahre verteilt werden. Um auszuschließen, dass vom Versicherer die gesamten Abschlusskosten, also auch der Teil, der nach geltendem Aufsichtrecht nicht gezillmert werden darf (vgl. § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung auf der Grundlage von § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 VAG), in Ansatz gebracht werden und damit die mit der Neuregelung beabsichtigte Besserstellung des kündigenden Versicherungsnehmers verhindert würde, wird klargestellt, dass Abschluss- und Vertriebskosten nur im Rahmen des jeweils geltenden Höchstzillmersatzes angesetzt werden dürfen. Die Regelung setzt im Übrigen voraus, dass die Verrechnung der Abschlusskosten mit den Prämien vereinbart worden ist. Haben die Parteien z. B. vereinbart, dass die Abschlusskosten gesondert und ohne Zillmerung/Verrechnung gezahlt werden, es also nicht zu einer Verrechnung der Abschlusskosten kommt, kann es auch nicht zu einer Verrechnung über einen Zeitraum von fünf Jahren kommen. Der Rückkaufswert wäre einerseits entsprechend höher; die Verpflichtung zur Zahlung der Abschlusskosten bestünde andererseits bei gesonderter Vereinbarung unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag beendet wird (ähnlich wie bei der Wohnraummiete; eine Maklerprovision ist auch dann in voller Höhe zu zahlen, wenn die angemietete Wohnung nach kurzer Zeit wieder gekündigt wird).

Die Neuregelung knüpft an das sog. Riester-Modell nach dem durch Artikel 7 des Gesetzes vom 5. Juli 2004 (BGBl. I S. 1443) geänderten Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1322) an; sie ist verständlicher als der Vorschlag der VVG-Kommission, der auf das „ungezillmerte Deckungskapital“ abstellt. Der Gesetzentwurf hat sich deswegen am geltenden Recht orientiert und nicht – wie der Bundesgerichtshof in dem oben zitierten Urteil vom 12. Oktober 2005 – am Vorschlag der VVG-Kommission, auch wenn beide Vorschläge zu mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit führen. Für den Versicherungsnehmer ergeben sich im Übrigen auf der Grundlage der Regelung des Gesetzentwurfes leicht höhere Auszahlungsbeträge als auf der Grundlage des Modells der VVG-Kommission.

In der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E soll entsprechend der Regelung des § 7 des genannten Zertifizierungsgesetzes bestimmt werden, dass der Versicherungsnehmer vor Abgabe seiner Vertragserklärung über die Höhe und Verteilung der ihn belastenden Abschluss- und Vertriebskosten informiert wird.

Die Sonderregelung in Satz 1 über die Zahlung eines Mindestrückkaufswertes wird auf die Fälle der Kündigung des Versicherungsvertrags beschränkt. Dabei wird die Kündigung durch den Versicherer wegen der Bezugnahme in § 165 Abs. 2 VVG-E (auch in Verbindung mit § 166 Abs. 1 VVG-E) ebenso erfasst wie die Kündigung durch den Versicherungsnehmer; beide Kündigungen beruhen nämlich oft auf dem Umstand, dass der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien nicht mehr zahlen kann. Dagegen besteht kein Anlass, die Sonderregelung auch auf die Fälle des Rücktrittes und der Anfechtung durch den Versicherer zu erstrecken, da hierbei immer ein Fehlverhalten des Versicherungsnehmers vorliegen wird.

Nach Satz 2 muss der Rückkaufswert von vornherein für jedes Vertragsjahr angegeben werden. Der Rückkaufswert ist also vorbehaltlich der Einschränkungen nach den Absätzen 5 und 6 garantiert. Der Versicherungsnehmer hat ein berechtigtes Interesse, bereits bei Vertragsschluss darüber informiert zu werden, mit welchen garantierten Beträgen er in den einzelnen Vertragsjahren rechnen kann.

