Mehr Gerechtigkeit im Versicherungsfall - das neue Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Aufgabe des Alles-oder-Nichts-Prinzips

Verband der Luftfahrtsachverständigen/Luftrecht

Autor:
RA Stefan Hinners

Jeder kennt sie, die Fälle, in denen ein Freund oder Bekannter Jahre oder Jahrzehnte lang Versicherungsprämien bezahlt und dann, wenn es zum Schadensfall kommt, die Versicherung jede Zahlung ablehnt. Hintergrund dieser Situation ist oftmals ein Sanktionssystem gewesen, welches die Grundlage des alten Versicherungsrechtes gebildet hat. Diese und andere Ungerechtigkeiten wurden als nicht mehr zeitgemäß grundlegend reformiert.

Nachdem das aus dem Jahre 1908 stammende Gesetz zwar diverse Nachbesserungen, aber keine grundlegende Reform erhalten hatte, war die jetzige Neufassung dringend notwendig.

Was bringt uns nun die Reform des VVG?

Einige Typische Fallbeispiele:
Im September 2004 fliegt der erfahrene Berufsluftfahrzeugführer R. mit einer zweimotorigen Maschine von Egelbach nach Hahn. Es ist ein Sichtflug mit marginalen Wetterbedingungen. Über dem Hunsrück zieht sich das Wetter zu, die Untergrenzen der Wolken sinken auf 500 ft. über Grund, die Höhenzüge sind in den Wolken. Der Pilot meldet über Funk noch, dass er in Wolken geraten sei und keine Sicht mehr habe, kurz darauf prallt die Maschine gegen einen Bergrücken des Hunsrücks.

Der Kaskoversicherer verweigert die Auszahlung der Kaskosumme – die Hinterbliebenen des Eigentümer-Piloten verlieren neben dem Vater und Ehemann auch noch einen wesentlichen Teil des Vermögens der Familie. Nach altem Recht verweigert die Versicherung völlig zu Recht die Versicherungsleistung. Auf einem Sichtflug in Wolken einzufliegen und dadurch mit einem Berg zu kollidieren (CFT = Controlled Flight in Terrain) ist ein Standardfall für grobe Fahrlässigkeit. Die Vertragsbedingungen für

die Kaskoversicherung normieren, dass der Pilot luftrechtliche Vorschriften einzuhalten hat, dieses ist eine vertragliche Obliegenheit des Versicherungsnehmers. Das Einfliegen in Wolken wie im vorliegenden Fall ist eine grob fahrlässige Verletzung dieser Obliegenheit, damit hat die Versicherung ein Leistungsverweigerungsrecht.

Das Fatale daran ist, dass nicht weiter differenziert wird bzw. werden kann, wie es zu dieser Obliegenheitsverletzung gekommen ist. Hier kann sich bei weiterer Aufklärung des Falles eine weite Spanne der Verantwortlichkeit ergeben. Wenn beispielsweise ein überlebender Passagier erklärt hätte, dass das Wetter zwar schlecht gewesen sei, er nach draußen geschaut habe und er dann völlig überrascht gewesen sei, als man plötzlich in Wolken geraten wäre, weil diese durch den starken Dunst gar nicht so erkennbar gewesen sind, dann bestand nach altem Recht keinerlei Möglichkeit zur Differenzierung oder zur Teilzahlung. Entweder war das Verhalten grob fahrlässig oder nicht – entweder war die volle Versicherungsleistung zu erbringen oder gar nichts.

Noch ungerechter erschienen Fälle von nachvertraglichen Obliegenheiten, beispielsweise KFZ-Diebstahlsfälle. Dieses wird exemplarisch deutlich am Fall der Familie B. aus Norderstedt bei Hamburg:
Der Familienvater parkt seinen VW-Bulli T4 abends nach dem Sport vor dem Einfamilienhaus der Familie. **Als er morgens zur Arbeit fahren will, ist das Fahrzeug verschwunden.** Der T4 ist ein beliebtes Diebstahlsobjekt und zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich schon weit in Richtung Osten unterwegs. Herr B. schreibt die Versicherung an und meldet den Schadensfall. Er erhält die üblichen Fragebögen zum Versicherungsfall und beginnt brav, diese abends am Küchentisch auszufüllen. Auf Seite 1 beginnt er, schon leicht genervt zu reagieren, da bis ins kleinste Detail die Daten seines Fahrzeuges abgefragt werden, die der Versicherung aus den Vertragsunterlagen eigentlich bekannt sind: ... Baujahr Ihres Fahrzeuges ... Das weitere Ausfüllen ist dann schon deutlich von der Genervtheit des Herrn B. gekennzeichnet. Seine Antworten werden knapper.

