



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

Römerstrasse 20
Postfach
CH-4502 Solothurn
Tel. 032 625 41 41
Fax 032 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Eidg. Finanzverwaltung
Rechtsdienst
Bernerhof
3003 Bern

Für Rückfragen:

Judith Petermann Büttler, Dr. iur.

Direktwahl: 032 625 42 68

judith.petermann@santesuisse.ch

Solothurn, 31. Juli 2009

Vernehmlassung Entwurf zur Revision des BG über den Versicherungsvertrag (VVG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur oben erwähnten Vorlage Stellung zu nehmen.

1. Allgemeine Vorbemerkungen

santésuisse begrüsst grundsätzlich die Totalrevision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), mit welcher das seit 1908 bestehende VVG durch ein zeitgemässes Gesetz abgelöst werden soll.

Der erläuternde Bericht hält zurecht klar und unmissverständlich fest, dass sowohl die Krankentaggeldversicherung als auch die Krankenzusatzversicherungen weiterhin nach dem **Grundsatz der Vertragsfreiheit** geführt werden sollen, dass eine Anpassung des Privatversicherungsrechts an die sozialversicherungsrechtlichen Grundsätze nicht sachgerecht erscheint und eine Vermischung von unterschiedlichen Systemen nicht nur eine Zweckentfremdung des privatrechtlich ausgerichteten VVG zur Folge hätte, sondern in der Praxis unweigerlich zu erheblichen Anwendungsproblemen führen würde. Von dieser Aussage darf auf keinen Fall abgewichen werden.

Wir sind jedoch der Ansicht, dass verschiedene Bestimmungen noch zu wenig ausgereift sind. Insbesondere stellen wir fest, dass bei den Revisionsarbeiten verschiedentlich die Auswirkungen auf die Besonderheiten des Krankenversicherungsgeschäfts nicht bedacht wurden. Die Sonderbestimmungen über die Kollektivverträge und die revidierten bzw. teilweise neu aufgenommenen Bestimmungen über die Krankenversicherungen bzw. über die Krankenzusatzversicherungen müssen überarbeitet werden. **Unakzeptabel** für die Krankenversicherer ist insbesondere die sinngemässe Anwendung von Art. 69 KVG (Versicherungsvorbe-

halte in der KVG-Taggeldversicherung mit automatischem Wegfall nach 5 Jahren) auf die Krankenzusatzversicherungen (**Art. 118 Abs. 2 E-VVG**).

Ein weiteres massives **Problem** besteht in der uneinheitlichen und teilweise sogar widersprüchlichen **Terminologie** des Gesetzes: So wird etwa ein- und dasselbe Ereignis je nachdem als „Versicherungsfall“, „befürchtetes Ereignis“, „versichertes Ereignis“ oder „Schadenfall“ bezeichnet. Gerade bei den Bestimmungen zur Kranken- und Unfallversicherung ist zudem ein Begriffswirrwarr festzustellen, der zu erheblichen Problemen führen wird: Die Begriffe „kollektive Personenversicherung“ (Art. 7 und 72), „Kranken- und Unfallversicherung“ bzw. „kollektive Kranken- und Unfallversicherung“ (Art. 10), „Krankenzusatzversicherung“ (Art. 12), „individuelle Krankenpflegeversicherung“ (Art. 58), „Kollektivvertrag mit einem Arbeitgeber“ (Art. 73), „Einzelverträge“ (Art. 116), „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung“ (Art. 118 und 121), „betriebliche Kollektivverträge“ (Art. 119), „private Zusatzversicherungen“ (Art. 121) sowie „Zusatzversicherungen zum UVG“ (Art. 121) des Entwurfs sind in Abstimmung mit dem KVG bzw. UVG zu bereinigen, zu definieren und sodann im ganzen Gesetz einheitlich zu verwenden. Sinnvoll würde dabei die Verwendung der Begriffe „Krankenzusatzversicherung“, „Unfallzusatzversicherung“ und „Taggeldversicherung“ erscheinen.

2. Verweis auf die ausführliche Stellungnahme des SVV

santésuisse schliesst sich der Stellungnahme des Schweizerischen Versicherungsverbandes vollumfänglich an. Wir unterstützen insbesondere die Forderung, dass mehrere Bestimmungen ersatzlos zu streichen sind oder von dispositiver Natur sein müssen. Wir verweisen an dieser Stelle auf die ausführliche und fundierte Stellungnahme des SVV.

3. Ergänzende Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Ergänzend zur Stellungnahme des SVV weist santésuisse auf einzelne Artikel hin, welche für die Krankenzusatzversicherer und die Krankentaggeldversicherer von besonderer Bedeutung sind.

