



17.043

**Versicherungsvertragsgesetz.
Änderung****Loi sur le contrat d'assurance.
Modification***Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 09.05.19 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 09.05.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.09.19 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.19 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.12.19 (FORTSETZUNG - SUITE)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 03.03.20 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 10.03.20 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 12.03.20 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 19.06.20 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.06.20 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Wenn wir heute über das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sprechen, sprechen wir über eines der altehrwürdigen schweizerischen Gesetze. Es ist ein Gesetz von 1908, also aus der Generation, in der auch das Zivilgesetzbuch und das Obligationenrecht geschrieben wurden. Es ist ein Gesetz, das relativ wenig Revisionen erlebt hat, aber ein Gesetz, das einen wichtigen Rechtsbestand regelt: Das VVG regelt das privatrechtliche Vertragsverhältnis zwischen Versicherungsunternehmen einerseits und den Versicherungsnehmern, aber auch den versicherten und anspruchsberechtigten oder begünstigten Drittpersonen andererseits. Es regelt damit ein Stück Vertragsrecht in Spezialität zum Obligationenrecht, das ja das Vertragsrecht insgesamt regelt.

Das VVG ist in diesem Rahmen des Vertragsrechts vor allem auch ein Konsumentenschutzgesetz, und unter diesem Zeichen steht auch die Reform, die vor uns liegt.

Bereits 2006 wurde in einer, sage ich einmal, kleinen Teilrevision ein Teil von Konsumentenschutzanliegen realisiert. Der Bundesrat hat dann 2011 dem Parlament einen Entwurf für eine Totalrevision des VVG unterbreitet. Das Parlament hat aber im März 2013 die Totalrevision an den Bundesrat zurückgewiesen mit dem Auftrag, eine Teilrevision zu ausgewählten Punkten vorzulegen. Der Bundesrat hat das dann mit dem vorliegenden Gesetzentwurf gemacht.

In der Zwischenzeit hatte sich auch noch die Möglichkeit ergeben, das Versicherungskonsumentenrecht im Rahmen des Bundesgesetzes über die Finanzdienstleistungen (Fidleg) zu regeln. Der Bundesrat hat das auch vorgeschlagen. Unser Rat hat das dann abgelehnt und das ganze Versicherungskonsumentenrecht aus dem Fidleg herausgenommen. Deshalb sind wir jetzt hier in einer Teilrevision des VVG. Der Bundesrat wollte mit seiner Vorlage wichtige Änderungen beim Widerrufsrecht, bei der vorläufigen Deckung von Schäden, beim Verjährungsrecht sowie bei der Regelung von Grossrisiken vornehmen. Ebenso sollte der elektronische Geschäftsverkehr neu in den Gesetzesbestand aufgenommen werden.

Am 9. Mai 2019 hat der Nationalrat die Vorlage als Erstrat behandelt. Entgegen der ursprünglichen Rückweisungsabsicht des Parlamentes ist der Nationalrat jetzt in einem erheblichen Sinne zugunsten der Konsumentinnen und Konsumenten zurückgerudert. Er hat z. T. ziemlich harsche Kritik am Bundesrat geübt für seinen, wie gesagt wurde, konsumentenfeindlichen Entwurf. Die Freiheiten, die den Versicherungen eingeräumt würden, gingen zu weit. Vertragsbedingungen und Leistungen sollten z. B. im Nachhinein geändert werden können, sofern die Versicherten beim Vertragsschluss über diese Möglichkeit informiert worden wären. Diese Tendenz wurde nach erneuter Prüfung der Argumente im Nationalrat dann abgelehnt.



Es hat sich eine neue Mehrheit im Nationalrat für eine konsumentenfreundlichere Vorlage ergeben, wie sie Ihnen jetzt vorliegt. Ein Rückweisungsantrag an den Bundesrat ist im Nationalrat zwar abgelehnt worden. Es ist aber eine Reihe von als einseitig zugunsten der Versicherer empfundenen Regelungen geändert worden. Zum Beispiel hat der Nationalrat mit 133 zu 50 Stimmen sehr deutlich Vertragsbedingungen für nichtig erklärt, die die Zahlungspflicht im Fall von Krankheit oder Unfall eingeschränkt hätten.

