

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 1. Juli 2009

### **1073. Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Vernehmlassung)**

Mit Schreiben vom 21. Januar 2009 leitete das Eidgenössische Finanzdepartement die Vernehmlassung zur Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) ein. Das VVG ist seit dem 1. Januar 1910 in Kraft und regelt das privatrechtliche Vertragsverhältnis zwischen der Versicherungsnehmerseite und dem Versicherungsunternehmen. Obwohl sich das VVG grundsätzlich bewährt hat und mehrmals in einzelnen Punkten geändert wurde, ist es immer mehr in Kritik geraten, wobei insbesondere die mangelnde Ausgewogenheit zwischen den Verpflichtungen der Vertragsparteien sowie die unzureichende Abstimmung mit dem allgemeinen Obligationenrecht beanstandet werden.

Grundanliegen der Totalrevision des VVG sind die Anpassung des Versicherungsvertragsrechts an die veränderten Gegebenheiten und Bedürfnisse durch eine zeitgemässe und vorausblickende Ausgestaltung des neuen Gesetzes sowie die Verbesserung der Stellung der Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer und der weiteren aus dem Versicherungsvertrag berechtigten Personen. Inhaltlich soll der Vernehmlassungsentwurf den Anforderungen an einen modernen versicherungsrechtlichen Erlass genügen. Neuerungen sind nicht nur zum Ausgleich von Informationsgefällen beispielsweise durch Erweiterung der vorvertraglichen und vertraglichen Informationspflichten vorgesehen. Rechnung getragen werden soll auch dem Wunsch nach sachgerechter und ausgewogener Regelung der vorvertraglichen Verhältnisse, des Verhältnisses zu Versicherungsvermittlern und der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten. Dem soll namentlich durch die Einführung eines Widerrufsrechts sowie der Möglichkeit zum Abschluss von Rückwärtsversicherungsverträgen entsprochen werden. Änderungen enthält der Vernehmlassungsentwurf zudem mit Blick auf die Verzugs- (insbesondere Prämienzahlungsverzug) und Verjährungsbestimmungen. Ausserdem wird, etwa durch Vorschriften zu den Prämienanpassungsklauseln, das Bedürfnis nach angemessener Normierung von Vertragsänderungen berücksichtigt. Vorgeschlagen werden weiter die Beschränkung des Ersatzes von Schadenabwendungs- und Minderungskosten auf die Versicherungssumme sowie angepasste Bestimmungen zur Über- und Unterversicherung oder zur ungenügenden Versicherungsdeckung im Fall mehrerer Geschädigter. Die Einführung von Kündigungsrechten sowie

die Statuierung von Bestimmungen zur Nachhaftung und zur Haftung für hängige Versicherungsfälle regeln die sich im Zusammenhang mit der Vertragsbeendigung stellenden Fragen.

Die Finanzdirektion hat zum Entwurf eine Untervernehmlassung bei den Direktionen und der Staatskanzlei sowie dem Ober- und dem Sozialversicherungsgericht durchgeführt. Zwei Direktionen und das Sozialversicherungsgericht haben in der Folge Stellungnahmen eingereicht. Diese konnten weitgehend in die vorliegende Vernehmlassungsantwort übernommen werden.

Auf Antrag der Finanzdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Finanzdepartement (Zustelladresse: Eidg. Finanzverwaltung, Rechtsdienst, Bernerhof, 3003 Bern):

Mit Schreiben vom 21. Januar 2009 haben Sie uns eingeladen, zum Entwurf zur Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

### **1. Allgemeine Bemerkungen**

Auch wenn sich das VVG während der langen Geltungsdauer grundsätzlich bewährt hat, begrüssen wir die angestrebte Totalrevision. Die veränderte Wahrnehmung hinsichtlich eines ausgewogenen Verhältnisses der Interessen von Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern einerseits und den Versicherungsunternehmen andererseits sowie die notwendige Anpassung an die heutigen Bedürfnisse der Teilnehmenden am Versicherungsmarkt lassen es als sinnvoll erscheinen, ein neues Gesetz mit der grundsätzlichen Stossrichtung des vorliegenden Entwurfes zu schaffen. Insbesondere die Stärkung der Position der Konsumentinnen und Konsumenten verdient ein grösseres Augenmerk. Es darf jedoch nicht vergessen werden, die Ausgewogenheit der verschiedenen Interessen zu wahren. Ein einseitig zugunsten der Versicherten ausgestaltetes Gesetz birgt die Gefahr in sich, das Funktionieren eines liberalen Versicherungsmarktes infrage zu stellen und dadurch langfristig auch die Interessen der Konsumentinnen und Konsumenten zu beeinträchtigen.

Das im erläuternden Bericht erwähnte Ziel, dem Gesetz eine eingängige Sprache zu verleihen und zwecks besserer Leserlichkeit auf geschlechtsneutrale Formulierungen zu verzichten, wurde nicht ganz erreicht. Die ständige parallele Verwendung von «Versicherungsnehmerin» und «Versicherungsnehmer» beeinträchtigt die Lesbarkeit des

Gesetzestextes beträchtlich. Die Geschlechtsneutralität, die dieser Doppelverwendung offensichtlich zugrunde liegt, wurde zudem nur unvollständig umgesetzt, da andere Wörter nach wie vor nicht in weiblicher Form verwendet werden (Beispiel: Art. 63, wo in einer Fussnote die sprachliche Gleichbehandlung für diesen Artikel aufgehoben wird; weitere Beispiele unter vielen, die im Gegensatz zu Art. 63 in keiner Fussnote des Gesetzes Erwähnung finden: Art. 69 «der Dritte», Art. 73 «Arbeitgeber»).