Nach Übersendung der Fragebögen passiert erst einmal nichts. Auf Nachfrage, wann mit dem Eingang der Versicherungssumme zu rechnen sei, da man diese zur Bezahlung des anzuschaffenden Ersatzfahrzeuges benötige, erhält Herr B. zunächst keine Antwort. Nach fünf Wochen kommt dann ein nettes Schreiben der Versicherung, in dem mitgeteilt wird, dass die Versicherung sehr bedaure, die Versicherungssumme nicht auszahlen zu können, da sich B. einer Obliegenheitsverletzung schuldig gemacht habe und deshalb ein Anspruch nicht bestehe. B. fällt völlig aus allen Wolken. Er weiß noch nicht einmal, was er falsch gemacht haben soll. Dies legt die Versicherung auch auf anwaltliche Nachfrage nicht dar. B. bleibt nichts anderes übrig, als Klage gegen die Versicherung einzureichen. Mit der Klageerwiderung kommt es dann:
Der Anwalt der Versicherung legt dem Gericht dar, dass B. bei Beantwortung des Fragebogens zwei Fehler gemacht hätte. Über die zentrale Datenbank beim Zentralruf der Autoversicherer habe man ermittelt, dass das Fahrzeug nicht unfallfrei gewesen sei, wie im Fragebogen angegeben. Es habe einen „massiven" Schaden gegeben, bei

dem das unfallgegnerische Fahrzeug einen Schaden von über EUR 2.500,00 erlitten habe. Zudem habe B. die Schlüssel-Frage falsch beantwortet, er hat nämlich angegeben, er habe 2 Schlüssel, tatsächlich hätte er aber beim Fahrzeugkauf 3 Schlüssel erhalten.

Wie sich dann ergibt, stimmt Beides:
B. erinnert sich, dass seine Frau kurz nach Kauf des Fahrzeuges vor 6 Jahren auf einem Supermarkt-Parkplatz die Dimensionen des Busses noch nicht ganz abschätzen konnte und eine Kurve etwas weit genommen hatte. Hierdurch ist sie mit der vorderen rechten Stoßstangenecke einmal an einem anderen Fahrzeug langgeschrammt und hat dort das Blech des anderen Fahrzeuges leicht eingedrückt. Am eigenen Fahrzeug ist nur eine Schleifspur gewesen, die er, B., mit einer Poliermaschine habe wegpolieren können. Der Unfall sei ihm deshalb völlig aus dem Gedächtnis gerutscht. Letztlich habe das versicherte Fahrzeug ja auch keinen Schaden erlitten. B. erklärt weiter, dass er tatsächlich 3 Schlüssel erhalten habe. Er habe allerdings die Schlüssel-Frage insofern auch offen gelassen, er habe nämlich bei der Spalte „Notschlüssel" nichts ausgefüllt und bei der Frage „Gesamtzahl der Schlüssel" auch nichts, weil er den Notschlüssel nicht habe auffinden und daher auch nicht habe übergeben können.

Das angerufene Gericht weist die Klage im Einklang mit der gängigen Rechtsprechung wegen einer grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung ab. Die Familie verliert ihr einziges Fahrzeug, eine Ersatzbeschaffung kann sie sich nicht leisten.

Dem normalen Versicherungsnehmer ist diese Rechtslage kaum zu vermitteln. Da begeht man einen kleinen Fehler am Küchentisch zwischen tobenden Kindern und verliert EUR 16.000,00 – kann dies richtig sein?

Das Alles-oder-Nichts-Prinzip ist historisch gesehen ein Sanktionsmodell. Es ist allgemein bekannt, dass das Bemogeln der Versicherung bei einigen Bevölkerungskreisen eher in die Sparte „Volkssport" denn „Straftat" einzuordnen ist.