Ebenfalls sollten Krankenzusatzversicherungen grundsätzlich nur von den Versicherten und nicht von den Versicherungen gekündigt werden können. Es ist eine Nachhaftung für fünf Jahre eingeführt worden, und die Konsumentinnen und Konsumenten sollten ein Widerrufsrecht von 14 Tagen erhalten. Es ist eine Beweislastumkehr eingefügt worden und einige weitere Dinge, auf die wir heute in der Detailberatung zu einem guten Teil noch zu sprechen kommen. Der Nationalrat hat dann in der Gesamtabstimmung der uns vorliegenden Revision sehr deutlich, mit 124 zu 26 Stimmen bei 36 Enthaltungen, zugestimmt.

Ihre Kommission hat die Vorlage am 30. August dieses Jahres beraten. Für Ihre Kommission ist ein wesentliches Ziel dieser Vorlage, gleich lange Spieße für Versicherer und Versicherungsnehmerinnen und -nehmer bzw. Versicherte zu erzielen. So soll künftig ein Recht auf Prämienreduktion bei einer Gefahrenminderung sowie auch auf Abschlagszahlungen eingeführt werden. Ihre Kommission ist in zentralen Punkten wie der einseitigen Vertragsanpassung, dem Kündigungsschutz, der Krankenzusatzversicherung oppositionslos den

AB 2019 S 756 / BO 2019 E 756

Entscheiden des Nationalrates gefolgt. Die Kommission ist oppositionslos auf die Vorlage eingetreten und beantragt nun in verschiedenen wichtigen Punkten, dem Nationalrat zu folgen, in anderen aber auch nicht. Wir kommen heute durch Minderheits- oder Einzelanträge auf alle wichtigen Punkte und Fragen zurück.

In der Gesamtabstimmung hat Ihre Kommission dann der Vorlage mit 7 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt. Ich beantrage Ihnen ebenfalls, auf die Vorlage einzutreten und überall den Mehrheiten zu folgen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Ich nehme an, dass Sie kaum überrascht sein werden, wenn ich heute Morgen zu diesem Thema das Wort ergreife. Darum lege ich natürlich gleich zu Beginn meine Interessenbindung offen: Mehr als vierzig Jahre war ich als diplomierter Versicherungsfachmann in diesem Wirtschaftszweig engagiert, also während meiner ganzen beruflichen Tätigkeit. Während dieser langen Zeit stand ich praktisch tagtäglich in direktem Kontakt mit Privat- und Firmenkunden. Sie können also davon ausgehen, dass ich die Praxis nicht nur vom Hörensagen kenne und dass ich mit den Bedürfnissen der Versicherungsnehmer bestens vertraut bin. Wenn ich also heute das Wort ergreife, dann vor allem aus der Sicht des Praktikers, der ständig mit dem nun zu revidierenden Versicherungsvertragsgesetz in Kontakt war. Ich habe mich deshalb während der vergangenen Wochen und Monate sehr intensiv und vertieft mit dieser Revisionsvorlage befasst.

Das Versicherungsvertragsgesetz hat eine lange und bewegte Geschichte. Wir haben es vorhin vom Kommissionsprecher gehört. Gestatten Sie mir zwei, drei Vorbemerkungen. Die Versicherungsunternehmen stehen unter staatlicher Aufsicht: Mit zwei speziellen Versicherungsgesetzen legt der Gesetzgeber einen strengen Rahmen für den Schutz der Versicherungskunden fest. Hinzu kommen freiwillige Massnahmen, die die Versicherungsbranche zum Schutz der Kunden ergriffen hat, wie die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva oder das Gütesiegel Cicero für hohe Qualität in der Versicherungsberatung. Die staatlichen und freiwilligen Massnahmen sind Voraussetzungen für ein hohes Schutzniveau für die Versicherungskunden.