## **2. Zu den einzelnen Bestimmungen**

### *Art. 7 Revisionsentwurf (E-VVG) Widerrufsrecht*

Der Entwurf will für alle Versicherungsverträge mit einer Laufzeit von mindestens einem Monat ein allgemeines 14-tägiges Widerrufsrecht der Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer einführen. Weshalb ein solches Widerrufsrecht notwendig ist, wird im erläuternden Bericht nicht ausgeführt. Die Regelung geht damit weiter als die einschlägigen EU-Richtlinien, die ein solches Widerrufsrecht nur für Lebensversicherungen und den Fernabsatz von Schadenversicherungsverträgen kennen.

Das schweizerische Recht kennt das Widerrufsrecht bei Verträgen nur in Ausnahmefällen, in denen eine vertragsschliessende Partei als besonders schutzbedürftig angesehen wird (z. B. bei Haustürgeschäften). Keine Rolle spielte bislang das Kriterium der Komplexität eines Vertrages. Der Gesetzgeber geht grundsätzlich davon aus, dass eine mündige Person in der Lage ist, Verträge verbindlich einzugehen. Wenn aus Konsumentensicht eine Abkehr vom Grundsatz, dass Verträge verbindlich sind, erwogen wird, so wäre es grundsätzlich zweckmässiger, dies nicht nur für Versicherungsverträge allein, sondern für alle Vertragsarten zu prüfen.

Es ist insbesondere nicht nachvollziehbar, wieso hierzulande auch bei Versicherungsverträgen mit verhältnismässig kurzer Laufzeit ein besonderes Schutzbedürfnis bestehen soll. Solche Versicherungsverträge sind – insbesondere für Private – in der Regel nicht kostenintensiv. Sie verursachen auch keine versteckten Kosten und sind in regelmässigen Intervallen kündbar. Entsprechend drängt sich ein allgemeines Widerrufsrecht hier nicht auf. Sinnvoll erscheint ein solches erst bei Verträgen, die auf mehrere Jahre eingegangen werden. Prüfwert ist eine Anpassung an die erwähnten EU-Richtlinien bezüglich Lebensversicherungen.

### *Art. 8 E-VVG Wirkung des Widerrufs*

Die vorgeschlagene Formulierung, wonach Kosten aus besonderen Abklärungen, die das Versicherungsunternehmen im Hinblick auf den Abschluss vorgenommen hat, von der Versicherungsnehmerin oder

dem Versicherungsnehmer zu erstatten sind, «sofern es die Umstände rechtfertigen», ist zu offen formuliert. Es wäre sachgerechter, die Erstattung der Kosten auf bestimmte Fallkonstellationen zu beschränken oder an die Voraussetzung zu binden, dass dies im Voraus schriftlich vereinbart wurde.

*Art. 11 E-VVG Policeninhalt*

Wir begrüßen die Neuerung, dass ein vom ursprünglich Vereinbarten abweichender Policeninhalt nicht mehr einer Genehmigungsfiktion wie in Art. 12 VVG unterliegen soll.

*Art. 12 E-VVG Information*

Grundsätzlich befürworten wir die neu verlangten, ausgedehnten Informationsvorschriften.

Zu Art. 12 Abs. 1 lit. c E-VVG: Nicht nachvollziehbar ist, weshalb eine allfällige Prämiendifferenzierung nach Geschlecht angegeben werden muss. Der erläuternde Bericht führt in seiner Begründung zum Abschreibungsantrag betreffend Postulat 03.3596 (Zusammenhänge zwischen der Grund- und Zusatzversicherung in der Krankenversicherung) aus, dass einer solchen Differenzierung – soweit sie auf einer klassischen Risikogruppeneinteilung beruht – nichts entgegenzuhalten und eine Information darüber nicht vorgesehen ist (S. 13). Es ist auch nicht verständlich, wieso eine Prämiendifferenzierung nach Geschlecht kommuniziert werden muss, eine solche nach Alter, Herkunft usw. hingegen nicht. Müssten indessen alle diese Differenzierungen zur Prämienkalkulation offengelegt werden, würde der Wettbewerb unterbunden. Der Passus sollte deshalb gestrichen werden. Wichtig für Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer ist die absolute Prämienhöhe, die mit derjenigen anderer Versicherer ohne Weiteres verglichen werden kann.