Satz 3 berücksichtigt die Fälle, in denen der Versicherer seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaat des EWR-Übereinkommens hat, dessen Recht ein Deckungskapital im Sinn von Absatz 3 nicht kennt. Schließt ein solcher Versicherer einen Lebensversicherungsvertrag mit einem Versicherungsnehmer in Deutschland, unterliegt dieser Vertrag in der Regel deutschem Recht (vgl. Artikel 8 EGVVG). Um diesen Versicherer nicht gegenüber einem Versicherer mit Sitz in Deutschland zu benachteiligen, wird ihm das Recht eingeräumt, den Rückkaufswert nach einem Bezugswert zu berechnen, der mit dem Deckungskapital vergleichbar ist und im Wesentlichen zu entsprechenden Ergebnissen führt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Richtlinie 2002/83/EG über Lebensversicherungen in Artikel 20 für die Bildung versicherungstechnischer Rückstellungen einheitliche Kriterien für die Gemeinschaft vorsieht. Der Versicherungsnehmer wird durch die Zulassung einer von Satz 1 abweichenden Berechnung des Rückkaufswertes schon deshalb nicht benachteiligt werden, da er vom Versicherer nach Satz 2 über dessen Höhe für jedes Vertragsjahr bereits bei Vertragsschluss unterrichtet wird und sich damit einen Vergleich mit Versicherungen verschaffen kann, bei denen der Rückkaufswert nach dem Deckungskapital zu berechnen ist. Auch soll in der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 VVG-E vorgeschrieben werden, dass der Versicherungsnehmer bei der Information über den Rückkaufswert auf den abweichenden Bezugswert hinzuweisen ist.

#### Zu Absatz 4

Für fondsgebundene Versicherungen und andere in § 54b VAG geregelte Verträge verbleibt es für die Berechnung des Rückkaufswertes bei der bisherigen Regelung des § 176 Abs. 3 VVG. Zusätzlich enthält Satz 2 die Verpflichtung, im Vertrag die Grundsätze der Berechnung anzugeben. Im Übrigen verbleibt es bei der Regelung des Absatzes 3; das

heißt insbesondere, dass die Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten zur Sicherung eines Mindestrückkaufswertes auch für die Fälle des Absatzes 4 gilt und dass bei fondsgebundenen Rentenversicherungen, die eine Mindestleistung vorsehen, für die eine prospektive Deckungsrückstellung gebildet wird (z. B. Beitragszusagen mit Mindestleistung gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung), der Rückkaufswert insoweit nach Absatz 3 gebildet wird.

#### Zu Absatz 5

Satz 1 enthält gegenüber § 176 Abs. 4 VVG das zusätzliche Erfordernis, den Abzug zu beziffern. Neu ist ferner das Abzugsverbot nach Satz 2.

Nach der bisherigen Regelung des § 176 Abs. 4 VVG ist der Versicherer zu einem Abzug von dem Rückkaufswert (bisher als Zeitwert berechnet nach § 176 Abs. 3 VVG) berechtigt, wenn und soweit der Abzug im Vertrag vereinbart und angemessen ist. Dabei ist streitig, ob der Stornoabzug bei Vertragsschluss bereits beziffert werden muss. Für die Nennung eines Betrags spricht der Umstand, dass der Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss über die Höhe eines bei Kündigung drohenden Abzugs unterrichtet sein muss, wenn er dessen wirtschaftliche Bedeutung erkennen soll. Ein Abzug, der nur dem Grunde nach vereinbart, der Höhe nach aber tatsächlich in das Ermessen des Versicherers gestellt ist oder von diesem erst nach der Kündigung genannt wird, erfüllt diese Voraussetzung nicht; das gilt auch für einen nicht bezifferten Abzug, für dessen Berechnung auf versicherungsmathematische Grundsätze verwiesen wird, die der Versicherungsnehmer nicht kennt und nicht selbst nachvollziehen kann. Deshalb wird in Absatz 5 die bisherige Regelung dahingehend klargestellt, dass der (angemessene) Stornoabzug im Vertrag nicht nur vereinbart, sondern bereits beziffert werden muss.