Zu Art. 26:

Art. 26 E-VVG ist ersatzlos zu streichen, weil er unnötig ist und im Bereich der Krankenversicherung zu Problemen führt. Für die im Kommentar erwähnten Beispiele aus dem Bereich der Lebensversicherung oder der Sachversicherung (Versicherung für einen bereits Verstorbenen, Versicherung einer nicht existierenden Sache) gibt die Bestimmung eine Selbstverständlichkeit wieder. Zudem besteht bereits bei der sinngemässen Anwendung von Art. 51 E-VVG (Wegfall des versicherten wirtschaftlichen Interesses) eine genügende Handhabe für solche Konstellationen. Hingegen kann eine solche explizite VVG-Regelung bei den Krankenpflege-Zusatzversicherungsprodukten oder bei den Krankentaggeldversicherungen zu sehr vielen Auslegungsfragen führen. Kann es auch eine Teilnichtigkeit geben, weil ein Teil der versicherten Leistungen nicht eintreten kann? Kann sich beispielsweise ein Mann unter Bezugnahme auf Art. 26 E-VVG auf (Teil-)Nichtigkeit berufen, wenn ein Zusatzversicherungsprodukt auch Mutterschaftsleistungen enthält? Wird an der Aufnahme einer solchen Regelung festgehalten, sind *die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung jedenfalls vom Geltungsbereich auszunehmen*.

Antrag:

~~Eine Versicherung ist nichtig, soweit sie mit Bezug auf ein künftiges Ereignis abgeschlossen wird, von dem lediglich das Versicherungsunternehmen wusste oder wissen musste, dass dessen Eintritt unmöglich ist.~~

Eventualantrag:

2 (neu): **Diese Bestimmung gilt nicht für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung.**

Zu Art. 31:

Die in Art. 31 E-VVG vorgesehene Regelung erhöht einerseits die (Mindest-)Zahlungsfrist von 14 Tagen auf 4 Wochen. Andererseits fallen durch die neue Regelung die Sistierung der Leistungspflicht und die Annahme des Vertragsrücktritts durch den Versicherer weg. Stattdessen sollen die allgemeinen Regeln des OR (Leistungsverzug) zur Anwendung gelangen. Abgesehen davon, dass die bisherige Regelung wesentlich klarer und auch für die Konsumenten transparent war (die allgemeinen Leistungsverzugs-Folgen nach OR demgegenüber sind gerade für Laien nicht unbedingt leicht verständlich), ist insbesondere der Wegfall der Sistierung der Leistungspflicht für die Kranken-Zusatzversicherer problematisch, da es bei dieser Versicherung zu deutlich mehr versicherten Ereignissen (d.h. Rechnungen von Leistungserbringern) kommt als beispielsweise bei einer Haftpflicht-, Lebens- oder Sachversicherung. Dementsprechend ist bei der Krankenzusatzversicherung auch die Wahrscheinlichkeit viel höher, dass während der Dauer des Mahn- und Betreibungsverfahrens ein Schadenfall eintritt. Es besteht dadurch die Gefahr, dass die Versicherer im Vergleich zur heutigen Regelung viele zusätzliche Leistungen in Fällen zu übernehmen haben, in denen die versicherte Person ihre Prämien gar nicht (mehr) bezahlt. Die Möglichkeit der Leistungsverweigerung würde den Versicherern in diesem Fall aber von Gesetzes wegen genommen. Die Folge dieser Regelung wären Prämien erhöhungen für das ganze Versicherungskollektiv. Dadurch würden diejenigen Versicherten "bestraft", die sich korrekt verhalten und ihre Prämien rechtzeitig bezahlen, während umgekehrt ausschliesslich solche Versicherte profitieren, die sich nicht korrekt verhalten. Die bisherige Regelung soll deshalb beibehalten werden.

Antrag:

Beibehaltung des Inhalts der bisherigen Art. 20 und 21 VVG.

Zu Art. 39:

Zu Abs. 1: Die Substantiierung des Anspruchs und das Nennen der Beweise alleine können für die Fälligkeit nicht genügen. Vor allem bei der Krankenzusatzversicherung und bei der Taggeldversicherung kann es vorkommen, dass die versicherte Person nicht im Besitze der Unterlagen ist, welche für die Abklärung des Versicherungsanspruches notwendig sind. Oft muss der Versicherer weitere medizinische Abklärungen (z.B. betreffend Arbeitsunfähigkeit) vornehmen, um über den Anspruch entscheiden zu können. Die bisherige deutlichere Formulierung soll deshalb beibehalten werden.

Antrag:

~~1 Versicherungsleistungen werden mit Ablauf von vier Wochen fällig, nachdem die berechnete Person ihren Anspruch hinreichend substantiiert und dem Versicherungsunternehmen die ihr zugänglich gemachten Beweise genannt oder übergeben hat. **das Versicherungsunternehmen Angaben erhalten hat, aus denen es sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann.**~~

Zu Art. 41:

Die Bestimmung ist einseitig auf die Sachversicherung ausgerichtet. In der Krankenzusatzversicherung kann die vorgeschlagene Regelung u.U. dazu führen, dass aufgrund der Schadenminderungspflicht Leistungen zu übernehmen wären, die nicht in den vertraglich vereinbarten Leistungskatalog gehören (z.B. Rettungskosten bei Erkrankung im Ausland oder Kosten einer ambulanten Behandlung statt einer stationären Behandlung). Diese Bestimmung soll deshalb, wie dies der SVV verlangt, nur von dispositiver Natur oder für die Krankenzusatzversicherung nicht anwendbar sein.