Zu Art. 12 Abs. 2 lit. c E-VVG: Seit das Krankenversicherungsgesetz (KVG) am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, unterstehen die freiwilligen Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Aufsicht des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV) und den Regeln des VVG. Seit dieser Trennung können die Versicherten Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Versicherern abschliessen (Art. 7 Abs. 7 und 8 KVG). Zudem sind neue Gesetzesbestimmungen in Kraft getreten, welche die Transparenz in der Krankenversicherung und somit den Informationsstand der Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer über die Zusammenhänge bzw. Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherung verbessern. Damit diese den Unterschied zwischen obligatorischer und freiwilliger Versicherung bereits vor einem Vertragsabschluss transparent erkennen können, darf das Beitrittsformular der OKP seit dem Jahr 2006 nur noch Angaben zur OKP (Art. 6a Verordnung vom 27. Juni

1995 über die Krankenversicherung [KVV]), nicht aber zu den freiwilligen Zusatzversicherungen enthalten. Für Letztere verpflichtet die 2007 in Kraft getretene Teilrevision des VVG die Versicherer, die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss verständlich über den wesentlichen Inhalt des Vertrages zu informieren. Mit Art. 12 Abs. 2 lit. c E-VVG werden diese Pflichten erweitert, indem darin spezifisch für die Krankenzusatzversicherungen die Information über die Finanzierungsmethode einschliesslich der Bildung und Verwendung von Alterungsrückstellungen verlangt wird. Diese Information ist für die Produktwahl der Versicherten besonders wichtig, da die Zusatzversicherung ja zumeist für die ganze Lebensdauer gedacht ist. Insbesondere werden die Konsumentinnen und Konsumenten dadurch auch in die Lage versetzt, neben den aktuell geltenden Prämien auch deren voraussichtliche künftige Entwicklung vergleichen zu können. Durch unterschiedliche Finanzierungsmethoden kann das Ausmass der Prämienabstufungen im Alter unterschiedlich stark ausfallen; diese Kenntnis kann für den Vertragsabschluss entscheidend sein. Vor diesem Hintergrund ist Art. 12 Abs. 2 lit. c E-VVG ausdrücklich zu begrüssen.

*Art. 18 E-VVG Verletzung der Anzeigepflicht*

Die Differenzierung nach Verschuldensgrad der Versichertenseite für eine allfällige Leistungsverweigerung nach Vertragsbeendigung für bereits eingetretenen Schaden ist zu begrüssen. Ebenso ist zu befürworten, dass eine Leistungsverweigerung nur für diejenigen Teile erfolgen kann, für welche die Anzeigepflichtverletzung kausal war.

*Art. 19 E-VVG Kündigung bei Anzeigepflichtverletzung*

Gemäss Art. 19 Abs. 1 E-VVG hat das Versicherungsunternehmen rückwirkend Anspruch auf eine höhere Prämie nach dem ohne Anzeigepflichtverletzung anwendbaren Tarif. Diese Bestimmung birgt neues Konfliktpotenzial in sich. Eine solche neue, erhöhte Prämie lässt sich nur beim Massengeschäft im Nachhinein sinnvoll berechnen. Bei besonderen Versicherungen und Grossrisiken spielen nicht nur die versicherungsmathematischen Berechnungen, sondern auch die Marktsituation und die entsprechenden Strategien der Versicherungsunternehmen eine bedeutende Rolle. Die Bestimmung des «richtigen» höheren Tarifs ist in diesen Fällen vielfach nicht zu bewerkstelligen. Statt damit neue Konfliktfelder zu erschliessen, sollte auf Abs. 1 komplett verzichtet werden. Das Versicherungsunternehmen ist durch die Möglichkeit der Leistungsverweigerung gemäss Art. 18 Abs. 2 E-VVG genügend vor dem erhöhten Risiko geschützt.

*Art. 24 E-VVG Vorläufige Deckungszusage*

Bei Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern, die ihr Versicherungsmanagement professionell betreiben, besteht in der Praxis regelmässig ein Bedürfnis, vorläufige Deckungszusagen auch über län-

gere Zeit laufen zu lassen. Die kurze Kündigungsfrist von zwei Wochen kann deshalb im Einzelfall zu grossen Problemen führen. Sollte eine Kündigungsfrist im Gesetz festgeschrieben werden, wäre diese deutlich länger festzusetzen.

*Art. 34 E-VVG Schadenminderung*

Wir unterstützen die Neuerung, wonach der Beginn der Schadenminderungspflicht vorverlegt wird, sodass bereits bei drohendem Schaden die zumutbaren Massnahmen ergriffen werden müssen. Dies umso mehr, als solche Aufwendungen gemäss Art. 41 Abs. 1 E-VVG vom Versicherungsunternehmen zu tragen sind.

*Art. 37 E-VVG Veränderungsverbot*

Der Gesetzestext lässt offen, durch wen der Schaden zu ermitteln ist. Da die Schadenermittlung Voraussetzung ist, dass ein bestehender Zustand nach dem Schadensfall wieder verändert werden darf, ist im Interesse der Versicherten, die dadurch bei ihren Verrichtungen allenfalls blockiert sind, zu präzisieren, wessen Mitwirkung bei der Schadenermittlung in welchem Umfang erforderlich ist.

