

# Position

August 2019

DER GROUPE MUTUEL

## Die Problematik der Nachhaftung bei der Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

### In Kürze

Der Nationalrat hat die Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der Sondersession 2019 behandelt. Mit zwei neuen Gesetzesbestimmungen möchte er für die Krankenzusatzversicherung die Nachhaftung einführen sowie eine neue Regelung für hängige Versichersicherungsfälle bei Beendigung des Vertrags. Diese Bestimmungen sind unnötig, aus Konsumentensicht sogar kontraproduktiv, da sie zu höheren Prämien (aufgrund der höheren Risiken), mehr Datenerhebungen und zu Rechtsunsicherheiten führen.



### Ihr Kontakt der Groupe Mutuel

**Miriam Gurtner**

Tel. 058 758 81 58

[migurtner@groupemutuel.ch](mailto:migurtner@groupemutuel.ch)

[www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch)

Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® Unternehmen®



## 1. Ausgangslage

Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) regelt die Vertragsbeziehung zwischen den Versicherungsunternehmen und ihren Kundinnen und Kunden.

In einer ersten Teilrevision wurden per 1. Januar 2006 (im Rahmen der Schaffung des Versicherungsaufsichtsgesetzes, VAG) vordringliche Konsumentenschutzanliegen bereits berücksichtigt. Mit der geplanten Totalrevision von 2011 sollten erneut vor allem die Rechte der Versicherten gestärkt werden. Die Vorschläge des Bundesrates gingen dem Parlament jedoch zu weit und die Vorlage wurde 2013 an den Bundesrat zurückgewiesen mit dem Auftrag, eine Teilrevision auszuarbeiten mit konkreten Vorgaben zu den anzupassenden Bestimmungen.

2016 hat der Bundesrat eine Vorlage in die Vernehmlassung geschickt, welche weit über diese Parlamentsaufträge hinausging. Entsprechend scharf wurde die Vorlage von den Wirtschafts- und Versicherungsverbänden und vor allem von den bürgerlichen Parteien kritisiert. Angesichts dieses Vernehmlassungsergebnisses wurde der Entwurf überarbeitet, im Sinne des Parlamentsmandates ausgestaltet und Mitte 2017 vom Bundesrat zuhanden des Parlaments verabschiedet.

## 2. Die Beratungen im Nationalrat

Der Nationalrat hat die Vorlage in der Sondersession vom Mai 2019 beraten. Dabei wurden verschiedene zusätzliche Anliegen von Konsumentenorganisationen aufgenommen. Versicherungskundinnen und -kunden geniessen in der Schweiz schon heute einen hohen Schutz. Dieser Schutz wird mit dem Entscheid des Nationalrates unter anderem mit folgenden Neuerungen weiter ausgebaut:

- Einführung eines Widerrufsrechts – die Kundinnen und Kunden können innerhalb einer festgelegten Bedenkfrist von ihrem Vertrag zurücktreten.
- Ordentliches Kündigungsrecht und damit Abschaffung der «Knebelverträge».
- Kündigungsverbot für Krankenversicherer.
- Verlängerung der Verjährungsfrist auf bis zu fünf Jahre nach einem Schadenfall.
- Streichung der Genehmigungsfiktion der Police.
- Verstärkung des elektronischen Geschäftsverkehrs.

Einige Beschlüsse des Nationalrates führen jedoch anstatt zu Verbesserungen für Konsumenten zu grösseren juristischen Unklarheiten, höheren Risiken für die Versicherer und damit schliesslich zu **höheren Prämien**.

Auf zwei Anpassungen des Nationalrates, welche im Bereich der Krankenzusatzversicherung zur Abkehr eines gut funktionierenden Systems und damit zu grossen rechtlichen Unsicherheiten führen, wird nachfolgend näher eingegangen.