Antrag:

Wie SVV

Allenfalls Abs. 5 (neu): In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung hat der Versicherte nur die vertraglich vereinbarten Leistungen zu übernehmen.

Zu Art. 48:

Diese Bestimmung darf bei Kollektivversicherungen für Erwerbsausfall und bei Krankenpflegezusatzprodukte nicht zur Anwendung gelangen, da sie bei diesen Produkten unpraktikabel ist. Da die Kollektiv-Taggeldversicherungen in der Regel als Lohnsummenversicherungen ausgestaltet sind, sind die unter dem Vertrag versicherten Personen dem Versicherten nicht bekannt. Die Führung eines Teils des Vertrags zu einem anderen Tarif ist daher in der Praxis nicht umsetzbar. Dies würde faktisch zu einer Aufteilung des bisherigen Vertrags auf zwei neue Verträge führen.

Antrag:

Wie SVV

Allenfalls 2 (neu): Die Bestimmung ist nicht anwendbar bei Kollektivtaggeldversicherungen und bei Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung

Zu Art. 53:

Zu Abs. 1: santésuisse hat grundsätzlich Verständnis für die neue Bestimmung, die einer übermässig langen Vertragsdauer entgegen wirken soll. Die vorgesehene Maximaldauer von drei Jahren erachten wir allerdings für die Krankenzusatzversicherung als zu kurz. Wir schlagen vor, eine Frist von fünf Jahren in den Entwurf aufzunehmen.

Antrag:

1 Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, auf das Ende des ~~dritten~~ **fünften** oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

Zu Art. 57 und 58:

Die Kranken-Zusatzversicherungen stellen – wie die Krankenversicherung gemäss KVG – für die Bestimmung des Eintritts der befürchteten Leistung wegen des oft nicht genau definierbaren Krankheitsbeginns auf das Behandlungsdatum ab. Damit erübrigen sich die bei anderen Definitionen des Schadenfalls allenfalls notwendigen Abgrenzungen zwischen verschiedenen Krankheiten, Rückfällen oder Spätfolgen.

Bei den Kranken-Taggeldversicherungen ist zudem gemäss geltender Praxis der Versicherte im Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit zuständig. Nicht massgebend ist, bei welchem Versicherten die Krankheit zuerst eingetreten oder behandelt worden ist. In diesem Zu-

sammenhang ist auch auf das Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern zu verweisen (abrufbar auf der Homepage von santésuisse unter der Rubrik: Service / Verträge und Preise / Freizügigkeitsabkommen / aktuelle Version), welches bei einem Arbeitgeberwechsel ein Freizügigkeitsrecht für die versicherten Personen vorsieht. Zudem gewähren die meisten Kranken-Taggeldversicherer beim Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag des Arbeitgebers ein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung. Eine zwingende Nachhaftungsregelung würde ohne Not in dieses gut funktionierende System eingreifen, mit dem Risiko, dass neue Zuständigkeitsfragen entstehen könnten.

Eine zwingende Nachhaftung des Versicherers erweist sich daher als unnötig und wird abgelehnt.

Antrag:

Art. 57:

~~Ist das befürchtete Ereignis noch während der Laufzeit des Vertrag eingetreten, so ist die Versicherungsleistung während 5 Jahren nach Beendigung des Vertrag auch dann geschuldet, wenn die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens erst nach Beendigung des Vertrags ausgelöst wird.~~

Art. 58:

~~¹Vertragsbestimmungen, welche ein Versicherungsunternehmen berechtigen, bei Beendigung des Vertrags nach Eintritt des befürchteten Ereignisses bestehende Leistungsverpflichtungen bezüglich Dauer oder Umfang einseitig zu beschränken oder aufzuheben, sind nichtig.~~

~~²Vorbehalten bleibt die individuelle Krankenpflegeversicherung.~~

Zur Änderung anderer Erlasse:

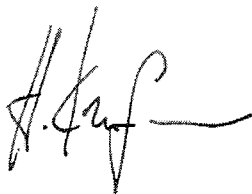
Zu Art. 85a VAG:

santésuisse unterstützt die Haltung des SVV, diese Bestimmung ersatzlos zu streichen und weist ergänzend auf die Stellungnahme des Ombudsmans für die soziale Krankenversicherung hin. Tatsächlich existieren heute zwei Ombudsstellen, die sich gegenseitig ergänzen und deren gute Zusammenarbeit bekannt ist. Es gibt keinen Grund, die bestehenden und bewährten Gegebenheiten zu ändern.

Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Änderungswünsche berücksichtigen. Für allfällige Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Stefan Kaufmann
Direktor



Stefan Holenstein
Leiter Abteilung Support