*Art. 45 f. E-VVG Änderung der Gefahr / Erhöhung der Gefahr*

Unter der bisherigen gesetzlichen Regelung verzichteten die Anbieter der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung in ihrer Praxis darauf, Gefahrerhöhungen geltend zu machen (vgl. Fuhrer, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Vorbemerkungen zu Art. 28–32, Rz 136). Gemäss Viret (*L'aggravation et les autres modifications du risque en droit suisse des assurances privées*, in: Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift 1986, S. 97) sollte de lege ferenda die Lebens- und Krankenversicherung vollständig vom Geltungsbereich der Regeln über die Gefahrerhöhung ausgenommen werden. Wir stimmen dieser Auffassung zu und sind der Ansicht, dass insbesondere der Bereich der Krankenversicherung von den Regeln über die Gefahrerhöhung ausgenommen werden müsste. Zweck der Krankenversicherungen ist es gerade, das Risiko zukünftig eintretender gesundheitlicher Störungen zu versichern. Die Pflicht zur Anzeige von Gefahrerhöhungen würde dazu führen, dass Krankheiten, die sich ohne behandlungsbedürftige Beschwerden manifestieren, angezeigt werden müssten. Dies mit der Folge, dass der Versicherungsvertrag aufgelöst werden könnte, während Krankheiten, die sofort eine Behandlung erfordern, ohne Weiteres eine Leistungspflicht des Versicherers auslösen. Diese Ungleichbehandlung gilt es zu vermeiden.

Im Übrigen erscheint es jedoch sinnvoll, den Zeitpunkt für den Übergang von der vorvertraglichen Anzeigepflicht zur Gefahrerhöhung auf den Moment der Gefahrsdeklaration vorzuverlegen.

Wir befürworten zudem die Neuerung, wonach nicht mehr unterschieden wird, ob die Gefahrserhöhung mit oder ohne Zutun der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers erfolgte. Zum Problem der Festsetzung einer höheren Prämie durch den Versicherer verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Art. 19 E-VVG. Obwohl der erläuternde Bericht dies offenbar voraussetzt, lässt der Wortlaut von Art. 46 Abs. 6 E-VVG nicht ohne Weiteres darauf schliessen, dass Kausalität zwischen der nicht angezeigten Gefahrserhöhung und dem Eintritt bzw. dem Umfang der Verpflichtung des Versicherungsunternehmens vorausgesetzt ist. Dies sollte präzisiert werden.

*Art. 49 E-VVG Prämienanpassungsklausel*

Es ist fraglich, ob es notwendig ist, dem Versicherungsunternehmen in dieser allgemeinen Form die Möglichkeit zur einseitigen Prämien-erhöhung einzuräumen. Es besteht die Gefahr, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen routinemässig eine entsprechende Anpassungsklausel enthalten werden, ohne dass sich die Versichertenseite dagegen wehren kann. Grundsätzlich ist es für das Versicherungsunternehmen zumutbar, sich an die ordentlichen Kündigungsfristen zu halten, wenn sich die Verhältnisse ändern. Bei ausserordentlichen, schweren und dauerhaften Veränderungen der ursprünglichen Verhältnisse sieht das schweizerische Recht auch bisher die Möglichkeit vor, einen Vertrag abzuändern. Die Versicherungsnehmerinnen oder Versicherungsnehmer sollten, insbesondere bei Versicherungsverträgen für die breite Öffentlichkeit, in ihrem Vertrauen auf den Inhalt und die Laufdauer eines Vertrages grundsätzlich geschützt werden.

*Art. 51 E-VVG Wegfall des versicherten wirtschaftlichen Interesses*

Dass neu der Wegfall des versicherten wirtschaftlichen Interesses zur Vertragserlöschung führt, erachten wir als sinnvoll.

*Art. 52 E-VVG Handänderung*

Wir unterstützen die Neuregelung, wonach die Versicherungsverträge bei einer Handänderung automatisch übergehen, die neue Eigentümerin oder der neue Eigentümer jedoch den Übergang ablehnen kann.

*Art. 57 E-VVG Nachhaftung*

Aufgrund der Formulierung im erläuternden Bericht ist nicht klar, was die Konsequenz dieser zwingenden Bestimmung sein soll. Insbesondere ist unklar, in welchem Verhältnis diese Bestimmung zu den verschiedenen, heute bei Haftpflichtversicherungsverträgen angewandten Versicherungsprinzipien zur Festlegung des zeitlichen Geltungsbereichs steht. Sollen nur Haftpflichtversicherungen nach Schadenverursachungsprinzip von der Nachhaftung betroffen sein? Beim Anspruchserhebungsprinzip (Claims-made-Prinzip) kann dies grundsätzlich nicht der Fall sein. Hier besteht Klärungsbedarf.



*Art. 66 E-VVG Verjährung*

Die Ausdehnung der eher kurzen Verjährungsfristen auf fünf Jahre ist als Angleichung an die sonstigen zivilrechtlichen Verjährungsfristen eine angemessene Lösung. Unklar ist, wieso im E-VVG als Zeitpunkt des Beginns der Verjährungsfrist für Versicherungsleistungen die Fälligkeit, nicht jedoch der Eintritt des Versicherungsfalles (gemäss Vorentwurf der Expertenkommission) gewählt wurde. Da die Fälligkeit der Versicherungsleistungen gemäss Art. 39 E-VVG von der Substanziierung des Anspruch durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer abhängt, stünde es im Belieben derselben, die Verjährungsfrist hinauszuzögern. Die Anknüpfung an den Eintritt des Versicherungsfalles erscheint demgegenüber praktikabler.