Bei dem Einbruchdiebstahl einfach mal ein paar angeblich gestohlene Gegenstände hinzuzumogeln – bei einem gestohlenen Fahrzeug einen – vielleicht sogar unreparierten – Parkrempler zu verschweigen, oder sich ein neues Fahrrad zuzulegen, indem das alte „entwendet" wird – all dies ist bei Vielen ein Kavaliersdelikt. Die Versicherer können sich hiergegen fast gar nicht schützen, da es sehr schwer ist, die Spreu vom Weizen zu trennen. Noch schwieriger ist es, bei Vorliegen von Verdachtsmomenten den Beweis zu führen, dass beispielsweise ein als gestohlen gemeldeter Gegenstand gar nicht im Vermögen des Versicherten stand.

Insofern bot das alte VVG ein Sanktionssystem:
Die Versicherung musste nur beweisen, dass eine Frage falsch beantwortet war, dies reichte im Regelfall bereits aus, um eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung und damit den völligen Verlust der Versicherungsleistung herbeizuführen. Insofern diente diese einschneidende Folge des Verlustes der gesamten Versicherungsleistung vor allem dazu, den Versicherungsnehmer von jeglicher auch noch so kleiner Mogelei abzuhalten.

Nicht erfasst wurden aber die Fälle, wo der Versicherungsnehmer tatsächlich nur nachlässig war. In Luftfahrt-Fällen war die fehlende Differenzierung gleichfalls häufig ungerecht, da auch bei einer vorvertraglichen Obliegenheitsverletzung – beispielsweise Fehlern wie einem Start mit montierter Bugradgabel – keinerlei Differenzierung stattfinden konnte. Häufig wurden diese Fälle dann über Vergleichsvereinbarungen sachangemessen gelöst, ebenso häufig aber verblieb eine ungerechte Lösung, weil entweder der Versicherer trotz eines erheblichen Fehlverhaltens des Piloten zahlen musste oder weil die Versicherung überhaupt nicht zahlte, obwohl der Pilot durch unglückliche Umstände in die Obliegenheitsverletzung hineingeraten war.

Das neue VVG ändert diese Systematik grundlegend. Die Regelung des alten VVG (§ 6 VVG a.F.) ist komplett entfallen. Die Neuregelung findet sich jetzt in § 28 VVG. Die Neuregelung lautet jetzt:
Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Dies bedeutet konkret:
Bei einer grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung erhält der Versicherungsnehmer grundsätzlich 50 % der Versicherungsleistung. Um die Grobe Fahrlässigkeit auszuräumen, müsste der Versicherungsnehmer beweisen, dass nur leichte Fahrlässigkeit vorliegt, um über die grobe Fahrlässigkeit hinauszugehen, müsste das Versicherungsunternehmen beweisen, dass Vorsatz vorliegt. Wie weit eine Mehrleistung über 50 % der Versicherungssumme hinaus oder eine Minderleistung von weniger als 50 % angemessen ist, kann dann ein etwaiges Gericht anhand des Grades des Verschuldens des Versicherungsnehmers bemessen.

Im Rahmen dieser Bewertung darf allerdings nicht der Fehler begangen werden, die ursprüngliche Obliegenheitsverletzung erneut bei der Bemessung des Verschuldensgrades anzuwenden:

Wenn der Versicherungsnehmer eine rote Ampel überfahren hat, dann hat er grob fahrlässig eine Obliegenheitsverletzung begangen. Er erhält grundsätzlich also nur 50 % der Versicherungssumme. Diese darf jetzt nicht erneut mit dem Argument vermindert werden, er habe ja eine rote Ampel überfahren, dieses Fehlverhalten ist sozusagen bei der Annahme der groben Fahrlässigkeit bereits verbraucht. In der zweiten Stufe wird jetzt vielmehr betrachtet, welche schuldmehrenden oder schuldmindernden Gesichtspunkte vorgelegen haben. Wenn beispielsweise völlig unübersichtliche Verkehrsverhältnisse den Fahrer die Ampel haben übersehen lassen, so ist dieses verschuldensmindernd und erhöht damit die Versicherungsleistung, wenn der Fahrer aber mit dem Handy telefoniert hat und deshalb die rote Ampel übersah, so ist dieses verschuldenserhöhend und mindert damit die Versicherungsleistung.