### 2.1. Art. 35c E-VVG

«Art. 35c E-VVG Nachhaftung in der Krankenzusatzversicherung

- In der Krankenzusatzversicherung können Ansprüche aus dem Vertrag bis zu fünf Jahre nach dessen Beendigung entstehen, wenn sich die versicherte Gefahr noch während der Laufzeit des Vertrags verwirklicht, der daraus entstehende Schaden aber erst nach Beendigung des Vertrags eintritt.
- Vorbehalten bleiben Versicherungswechsel, soweit unter den betroffenen Versicherungsunternehmen das Behandlungsprinzip gilt.»

Gemäss Beschluss des Nationalrates sollen im VVG neu für die Krankenzusatzversicherer ein ordentliches Kündigungsverbot und ein Kündigungsverbot im Leistungsfall gelten. Dies bedeutet, dass bestehende Zusatzversicherungen von den Versicherungen nicht gekündigt werden können, auch nicht im Fall von älteren Versicherten oder bei Versicherten mit hohem Leistungsbezug. Dazu hat die Versicherungsbranche auch Hand geboten. **In einer versicherungsseitig unkündbaren Zusatzversicherung bedürfen die Versicherten aufgrund bestehender Deckung nicht zusätzlich noch einer Nachhaftung.** Denn diese käme praktisch nur für folgende Personen zur Anwendung:

- Personen, die ihre Zusatzversicherung aus eigenem Antrieb kündigen und keine neue Versicherung bei einem anderen Anbieter abschliessen;
- Personen, deren Zusatzversicherung aufgrund einer Verletzung der Anzeigepflicht, wegen Prämienverzugs oder gar wegen Versicherungsbetrug beendet wurde, sofern sie keine neue Zusatzversicherung bei einem anderen Anbieter abschliessen.

Die Einführung der Nachhaftung würde zu einer Vorzugsbehandlung besagter Personen führen.

Sie könnten weiterhin Leistungen beziehen und beispielsweise bei Spitalaufenthalten von Chefarztbehandlung und Einzelzimmern profitieren, ohne dafür Prämien zu zahlen; dies zulasten höherer Prämien für all diejenigen Versicherten, die ihre Prämien monatlich korrekt leisten. Die Einführung der Nachhaftung widerspricht dem Solidaritätsgedanken im Versichertenkollektiv und ist systemfremd.

Es könnte sogar eine neue Missbrauchsschiene entstehend, in dem man sich für ein Jahr versichert, danach kündigt und nachträglich versucht, in den Genuss von Leistungen zu kommen. Juristische Auseinandersetzungen wären vorprogrammiert.

### 2.1.1. Besondere Problematik bei der Taggeldversicherung

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist die Krankentaggeldversicherung eine Krankenzusatzversicherung. Art. 35c (neu) E-VVG wäre deshalb anwendbar. Im Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeldversicherern (FZA) ist der Übertritt einer versicherten Person von einer Kollektiv- oder Einzeltaggeldversicherung in die andere klar geregelt (Art. 2 Abs. 1 lit. b und lit. c FZA). Der neue Versicherer darf dabei keine neuen Versicherungsvorbehalte anbringen, soweit er nicht ein höheres Taggeld oder eine längere Leistungsdauer oder eine kürzere Wartefrist versichert. Die Übertrittsbedingungen sind auch bei laufenden Schadenfällen in Art. 4 FZA klar geregelt:

#### «Art. 4 FZA

1. Nicht voll arbeitsfähige Personen müssen - entgegen allfällig anderslautender Bestimmungen in den massgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) - im Umfang der bestehenden Arbeitsfähigkeit beim neuen Versicherer weiterversichert werden, sofern sie in einem arbeitsvertraglichen Rahmen angestellt werden.
2. Laufende Schadenfälle gehen ab Datum des Versichererwechsels im Umfange der beim bisherigen Versicherer vorgesehenen Höhe des Taggeldes, der Wartefrist und der Leistungsdauer zu Lasten des neuen Versicherers, sofern der Arbeitnehmer beim neuen bzw. bisherigen Arbeitgeber im gleichen Umfang angestellt ist. Bei einer Anstellung im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit, übernimmt der bisherige Versicherer den laufenden Schadenfall.