*Art. 73 E-VVG Datenschutz (Gesundheitsprüfung in der Kollektivversicherung)*

Viele Arbeitgebende sichern ihre Lohnfortzahlungspflicht und den Lohnausfall der Arbeitnehmenden nach Ablauf der Lohnfortzahlungspflicht durch Kollektivkrankentaggeldversicherungen ab. Bei hohen zu versichernden Einkommen veranlassen die Versicherungsunternehmen in der Regel vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung. Dies kann die Ablehnung oder die Aufnahme von Vorbehalten in Bezug auf einzelne Arbeitnehmende zur Folge haben. Das wiederum führt zu einem heiklen Dilemma: Die oder der Arbeitgebende muss wissen, wann eine zur Finanzierung der Lohnfortzahlung abgeschlossene Versicherung nicht leisten muss, da sie oder er in diesem Fall persönlich leistungspflichtig wird. Auf der anderen Seite kann die oder der Arbeitnehmende ein schützenswertes Interesse an der Geheimhaltung gesundheitlicher Beeinträchtigungen haben.

Mit der in Art. 73 E-VVG vorgeschlagenen Regelung hat die oder der Arbeitnehmende das Recht, dem Versicherungsunternehmen innert zweier Wochen nach dessen Mitteilung über Einschränkungen des Versicherungsschutzes zu untersagen, die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber über die Einschränkungen in Kenntnis zu setzen. Muss sie oder er befürchten, bei einer Offenlegung ihres bzw. seines Gesundheitszustandes (z. B. HIV-Infektion) die Stelle zu verlieren, so hat sie bzw. er die Möglichkeit, die Vertraulichkeit durchzusetzen. In diesem Fall wird jedoch die oder der auf den Bestand des Versicherungsschutzes vertrauende Arbeitgebende geschützt, indem ihre bzw. seine Lohnfortzahlungspflicht unabhängig von anderslautenden einzel- oder gesamtarbeitsvertraglichen Regelungen auf das im OR vorgesehene Mindestmass begrenzt wird. Diese Regelung sollte angepasst werden. Gemäss Art. 328b OR darf eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber Daten über die Arbeitnehmenden oder den Arbeitnehmer nur bearbeiten, soweit sie dessen Eignung für das Arbeitsverhältnis betreffen oder zur Durchführung des



Arbeitsvertrages erforderlich sind. Dementsprechend ist das Frage-  
recht der oder des Arbeitgebenden im Rahmen der Vertragsverhand-  
lungen begrenzt. Die Bewerberin oder der Bewerber hat lediglich über  
das Auskunft zu geben, was sich auf die Anstellung und die spezielle  
Eignung dafür bezieht. Diese zum Schutz der Persönlichkeitssphäre der  
Arbeitnehmerin und des Arbeitnehmers bestehende Regelung würde  
nun durch die in Art. 73 E-VVG vorgeschlagene Lösung, wonach Still-  
schweigen als Zustimmung zur Information der oder des Arbeitgeben-  
den durch das Versicherungsunternehmen gilt, weitgehend unterwan-  
dert. Wir schlagen deshalb vor, Abs. 1 und 2 dahingehend zu ändern,  
dass das Versicherungsunternehmen, das eine Arbeitnehmerin oder  
einen Arbeitnehmer nicht oder nur mit Vorbehalt versichern will, diese  
oder diesen schriftlich und mit Begründung über diesen Entscheid in-  
formieren und auffordern muss, sich ausdrücklich darüber auszuspre-  
chen, ob die oder der Arbeitgebende über diesen Ausschluss oder den  
Vorbehalt informiert werden darf oder nicht. Dabei soll Stillschweigen  
von Gesetzes wegen als Nichteinwilligung für diese Datenbekanntgabe  
gelten. Gleichzeitig soll die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer  
über die Rechtsfolgen bei Nichtinformation der oder des Arbeitgeben-  
den informiert werden, damit sie oder er die Folgen ihres bzw. seines  
Tuns abschätzen kann. Weiter regen wir an, die Bestimmung dahinge-  
hend zu spezifizieren, dass die Information des Arbeitgebenden über  
einen Ausschluss oder einen Vorbehalt nicht nur die ausdrückliche Ein-  
willigung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers erfordert, son-  
dern dass die Mitteilung sich auf die Tatsache beschränken muss, dass  
eine Nichtaufnahme in die Versicherung oder ein Vorbehalt ausgespro-  
chen worden sind (ohne Bekanntgabe der dazu führenden gesundheit-  
lichen Gründe). Wird die oder der Arbeitgebende über das Ergebnis  
der Gesundheitsprüfung und die zum Ausschluss oder Vorbehalt füh-  
renden Gründe informiert, ist – gerade in wirtschaftlich schwierigen  
Zeiten – zu befürchten, dass die oder der Arbeitgebende das Arbeits-  
verhältnis – allenfalls unter Vorschieben anderer Gründe – wieder auf-  
löst, insbesondere noch während der Probezeit mit eingeschränktem  
Kündigungsschutz, zumal die Gesundheitsprüfungen gleich zu Beginn  
des Arbeitsverhältnisses durchgeführt werden dürften.