Bei dem Kriterium der Angemessenheit des vereinbarten Stornoabzugs handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Solche Begriffe können und müssen verwendet werden, wenn eine Fülle von Lebenssachverhalten erfasst werden soll, aber nicht erschöpfend umschrieben werden kann. Diese Voraussetzung ist hier nicht uneingeschränkt gegeben. Einerseits sind bisher regelmäßig nur drei einen Stornoabzug möglicherweise rechtfertigende Umstände (Bearbeitungskosten, Risikoverschlechterung, nicht bereits getilgte Abschlusskosten) geltend gemacht worden; erst neuerdings wird der zunehmend diskutierte Stornoabzug mit weiteren Überlegungen gerechtfertigt. Andererseits ist ein Abzug wegen noch nicht getilgter Abschluss- und Vertriebskosten grundsätzlich umstritten; dabei handelt es sich um den größten Teilbetrag der bisher weitgehend üblichen Stornoabzüge.

Der Gesetzgeber kann die Frage der Angemessenheit zwar grundsätzlich der Rechtsprechung zur Entscheidung im Einzelfall überlassen. Die umstrittene Berechtigung eines Abzugs wegen der zum Zeitpunkt der Kündigung noch nicht getilgten Abschluss- und Vertriebskosten soll aber abschließend geklärt werden.

Dieser bisher zugelassene Abzug beruht auf der Überlegung, der Versicherer habe für den Vertrieb seiner Lebensversicherungen erhebliche Kosten, die er auf alle geschlossenen Verträge unter der Bezeichnung Abschlusskosten an-

teilig umlegt; sie sind aber nur teilweise dem einzelnen Vertrag unmittelbar zurechenbar. Die Umlage auf die Verträge erfolgt in den meisten Fällen in der Weise, dass jeder Vertrag von Anfang an mit einem bestimmten Betrag für Abschlusskosten belastet wird. Deshalb werden mit den Prämien der ersten Jahre zunächst – neben Verwaltungskosten und Risikoprämie – nur diese Abschlusskosten gedeckt; erst anschließend wird mit den Sparanteilen der Prämie ein Deckungskapital aufgebaut. Diese mit dem Begriff „Zillmerung“ bezeichnete Vorgehensweise ist durch aufsichtsrechtliche Regelung (§ 4 Abs. 1 Satz 2 der Deckungsrückstellungsverordnung) auf vier Prozent der Summe aller Prämien beschränkt, wobei die erst während der sehr langen Vertragslaufzeit fälligen Prämien nicht abgezinst werden. Soweit die Abschlusskosten den Höchstzillmersatz übersteigen oder soweit nicht oder nur in geringem Umfang gezillmert wird, werden die nicht gedeckten Abschlusskosten als Amortisationsbeiträge in die laufenden Prämien einkalkuliert. Im Fall der Kündigung werden dann die wegen der fehlenden Amortisationsbeiträge der nicht mehr eingehenden Prämien noch nicht getilgten Kosten als Stornoabzug geltend gemacht.

Dieser Stornoabzug beruht zwar auf einer vom Standpunkt der Versicherer folgerichtigen Überlegung, vernachlässigt aber das zwingende gesetzliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers. Dieser muss zwar – eine transparente Vertragsgestaltung vorausgesetzt – grundsätzlich hinnehmen, dass der Versicherer zur Deckung seiner Abschlusskosten durch die auf vier Prozent der Summe aller Prämien begrenzte Zillmerung zulässigerweise eine Art Abschlussgebühr erhebt, die bei einer Kündigung nicht erstattet wird. Wenn der Versicherer Abschlusskosten als Amortisationsbeiträge auf alle Prämien umlegt, hat er aber im Fall der Kündigung Anspruch nur auf diejenigen Prämien und auf die darin enthaltenen Amortisationsbeiträge, die bis zur Wirksamkeit der Kündigung fällig geworden sind. Der kündigende Versicherungsnehmer enttäuscht zwar die Erwartung des Versicherers, der trotz seiner bekannten unternehmensindividuellen Stornoquote mit der Kündigung gerade durch diesen Versicherungsnehmer nicht rechnet; dieser verhält sich aber nicht vertragswidrig, sondern nimmt nur sein gesetzlich gesichertes Kündigungsrecht wahr. Deshalb ist die Belastung mit den Abschluss- und Vertriebskosten, die in den zukünftigen, nicht mehr geschuldeten Prämien enthalten sind, eine Art unzulässige Vertragsstrafe für vertragsgemäßes Verhalten.