3. Die Prämien sind vom Übertrittsdatum an beim neuen Versicherer geschuldet.
4. Hat ein Versicherter vor seinem Übertritt bei seinem bisherigen Versicherer Taggeldleistungen bezogen, so werden diese vom neuen Versicherer an die Leistungsdauer angerechnet, sofern es sich um einen Rückfall gemäss den AVB des bisherigen Versicherers oder um einen laufenden Schadenfall handelt.»

Das FZA hat in erster Linie den Verdienst, Rechtssicherheit herzustellen von dem alle Beteiligten, d.h. Versicherte, Arbeitgeber und Versicherer profitieren. Bei Unklarheiten bemühen sich die Parteien angesichts des Abkommens und der Schlichtungsinstanz um eine vernünftige und praktikable Lösung.

**Mit der neuen Bestimmung würde ein funktionierendes System über Bord geworfen und es würden viele Fragen aufgeworfen, die schlussendlich wohl gerichtlich geklärt werden müssen.**

Neben den rechtlichen Unsicherheiten kommen wohl auch noch höhere Prämien hinzu: Bleiben die laufenden Schadenfälle beim Übertrag eines Kollektivvertrags auf einen neuen Versicherer beim alten Versicherer (der, nota bene, keine Prämien mehr erhält), so müssen diese Risiken im Voraus in die Prämie eingerechnet werden.

**Dies wird somit zu höheren Prämien führen.**

### 2.1.2. Besondere Problematik bei der Heilungskostenzusatzversicherung

Die soziale Krankenpflegeversicherung nach KVG (OKP) funktioniert nach dem Behandlungsprinzip. Danach ist jedes gesundheitliche Risiko immer bei demjenigen Grundversicherer gedeckt, bei dem die versicherte Person im Zeitpunkt ihrer Behandlung Prämien bezahlt. Dies gilt heute auch für die meisten Krankenzusatzversicherungen nach VVG. Der vom Nationalrat vorgeschlagene neue Artikel 35c bricht nicht nur mit dem Behandlungsprinzip, sondern wirft mit Blick auf die Praktikabilität auch **zahlreiche Fragen auf**:

- Wann verwirklicht sich die Gefahr in der Grund- oder Heilungskostenzusatzversicherung? Diese Frage ist bis heute aufgrund des Behandlungsprinzips nicht relevant, wird es aber gemäss der Lösung des Nationalrates. Im Gegensatz zu einem Unfall entwickelt sich eine Krankheit progressiv oder schleichend. Das auslösende Ereignis ist häufig nicht genau definierbar: Wann hat sich bei wiederkehrenden Rückenbeschwerden die Gefahr verwirklicht, die erstmals 2010 aufgetreten waren,

aber nicht behandelt wurden, 2012 zu den ersten Behandlungen mit Diagnosestellung führten, 2015 zum ersten Mal eine Arbeitsunfähigkeit verursachten und die Rückenoperation 2019 erfolgt?

- Wie und durch wen ist der Beweis für das Vorliegen der Nachhaftung zu erbringen? Der Krankenzusatzversicherer hat bei der Vertragsbeendigung keine Information, ob die versicherte Person zu einem anderen Anbieter wechselt. Da Gesundheitsdaten besonders schützenswerte Daten sind, stellen sich diesbezüglich auch komplexe datenschutzrechtliche Fragen.
- Weil kein Krankenzusatzversicherer weiss, ob eine versicherte Person nach der Vertragsbeendigung zu einem anderen Anbieter wechselt oder nicht, besteht auch eine erhöhte Missbrauchsgefahr. Eine versicherte Person kann beim Vorversicherer Nachhaftung geltend machen, obwohl sie bei einem anderen Anbieter über eine Zusatzversicherung verfügt. Sofern die Verwirklichung nicht offensichtlich in der Vergangenheit liegt, kann sie sich die Kosten allenfalls zweimal erstatten lassen.