*Art. 76 ff. E-VVG Schadenversicherung, Summenversicherung*

Dass die frühere, systematisch unzulängliche Unterscheidung in  
Schaden- und Personenversicherung aufgegeben und die Grundunter-  
teilung nun in Schaden- und Summenversicherung vorgenommen wird,  
erscheint sinnvoll. Als am praktikabelsten für die Abgrenzung der  
Frage, ob Drittleistungen anzurechnen sind oder nicht, erscheint die auf  
S. 69 des erläuternden Berichts beschriebene Lösung, wonach die Ab-  
grenzung durch den Versicherungsvertrag vorgenommen wird, wobei  
die entsprechenden Informationspflichten gelten.

*Art. 90 ff. E-VVG Haftpflichtversicherung (allgemein)*

Auch wenn gemäss dem erläuternden Bericht die Diskussion über die Zulässigkeit des Claims-made-Prinzips in der Schweiz bisher nie sehr heftig geführt wurde und eine gesetzliche Regelung des zeitlichen Geltungsbereichs bei Haftpflichtversicherungsverträgen als nicht erforderlich erachtet wird, scheint doch ein klärungsbedürftiges Problem hinsichtlich des Verhältnisses des weit verbreiteten Claims-made-Prinzips zum zwingenden Art. 57 E-VVG zu bestehen (siehe Bemerkungen dort).

*Art. 90 E-VVG Haftpflichtversicherung*

Gemäss Entwurf müssen Haftpflichtversicherungen zwingend auch die Regressansprüche Dritter decken. Dies ist zu unterstützen.

*Art. 91 Direktes Forderungsrecht*

Grundsätzlich ist ein direktes Forderungsrecht, wie es Art. 91 E-VVG vorsieht, ohne das Korrelat eines Versicherungsobligatoriums zu hinterfragen. Wer die Freiheit hat, sich gegen Haftpflichtansprüche versichern zu lassen, sollte grundsätzlich auch die Freiheit haben, die Angelegenheit über die Versicherung abwickeln zu lassen. Die Einschränkung der Autonomie bleibt hier nicht ohne Folgen für die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer. Die Interessen der beiden Parteien des Versicherungsvertrages sind im Schadensfall nicht immer deckungsgleich. Zudem gehen die Verfasser des vorliegenden Gesetzesentwurfs bei ihren Überlegungen offenbar vom Regelfall eines klassischen Haftpflichtversicherungsvertrages aus und lassen die breite Palette von Versicherungsmöglichkeiten und alternativen Risikofinanzierungsmodellen für das Haftpflichtrisiko ausser Acht. Unternehmen sowie auch der Staat versichern vielfach normale Risiken nicht und treffen für besondere Fälle mit in- oder ausländischen Versicherungsunternehmen Vereinbarungen, die mit einer klassischen Haftpflichtversicherung nicht vergleichbar sind.

Die allgemeine Einführung eines direkten Forderungsrechtes für sämtliche Haftpflichtversicherungsverträge ist mit Blick auf die Beschneidung der Mitwirkungsrechte der Versicherten, nicht zuletzt auch für Fälle, in denen der Staat als Passivlegitimierter auftritt, sehr problematisch. Der Staat muss nicht nur weiterhin frei sein in der Entscheidung, welches Risiko er versichern und welches er selber tragen will. Er muss auch dann, wenn er sein Risiko versichert hat, an der Schadenregulierung weiterhin aktiv mitwirken können, insbesondere dort, wo die besonderen Verfahrens- und Fristwahrungsvorschriften der kantonalen Haftungsgesetze zur Anwendung gelangen.

Die ganze Problematik wird dadurch, dass die Einreden aus dem VVG und dem Vertrag erhalten bleiben sollen, zwar teilweise entschärft. Doch bleibt unklar, wie weit der Kreis der Einreden aus Vertrag

letztlich gezogen werden soll. Fällt beispielsweise die Vereinbarung, dass ein Versicherungsunternehmen Zahlungen ab einem bestimmten Betrag nur mit Zustimmung der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers leisten darf, auch darunter? Je stärker auch solche Einreden zu beachten sind, um so mehr kann den berechtigten Interessen der Versicherungsnehmerseite Rechnung getragen werden, umso mehr wird aber das direkte Forderungsrecht auch toter Buchstabe bleiben. Keine Geschädigtenvertretung wird ein solches Risiko (d.h. der Verlust des Prozesses wegen Einreden und Einwänden, die dem internen Verhältnis zwischen haftpflichtiger Person und Versicherungsunternehmen entspringen) eingehen und der Klientschaft den direkten Forderungsprozess gegen das Versicherungsunternehmen empfehlen (vgl. Ileri, Verfahrensfragen/Aus der Sicht eines Geschädigtenvertreters, SVZ 65 [1997] 1/2 S. 41).

Ein allgemeines direktes Forderungsrecht in der freiwilligen Haftpflichtversicherung wird ohne Klärung und Beachtung dieser Zusammenhänge letztlich auch aus Geschädigtensicht zu einer Verkomplizierung statt zu einer Vereinfachung der Abwicklung von Haftpflichtschäden führen und wäre entsprechend abzulehnen.

#### *Art. 92 E-VVG Ungenügende Versicherungsdeckung*

In Bezug auf Art. 92 Abs. 3 E-VVG sollte auf eine gute Abstimmung mit der neuen Schweizerischen Zivilprozessordnung geachtet werden, die voraussichtlich vor dem neuen VVG in Kraft treten wird. Unklar ist, wieso offengelassen wird, ob die Fristansetzung von Amtes wegen oder auf Antrag einer Partei hin erfolgt.