Hiermit hat man letztlich zwei Dinge festgeschrieben:
Selbst wenn sich der Versicherungsnehmer eine grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung zuschulden hat kommen lassen, so erhält er grundsätzlich zumindest 50 % der Versicherungsleistung. Ihm bleibt der Beweis offen, nur leicht fahrlässig gehandelt zu haben und ihm bleibt die Möglichkeit, schuldmindernde Gesichtspunkte ins Feld zu führen, um seine Ersatzquote nochmals zu erhöhen.

Neue Beratungs- und Dokumentationspflichten

Jeder kennt ihn, den Versicherungsvertreter „um die Ecke", der sein gesamtes Umfeld mit Versicherungsverträgen beglückt. Jeder kennt auch den Typus Versicherungsvertreter, der zwar mit enormer Überredungskunst, aber wenig Fachkenntnis glänzt. Der wirklich Fachkundige ist bei den Versicherungsvertretern fatalerweise oftmals nicht der, der die unterschriebenen Verträge mit nach Hause bringt.

➔ *Fortsetzung auf Seite 30*

➔ Fortsetzung von Seite 29

Dieses musste Herr M. aus Hamburg leidvoll erfahren. Makler B. „versorgt" ihn und seine Familie seit Jahren mit Versicherungsverträgen. Im November 2005 ruft Makler B. bei ihm an, erklärt, er habe jetzt wieder eine Möglichkeit gefunden, dass M. „noch mal richtig spare", er habe nämlich eine viel günstigere Krankenversicherung für ihn gefunden.

M. brauche nur den vorbereiteten Antrag zu unterschreiben, und schon fange das Sparen an. Als Makler B eine Woche später kommt, um den Versicherungsantrag aufzunehmen, sitzt M. mit einem riesigen Halspflaster vor ihm. Als man bei den Gesundheitsfragen des Krankenversicherungsantrages angelangt ist, kommt die Frage natürlich auf die akute Erkrankung. Herr M. erklärt, dass er nach dem Sport Schmerzen im Nackenbereich verspürt habe und der Arzt ihm Spritzen gegeben und Krankengymnastik verschrieben habe, er wisse aber noch nicht genau, was das sei. Unser geschäftstüchtiger Makler murmelt etwas von „ach, das gibt sich schnell", füllt den Versicherungsantrag weiter aus und lässt Herrn M. unterschreiben.

Da Makler B. seit Jahren die Versicherungsgeschäfte von Herrn M. betreut, unterschreibt dieser blind – sicher ein Fehler. Es kommt, wie es kommen muss:
Herr M. laboriert mit seiner Erkrankung noch einige Monate herum, eine Operation wird erforderlich. Als er die Belege des Krankenhauses und der Ärzte einreicht, kündigt die neue Krankenversicherung den Versicherungsvertrag, da ihr die Erkrankung verschwiegen worden war. Makler B. hat nämlich die Erkrankung noch nicht einmal in den Fragebogen eingetragen.

Mahn ahnt schon, wie sich die Geschichte entwickelt:
Makler B., zur Rede gestellt, erklärt erst im Zwiegespräch, er weiß gar nicht, wie das kommen konnte und er werde das Alles klären. Später erklärt er, Herr M. habe ihm doch überhaupt nichts über eine Erkrankung gesagt. Herr M. sitzt nun da, ohne Krankenversicherung und mit den gesamten Krankheitskosten, die er persönlich tragen muss.

Herr M. steht vor einer persönlichen, finanziellen Katastrophe. Hinzu kommt, dass bei genauerer Prüfung des neuen Krankenversicherungsvertrages klar wird, dass der Beitrag tatsächlich höher ist als vorher, der vermeintlich niedrigere Beitrag ist nur deshalb zustande gekommen, weil der neue

Krankenversicherungsvertrag viel weniger Leistungen beinhaltete als der frühere.

Auch Fälle wie dieser geschilderte in Hamburg geschehene, werden zukünftig mit mehr Gerechtigkeit ablaufen. Das Gesetz sieht in der Neuregelung erheblich erweiterte Beratungs- und Informationspflichten des Versicherungsvermittlers (§ 61 VVG) und des Versicherers (§ 6 VVG) vor. Nach der neuen gesetzlichen Regelung hat der Makler den Versicherungsnehmer umfassend nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und den zu zahlenden Prämien zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben.