**Diese Fragen zeigen beispielhaft die grossen juristischen Unsicherheiten und die Notwendigkeit zusätzlicher Datenerfassungen und Risikoprämienzuschlägen auf, obwohl den Konsumenten aufgrund des heute bereits funktionierenden Systems und insbesondere im Lichte des vorgenannten Kündigungsverbots kein Zusatznutzen entsteht.**

### **2.1.3. Allgemeine Problematik bei allen Krankenzusatzversicherungen**

Auch für alle anderen Krankenzusatzversicherungen nach VVG würde die neue gesetzliche Regelung zu grösseren Koordinationsproblemen führen: Die Grundversicherung (OKP) knüpft die zeitliche Leistungspflicht des Versicherers konsequent an die Dauer der Versicherungsdeckung. Auch bei Behandlungen über das Kalenderjahr hinaus gibt dies keine Koordinationsprobleme beim Versicherungsverwechsel. Krankenzusatzversicherungen kommen im Nachgang resp. ergänzend zur OKP zum Tragen. Eine andere Haftungsbasis würde grosse Koordinationsprobleme schaffen. Art. 35c Abs. 2 E-VVG macht es nicht besser: solche grundlegende Fragen können nicht einfach Absprachen

zwischen Versicherungsunternehmen überlassen werden, sondern müssten klar geregelt werden.

### **2.2. Art. 35d E-VVG**

«Art. 35d E-VVG Hängige Versicherungsfälle Vertragsbestimmungen, welche ein Versicherungsunternehmen berechtigen, bei Beendigung des Vertrags nach Eintritt des befürchteten Ereignisses bestehende periodische Leistungsverpflichtungen als Folge von Krankheit oder Unfall bezüglich Dauer oder Umfang einseitig zu beschränken oder aufzuheben, sind nichtig. (s. Art. 3 Abs. 1 Bst. I)»

In diesem Artikel geht es um die Fortführung von Leistungen als Folge von Krankheit oder Unfallereignisse, die sich vor der Beendigung des Vertrags ereignet hatten. Der Nationalrat will damit Vertragsbestimmungen verbieten, welche die Aufhebung oder Beschränkung von bestehenden periodischen Leistungsverpflichtungen für Folgekosten bei diesen Fällen vorsehen. Dieses Verbot ist unnötig. Das Bundesgericht hat regelmässig entschieden, dass in derartigen Fällen weiterhin Taggelder ausbezahlt werden müssen, auch wenn kein Vertrag mehr besteht.

Noch viel schlimmer ist die Auswirkung von Art. 35d E-VVG auf das FZA, denn damit würde dieses nichtig. Wie bereits dargestellt, erzeugt dieses heute Rechtssicherheit und schafft Raum für die Koordination zwischen den Versicherern. Der Aufwand wächst erheblich mit dem Wegfall des FZA vor allem für Arbeitgeber, die ihre Kollektivversicherung von einem Versicherer auf einen neuen übertragen. Er müsste in jedem Schadenfall abklären, ob er dem alten oder dem neuen Versicherer zu melden ist. Das bedingt auch einen höheren Aufwand für die Versicherten, denn sie müssten dem Arbeitgeber die nötigen Angaben zu dieser Abklärung liefern.

### **2.3. Zusätzliche Datenerhebung nötig**

Die Regelungen bezüglich Nachhaftung und hängige Fälle führen zu höherem Abklärungsbedarf und damit zu einer Ausweitung der Datenerhebung. Im Kollektivgeschäft werden heute zur administrativen Vereinfachung den Versicherern in der Regel nur die AHV-Lohnsummen gemeldet und keine Einzelpersonen; gestützt darauf werden die Prämien berechnet, erst im Schadenfall erfolgt die Nennung der Versicherten. Das vermeidet auch eine unnötige Datenschlacht. Dies ist im Lichte von Art. 35 c und d E-VVG wohl nicht mehr

möglich, da hängige bzw. laufende Schadenfälle ja vom bisherigen Versicherer übernommen werden müssen; der Arbeitgeber und der neue Versicherer müssen deshalb zusätzlich abklären, ob und wie die versicherte Person in den letzten 5 Jahren versichert war und sie dann an den früheren Versicherer verweisen. Das heutige Schlichtungsverfahren nach FZA, das eine koordinierende Wirkung hat, wäre nicht mehr möglich. Ist das wirklich im Sinne der Versicherten, wenn durch diese Gesetzesänderung viel mehr Daten erhoben werden müssten als es heute der Fall ist?