Zu Art. 92 Abs. 4 E-VVG hält der erläuternde Bericht nicht genau fest, was die Folgen der Versäumnis der Ansprüche sind. So sollte beantwortet werden, ob in diesem Fall nur die Ansprüche gegen das Versicherungsunternehmen verloren gehen und somit nur noch gegen die haftpflichtige Person selber geklagt werden kann, oder ob bei Säumnis die gesamten Ansprüche untergehen.

#### *Art. 94 E-VVG Schadenregulierung*

Diese Bestimmung verfolgt offenbar den Zweck, die mitunter langwierigen Haftpflichtverfahren abzukürzen. Obwohl eine kurze Verfahrensdauer im Interesse aller Beteiligten liegt, erscheint fraglich, ob Art. 94 E-VVG ein taugliches Mittel ist, um das beabsichtigte Ziel zu erreichen.

Klare, von keiner Seite bestrittene Haftungsfälle haben selten ein Verzögerungsproblem. Tritt bei solchen Fällen doch eine absichtliche Verzögerung auf, so hilft auch die Vermutung von Abs. 3 den Versicherten nicht weiter, da das Versicherungsunternehmen in diesen Fällen seine Position nicht mehr verschlechtern kann und die Geschädigtenseite zur Einforderung der Ansprüche so oder so klagen muss.

Ist der Anspruch unklar oder bestritten, kann das Versicherungsunternehmen mittels einer kurz gehaltenen Ablehnung jegliche für sie negativen Folgen abwenden.

Es ist überdies zu befürchten, dass auch in vielen Fällen, in denen schliesslich eine Haftung besteht, die Ansprüche vor einer vertieften Prüfung einstweilen abgelehnt werden, um vorsorglich die Folgen nach Abs. 3 abzuwenden.

Im Weiteren sind auch die konkreten Folgen von Abs. 3 unklar. Die im erläuternden Bericht erwähnte Beweislastumkehr ist nicht unproblematisch. Ein Versicherungsunternehmen kann den Schaden der Geschädigtenseite in vielen Fällen von vornherein nicht aus eigener Kraft beweisen. Das führt im Prozessfall unweigerlich zu Schwierigkeiten bei der Verteilung der Substanziierungs- und Beweislast, weil die Geschädigtenseite gleichwohl zur Beibringung der Beweise angehalten werden muss.

#### *Art. 116ff. Kranken- und Unfallversicherung*

Anders als in der OKP ist es dem Krankenzusatzversicherer freigestellt, ob er in den Versicherungsbedingungen lediglich die Kündigungsmöglichkeit durch die Versicherte oder den Versicherten vorsieht, oder ob er auch sich selber dieses Recht (z. B. Kündigung im Schadensfall) vorbehält. Seit 2006 sind Versicherer, die sich das Kündigungsrecht oder die Nicht-Weiterführung nach Vertragsablauf vorbehalten, bei einer Kündigung oder Vertragsauflösung verpflichtet, den Versicherten bei Produkten mit Alterungsrückstellungen einen angemessenen Teil davon zurückzuerstatten (Art. 155 Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen vom 9. November 2005 [Aufsichtsverordnung, AVO]). Da diese vor gut drei Jahren eingeführte Verordnungsbestimmung einen finanziellen Ausgleich für Spitalzusatzversicherungen mit Altersrückstellungen schafft und somit einen wichtigen materiellrechtlichen Gehalt aufweist, bedarf sie der Rechtsgrundlage in einem formellen Gesetz. Wir beantragen deshalb, die Regelung entweder im VVG oder aber im Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen vom 17. Dezember 2004 (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) zu verankern, jedenfalls aber unbedingt daran festzuhalten.

#### *Art. 116 E-VVG Geschlossene Bestände*

Der vorgeschlagene Art. 116 E-VVG bringt eine Änderung, welche die Prämiensituation der zumeist älteren bisherigen Zusatzversicherten verbessert. Danach sind die Versicherungsunternehmen, die einem bestehenden Versicherungsbestand keine neuen Versicherten (bzw. Verträge) mehr zuführen, verpflichtet, den betroffenen Versicherten das Übertrittsrecht in ein gleichwertiges Versicherungsprodukt mit offenem Bestand anzubieten. So kann in diesen Fällen verhindert werden, dass

Versicherte in schrumpfenden, alternden Beständen wegen vermehrter Leistungen keine Alternative haben, als entweder immer höhere Prämien zu bezahlen oder dann eben auf die Deckung zu verzichten. Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüssen.

*Art. 118 Abs. 2 E-VVG Verhältnis zur sozialen Krankenversicherung*

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass im Kanton Zürich – im Sinne einer Ausnahme von der üblichen Zuständigkeitsordnung in zivilrechtlichen Angelegenheiten – Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung vom Sozialversicherungsgericht als einzige kantonale Instanz entschieden werden. Mit dieser vom üblichen zweistufigen Instanzenweg abweichenden Zuständigkeitsregelung wird vermieden, dass bei Streitigkeiten aus der sozialen Krankenversicherung und solchen aus den Zusatzversicherungen unterschiedliche kantonale Rechtswege beschritten werden müssen. Diese besondere Zuständigkeitsordnung gilt auch in zahlreichen anderen Kantonen und kann gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung auch künftig beibehalten werden.