Der Versicherer trägt die Beweislast dafür, dass der von ihm geltend gemachte Abzug den Voraussetzungen des Absatzes 5 entspricht.

#### Zu Absatz 6

Die neuen Regelungen in den Absätzen 3 bis 5, insbesondere die Umstellung der Rückkaufwertberechnung auf das Deckungskapital, die Begrenzung der Stornoabzüge und die Sonderregelung für das Frühstorno sind vertragsrechtliche Rahmenbedingungen, die in Zukunft in die Kalkulation der Versicherer eingehen müssen. Die Versicherungsnehmer werden dadurch nicht ungerechtfertigt belastet, denn jeder einzelne von ihnen nimmt an dem Vorteil der Neuregelung teil, wenn er sich zur Kündigung veranlasst sieht.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Neuregelung in Zukunft bei einem Versicherer wirtschaftliche

Schwierigkeiten verursachen kann. So könnte ein Versicherer von einer Welle von Kündigungen weit über die nach seiner bisherigen Erfahrung zu erwartende Quote hinaus überrascht werden. Dann würde ihn die Belastung durch die Regelung zu Gunsten der kündigenden Versicherungsnehmer in besonderer Weise treffen. Er könnte gezwungen sein, Vermögenswerte zur Unzeit, d. h. in einer ungünstigen Marktlage unter Verlusten zu veräußern. In einem anderen Fall könnte die Neuregelung die wirtschaftlichen Schwierigkeiten eines Versicherers über eine kritische Grenze hinaus vergrößern, wenn seine Vermögenswerte bei marktgerechter Bewertung die Verbindlichkeiten nicht mehr decken. In diesem Fall würde die Auszahlung des Deckungskapitals, das wirtschaftlich schon nicht mehr voll vorhanden ist, die kündigenden Versicherungsnehmer im Verhältnis zu den bleibenden begünstigen; letztere haben nur die Chance einer späteren Erholung der Vermögenswerte, behalten aber das Risiko einer Minderung ihrer Versicherungsansprüche bei tatsächlicher oder drohender Insolvenz.

Diesem Problem soll in Absatz 6 dadurch Rechnung getragen werden, dass dem Versicherer unter bestimmten, eng begrenzten Voraussetzungen die Befugnis eingeräumt wird, in Ausnahmefällen den nach Absatz 3 berechneten Rückkaufswert zu kürzen. Eine Leistungskürzung hat zur Voraussetzung, dass ohne eine solche Kürzung die Belange der Versicherungsnehmer gefährdet wären; im Wesentlichen geht es um den Fall, dass die dauernde Erfüllbarkeit der vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern gefährdet wäre. Die Belange der Versicherungsnehmer sind im Sinn des VAG, das auf die Belange der Versicherten abstellt, zu beurteilen (vgl. Begründung zu § 164 Abs. 1 Satz 2 VVG-E). Eine Herabsetzung des Rückkaufswertes kann immer nur befristet auf ein Jahr ausgesprochen werden; ob weiterhin die Notwendigkeit der Herabsetzung gegeben ist, muss jeweils neu überprüft werden.