#### **2.4. Prämien erhöhungen wären unvermeidlich**

Die Versicherungsaufsicht verlangt im Rahmen der Genehmigung der Prämientarife (Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG) risikogerechte Prämien. Dies bedeutet, dass eine Nachhaftung die Einrechnung eines entsprechenden Risikoprämienzuschlags zulasten aller Versicherten bedingt.

Dabei hat eine Studie des Instituts für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen von 2016 zum Konsumentenschutz aus Kundensicht ergeben, dass die Zahlungsbereitschaft der Kundinnen und Kunden für mehr Konsumentenschutz im Durchschnitt gering ist. Es stellt sich daher die Frage, ob diese «Kundenschutz»-Massnahmen wirklich im Interesse der Kunden sind.

**Fazit: Die Umkehr der Praxis betreffend Nachhaftung wäre für die Krankentaggeldversicherung, wie auch für die anderen Krankenzusatzversicherungen fatal. Der Aufwand für ALLE, auch die Versicherten und Arbeitgeber würde enorm zunehmen. Es bestünde die Gefahr, dass gewisse Arbeitgeber angesichts des zusätzlichen Verwaltungsaufwands und der bereits heute hohen Prämien auf eine Krankentaggeldversicherung verzichten würden, sofern er dazu nicht aufgrund eines Normal- oder Gesamtarbeitsvertrag verpflichtet ist. Der zusätzliche Aufwand beim Versicherer würde sich zudem negativ auf die Prämien auswirken. Der Wegfall des heutigen Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeldversicherern würde zu einer grossen Rechtsunsicherheit und damit zu vermehrten Gerichtsfällen führen. Angesichts der harten Konkurrenz und des hohen Verwaltungsaufwands besteht auch das Risiko, das die Krankentaggeldversicherungen für viele Versicherer nicht mehr tragbar werden und sie sich aus dem Geschäft zurückziehen. Auch das könnte auf lange Sicht eine Auswirkung auf die Prämien haben, denn nur die Konkurrenz belebt das Geschäft.**

## Schlussfolgerungen

Die Groupe Mutuel unterstützt das Ziel der Revision, das Gesetz an die heutigen Anforderungen eines modernen Kundenschutzes anzupassen. Dabei sollte jedoch auf neue Regulierungen verzichtet werden, welche den Kundinnen und Kunden keinen Mehrwert bieten, zu höheren Prämien und mehr Rechtsunsicherheit führen. Dies ist u.a. bei Art. 35c und Art. 35d (neu) der Fall.

Die Nachhaftung führt als theoretisches Konstrukt zu unerwünschten Folgen für die Gesamtheit der Versicherten (Prämien erhöhungen, Datenerhebungen, Rechtsunsicherheiten). Von den Vorteilen profitieren hingegen nur wenige ehemals versicherte Personen, die aus freien Stücken aus der Versicherung ausgeschieden sind bzw. rechtmässig davon ausgeschlossen wurden.

Die neue, unnötige Bestimmung zu den hängigen Fällen würde das seit vielen Jahren bewährte Freizügigkeitsabkommen ausser Kraft setzen und eine völlig neue Rechtslage schaffen. Das wird sich vor allem auch auf die Versicherten nachteilig auswirken.

Weiter führen die beiden oben genannten Artikel zu Rechtsunsicherheit, was schliesslich die Gerichte intensiv beschäftigen wird.

**All dies spricht für die ersatzlose Streichung der vom Nationalrat eingefügten Art. 35c und Art. 35d E-VVG (neu).**