Weder das Krankenversicherungsgesetz (vgl. Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG) noch das Versicherungsaufsichtsgesetz (vgl. Art. 85 Abs. 2 und 3 VAG) definieren die Institution der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Ebenso fehlen Entscheide des Bundesgerichts zur Frage, wann eine solche Zusatzversicherung vorliegt. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hat sich in seinem Beschluss in Sachen S. vom 17. November 2004 (Verfahren KK.2002.00016, E. 3.2, abrufbar auf [www.sozialversicherungsgericht.zh.ch](http://www.sozialversicherungsgericht.zh.ch)) vertieft mit der Auslegung des Begriffs der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung auseinandergesetzt und ist zum Schluss gelangt, dass es sich auch bei Einzel- und Kollektivtaggeldversicherungen nach VVG um Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung handelt. Auch andere Kantone mit gleicher Zuständigkeitsordnung gehen von dieser Auslegung des Begriffs Zusatzversicherung aus. Im erläuternden Bericht zur VVG-Revision wird diese Praxis der kantonalen Gerichte nicht erwähnt. Vielmehr wird auf den Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts B-1298/2006 vom 25. Mai 2007 verwiesen, in dem ohne Auseinandersetzung mit der Problematik festgestellt wurde, die kollektive Krankentaggeldversicherung nach VVG stelle keine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung dar. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hat diesen Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts in seiner Eintretensverfügung in Sachen A. vom 12. März 2009 (Verfahren KK.2009.00005, abrufbar auf [www.sozialversicherungsgericht.zh.ch](http://www.sozialversicherungsgericht.zh.ch)) als nicht wegleitend erachtet. Die Frage, ob die kollektive Taggeldversicherung eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung darstellt oder nicht, wird somit durch das Sozial-

versicherungsgericht des Kantons Zürich (und durch Gerichte anderer Kantone mit gleicher Zuständigkeitsregelung) einerseits und durch das in dieser Frage nicht letztinstanzlich entscheidende Bundesverwaltungsgericht andererseits unterschiedlich beurteilt, und es ist deshalb auf die Übernahme des bundesverwaltungsgerichtlichen Verständnisses der Zusatzversicherungen in den erläuternden Vorlagenbericht zu verzichten.

Nach unserer Auffassung drängt sich aufgrund der offenkundigen Abgrenzungsproblematik zudem auf, den in verschiedenen Bundes- und kantonalen Gesetzen massgeblichen Begriff der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gesetzlich zu definieren. Sinnvollerweise sollte dies im Rahmen der laufenden VVG-Revision geschehen, weshalb wir anregen, die Definition der Zusatzversicherungen im Gesetz aufzunehmen. In der Sache verweisen wir auf den erwähnten Grundsatzentscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich, wonach es für die Frage, ob eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung vorliegt, entscheidend ist, dass es sich nach Inhalt und Zweck der Versicherung um privatrechtliche vertragliche Ansprüche handelt, denen Krankheit, Mutterschaft oder subsidiär Unfall zugrunde liegen und die mit der Krankenpflege, den Krankenpflegekosten oder dem Erwerbsausfall, mithin mit der sozialen Krankenversicherung in einem direkten inneren Zusammenhang stehen (zitiertes Urteil in Sachen S. vom 17. November 2004, Verfahren KK.2002.00016, E. 3.5).

*Art. 126 Übergangsbestimmungen*

Mit Wirkung ab 1. Januar 2012 wird sich das mit einer Spitalzusatzversicherung gedeckte Risiko aus folgenden Gründen erheblich senken:

- Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wird sich ab 2012 nicht mehr auf die auf der Liste des Wohnkantons figurierenden Spitäler beschränken, sondern sämtliche Listenspitäler aller Kantone umfassen (Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> revKVG).
- Ab 2012 werden auch bisher nicht subventionierte Privatspitäler mit Spitallistenberechtigung für allgemeine Abteilungen ungekürzte Fallpauschalen beziehen bzw. neu über Staatsbeiträge mitfinanziert werden (Art. 25 Abs. 2 lit. e revKVG und Abs. 4 Übergangsbestimmungen revKVG).

Letztlich wird somit ein Teil des bisherigen Zusatzversicherungsleistungsspektrums in die obligatorische Grundversicherung übergeführt. Dadurch werden die Rahmenbedingungen der Zusatzversicherung auch aus Sicht der Versicherten grundlegend geändert. Entsprechend muss den Zusatzversicherten die Möglichkeit eingeräumt werden, ihren Versichertenstatus neu zu überdenken und dabei die Prämienhöhe und die Versicherungsdeckung gegeneinander abzuwägen. Wir regen des-

halb an, im VVG eine Übergangsbestimmung zu verankern, wonach die VVG-Versicherer analog der Regelung von Art. 7 Abs. 2 KVG verpflichtet werden, den zusatzversicherten Personen spätestens zwei Monate vor Ende 2011 die neue Prämie mitzuteilen; zudem ist für die Versicherten eine einmonatige Kündigungsfrist per Ende 2011 im VVG festzuschreiben.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Direktionen des Regierungsrates und die Staatskanzlei.



Vor dem Regierungsrat  
Der Staatsschreiber:

**Husi**