Für unseren Herrn M. wäre der Fall unter neuem Recht völlig anders verlaufen. Makler B. hätte ihm darlegen müssen, welche Gründe für die neue Versicherung sprechen, er hätte ihm insbesondere genauestens darlegen müssen, welchen Versicherungsumfang er nach neuem und altem Vertrag hat. Vor allem aber hat der Makler diese Beratung schriftlich zu dokumentieren. Im Schadensersatzprozess muss der Versicherungsnehmer dann nur die Umstände beweisen, die Anlass für die fehlerhafte oder unterlassene Beratung waren, der Makler dagegen muss den Nachweis der korrekten Erfüllung der Beratungspflicht führen. Ein Unterlassen der Dokumentation führt zu einer Beweiserleichterung für den Versicherungsnehmer, das heißt, wenn der Makler seine Beratung nicht schriftlich niedergelegt hat, dann wird der Verstoß bzw. die Falschberatung zugunsten des Versicherungsnehmers vermutet.

Für Herrn M. bedeutet dies, dass er zwar beweisen müsste, dass er zum Zeitpunkt der Beratung eine sichtbare Verletzung hatte, dieses war für ihn allerdings relativ einfach, da die Bandage am Hals nicht durch Bekleidung verdeckt war und somit für jeden offenkundig sichtbar war, was die Ehefrau von Herrn M. auch deutlich ausgesagt hat.

Damit hätte Makler B. nach neuem Recht zu fragen gehabt, was mit der Verletzung sei, er hätte Herrn M. beraten müssen, dass der Wechsel einer Krankenversicherung bei einer frischen Erkrankung, deren Ursache noch nicht geklärt ist, nahezu unmöglich ist, da der neue Versicherer sein Risiko, in das er einsteigen soll, überhaupt nicht einschätzen kann, und er hätte Herrn M. weiter beraten müssen, dass der von ihm angebotene Tarif gar nicht günstiger ist bzw. viel schlechtere Leistungen beinhaltet. Über all dies hätte eine Beratungsdokumentation in Textform erstellt werden müssen und – wenn dieses nicht geschieht, würde zugunsten von Herrn M. eine Beweiserleichterung dergestalt gelten, dass das Beratungsverschulden zu seinen Gunsten angenommen wird und dem Makler nur die Möglichkeit eines Gegenbeweises verbleibt, den er im vorliegenden Fall nicht hätte führen können.
Auf Grundlage des alten Rechts ist M. in einen mehrjährigen Rechtstreit mit enormen Beweisproblemen geraten.

Die neue gesetzliche Regelung führt zu einem erheblichen Mehraufwand beim Vertragsschluss, auch zu erheblichem administrativem Mehraufwand.
Auch die Makler treffen ganz erhebliche Haftungsrisiken. Was, beispielsweise, wenn dem PPL- Neuling und frischem Versicherungsnehmer nicht gesagt wurde, dass zur Abdeckung des Passagierrisikos eine Passagierhaftpflicht abgeschlossen werden muß?

Auch die Regelungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages geändert worden, hier muss der Versicherer vor dem Vertragsschluss sämtliche Informationen über die Versicherung zur Verfügung stellen, was den Vertragsschluss in nicht unerheblichem Maße verkompliziert.

Bedenkt man aber, dass eine Versicherung fast immer erhebliche Vermögenswerte betrifft, dann sind die geschilderten Gesetzesänderungen dringend notwendig gewesen. Das Fatale an den bisherigen Regelungen war, dass bei Vertragsschluss die Beteiligten die Sache schnell hinter sich bringen wollen und es bei Abschluss der Versicherung nur um „kleines Geld", nämlich um einen sehr moderaten monatlichen Betrag geht. Kommt es aber zum Versicherungsfall, geht es um ganz großes Geld, das heißt die Leichtigkeit und oftmals Oberflächlichkeit beim Vertragsschluss ist bei Eintritt des Versicherungsfalles vorbei. Insoweit sind die Gesetzesänderungen dringend notwendig gewesen, um einen angemessenen Interessenausgleich sicherzustellen.
© RA Stefan Hinners, Hamburg