Diese Lösung ist dem von der VVG-Kommission vorgeschlagenen Weg einer aufsichtsrechtlichen Sonderregelung vorzuziehen. Eine solche Regelung im VAG wäre mit der Funktion der Aufsichtsbehörde und deren Neutralität schwer zu vereinbaren. Zudem erscheint die Befürchtung, dass ein einseitiges Leistungskürzungsrecht des Versicherers zu Ungunsten der Versicherungsnehmer missbraucht werden könnte, nicht begründet. Das öffentliche Eingeständnis eines Versicherers, nur durch Herabsetzung der Rückkaufswerte seine vertraglichen Verpflichtungen erfüllen zu können, würde dessen wirtschaftliche Situation erheblich verschlechtern; der Versicherer wird sich daher nur bei drohender Insolvenzgefahr zu einem solchen Schritt entscheiden.

#### Zu Absatz 7

Die Vorschrift stellt lediglich klar, dass bereits erworbene Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer vereinbarten Überschussbeteiligung durch die Kündigung nicht in Frage gestellt werden. Das gilt zunächst für die während der Vertragszeit bereits zugeteilten laufenden Überschussanteile, die nach dem Vertrag angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt werden sollen. Wenn die zugeteilten Überschussanteile zur Erhöhung der Versicherungssumme verwendet worden sind, erfolgt ihre Berücksichtigung allerdings schon bei dem nach Absatz 3 auszahlenden Deckungskapital. Hinsichtlich des Schlussüberschussanteils beschränkt sich der Auszahlungsanspruch

des Versicherungsnehmers auf den Betrag, den der Versicherer für den Kündigungsfall unter Berücksichtigung der Bewertungsreserven nach § 153 Abs. 3 VVG-E zuletzt deklariert hat.

#### **Zu § 170** (Eintrittsrecht)

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 177 VVG.

#### **Zu § 171** (Abweichende Vereinbarungen)

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie mit einer Ausnahme im bisherigen Umfang (vgl. § 178 VVG) halbzwingend. Künftig sind auch die Vorschriften der §§ 163 und 164 VVG-E über die Prämien- und Leistungsänderung und die Bedingungsanpassung halbzwingend, um den notwendigen Schutz der Versicherungsnehmer sicherzustellen. In Satz 2 wird neu die Möglichkeit aufgenommen, anstelle der Schriftform die Textform zu vereinbaren. Im Hinblick auf die §§ 157 und 161 VVG-E wird klargestellt, dass auch abweichende Vereinbarungen zum Nachteil der versicherten Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist, ausgeschlossen sind.

#### **Zu Kapitel 6** (Berufsunfähigkeitsversicherung)

##### Vorbemerkung

Die Regelung der Berufsunfähigkeitsversicherung wird neu in das Gesetz aufgenommen. Zu den allgemeinen Erwägungen siehe Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 9.

#### **Zu § 172** (Leistung des Versicherers)

##### Zu Absatz 1

Die Vorschrift umschreibt die für die Berufsunfähigkeitsversicherung typische Leistungspflicht des Versicherers. Art und Dauer der Leistungen bestimmen sich nach dem Vertrag; enthält dieser keinen Endtermin, sind die Leistungen für die Dauer der Berufsunfähigkeit zu erbringen. Die Leistungspflicht kann vertraglich auf die Fälle beschränkt werden, in denen die Berufsunfähigkeit einen bestimmten Prozentsatz erreicht oder überschreitet.

##### Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine Definition der Berufsunfähigkeit. Ausgangspunkt ist dabei nicht der erlernte Beruf oder die Tätigkeit zur Zeit des Vertragsschlusses, sondern es wird die berufliche Entwicklung des Versicherungsnehmers nach dem Vertragsschluss einbezogen. Zum einen kann heute auf Grund der veränderten Lebenswirklichkeit nicht davon ausgegangen werden, dass jemand bis zum Rentenalter in dem einmal erlernten Beruf weiterarbeitet. Zum anderen muss auch bei Tätigkeiten, die keinem bestimmten Lehrberuf entsprechen, eine Einkommenssicherung durch eine Berufsunfähigkeitsversicherung möglich sein. Die allgemeinen Kriterien, die für die Beurteilung der jeweiligen Berufstätigkeit gelten, können gesetzlich nicht präzisiert werden, sondern müssen auch künftig den AVB und der Rechtsprechung hierzu überlassen werden; dies ist z. B. für den Beruf des selbständigen Unternehmers oder Handwerkers relevant, bei dem nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine zumutbare Umorganisation des Betriebs für die Beurteilung seiner Berufsunfähigkeit zu berücksichtigen ist.

Nur die Beeinträchtigung durch Krankheit, Unfall oder Kräfteverfall wird als Leistungsvoraussetzung berücksichtigt. Das normale altersbedingte Nachlassen der Kräfte des Versicherungsnehmers und die sich daraus ergebenden Folgen für seine Berufsausübung sind nicht versichert, es sei denn, im Versicherungsvertrag ist eine andere Regelung getroffen worden.

Entsprechend der bisherigen Vertragspraxis und Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass der Beruf voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausgeübt werden kann. Ob der Versicherungsnehmer auf Dauer berufsunfähig ist, kann im Streitfall nur auf der Grundlage einer Prognose, die immer mit Unsicherheiten verbunden ist, festgestellt werden. Deshalb erleichtert § 2 Abs. 3 AVB BUZ 90 die Stellung des Versicherungsnehmers dadurch, dass die Berufsunfähigkeit, wenn sie sechs Monate bestanden hat, als auf Dauer bestehend gilt. Der Entwurf übernimmt diese Fiktion nicht als zwingende gesetzliche Regelung, da sie in der Regulierungspraxis bei positiver Wiederherstellungsprognose auch Nachteile für das zeitlich begrenzte Anerkenntnis haben kann. Auch auf eine entsprechende Vermutungsregelung wird verzichtet, da sie für den Versicherungsnehmer keinen wesentlichen Vorteil hätte. Der Zeitpunkt, ab dem der Versicherer seine Leistungen – rückwirkend ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, nach Anzeige der Berufsunfähigkeit oder erst nach einer bestimmten Mindestdauer der Beeinträchtigung – zu erbringen hat, ist durch den Versicherungsvertrag zu regeln.

##### Zu Absatz 3

Die Leistungspflicht des Versicherers wird in der Praxis häufig an die in Absatz 3 umschriebene weitere Voraussetzung geknüpft. Damit ist keine abschließende Regelung der Frage verbunden, ob die versicherte Person, in der Regel also der Versicherungsnehmer, auf eine andere mögliche oder ausgeübte Tätigkeit verwiesen werden darf. Die in den Versicherungsverträgen vorgesehenen Verweisungen führen in der Praxis zwar häufig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen und die Versicherer verwenden unterschiedliche AVB, die teils eine abstrakte oder konkrete Verweisungsmöglichkeit vorsehen und teils auf diese Möglichkeit ganz verzichten. Die Rechtsprechung hat aber zur Lösung von Problemfällen handhabbare und sachgerechte Grundsätze entwickelt. Zudem ist eine Beibehaltung der Produktvielfalt wünschenswert, um dem unterschiedlichen Bedarf der Versicherungsnehmer gerecht zu werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Versicherungen mit Verweisungsmöglichkeiten zu niedrigeren Prämien angeboten werden können als solche ohne diese Möglichkeit. Die Vereinbarung einer Umschulungs- oder Rehabilitationsobliegenheit muss auch weiterhin bestimmt genug und für den Versicherungsnehmer zumutbar sein. Hierbei handelt es sich jedoch um Fragen des allgemeinen Obliegenheitsrechts. Einer besonderen Regelung für die Berufsunfähigkeitsversicherung bedarf es nicht.

#### **Zu § 173** (Anerkenntnis)

##### Zu Absatz 1

Eine relativ große Zahl von Streitfällen in der Berufsunfähigkeitsversicherung hat ihre Ursache u. a. darin, dass bei dauernder Berufsunfähigkeit hohe Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Diese haben jedoch für den Versiche-