Zudem hat für jeden Versicherer die Vertrauensbeziehung zu seinen Kunden und Kundinnen höchste Priorität, denn nur so kann er sich im Wettbewerb dauerhaft und nachhaltig bewähren. Der Konkurrenzdruck in einem eigentlich gesättigten Markt zwingt die Versicherer zu einem kundenorientierten Verhalten.

Vergessen wir nicht: Alleine im Jahr 2017 haben die Schweizer Privatversicherer ihren Kundinnen und Kunden – ob Person oder Unternehmen – Tag für Tag 128 Millionen Franken für Schadenfälle und Renten ausbezahlt. Das sind insgesamt 47 Milliarden Franken. Das unterstreicht die Bedeutung dieses Wirtschaftszweigs in Bezug auf deren starke volkswirtschaftliche Bedeutung.

Nun, die Zeiten und die Gesellschaft haben sich verändert, und der Revisionsbedarf ist gegeben. Denn das vorliegende Versicherungsvertragsgesetz ist mittlerweile mehr als hundert Jahre alt. Man kann sagen: Das Gesetz ist in die Jahre gekommen. Eine Anpassung an die heutigen Anforderungen eines Konsumentenschutzes ist auch aus meiner Sicht zwingend notwendig.

Verschiedene vordringliche Konsumentenschutzanliegen konnten wir bereits in der Teilrevision von 2006 beschliessen, so zum Beispiel die Informationspflicht über die Identität der Versicherungsunternehmung und wesentliche Vertragsinhalte, das Kündigungsrecht, die Einführung des Prinzips der Kausalität bei der Anzeigepflichtverletzung oder den Grundsatz der Teilbarkeit der Prämien bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages. Die im Jahre 2011 vom Bundesrat vorgelegte Totalrevision des VVG wurde vom



Parlament zurückgewiesen mit dem klaren Auftrag: "Es sollen nur noch notwendige Änderungen auf der Grundlage des geltenden Rechts vorgenommen werden." Die Teilbereiche – wie Verjährungsfristen, angemessene Widerrufsrechte usw. – wurden entsprechend definiert.

Die vorliegende Teilrevision entspricht grundsätzlich der Umsetzung dieses Parlamentsauftrages. Das Ziel der Revision ist es ja, das Gesetz zu modernisieren und den heutigen Anforderungen an einen modernen Konsumentenschutz gerecht zu werden. Ich habe es vorhin betont: Das Gesetz ist bereits mehr als hundert Jahre alt. Über all die Jahre hat sich das VVG im Grundsatz auch bewährt. Das zeigte sich beispielsweise in der Finanzkrise 2007/2008. Es geht also nicht darum, das Gesetz einer Totalrevision zu unterziehen, sondern dort zu agieren, wo wirklich Handlungsbedarf besteht. Zudem hat der Bundesrat darauf verzichtet, neue Regelungen einzuführen, die Mehrkosten verursachen, ohne dass den Kunden ein effektiver Mehrwert geboten wird.

Der Bundesrat und der Nationalrat haben sich mehrheitlich am Rückweisungsbeschluss des Parlamentes orientiert und ein ausgewogenes Gesetz vorgelegt. Der Ständerat sollte das ebenfalls so tun. Meines Erachtens hat die vorberatende Kommission mit ihren Mehrheitsentscheiden den entsprechenden Weg gewiesen.

Es stellt sich also heute die Frage: Was bringt nun diese Reform, und wo wird der Konsumentenschutz effektiv gestärkt und erfährt einen realen Nutzen? Sie bringt die Einführung des Widerrufsrechts, das es den Versicherungskunden erlaubt, innerhalb von 14 Tagen von einem Vertrag zurückzutreten – dies gilt übrigens für alle Verträge, auch für den Bereich des E-Commerce. Sie bringt ausserdem die Einführung eines ordentlichen Kündigungsrechts, damit Versicherungskunden auch aus Verträgen mit langer Laufzeit aussteigen können; die Verlängerung der Verjährungsfristen, damit Versicherungskunden neu bis zu fünf Jahre nach einem Schadenfall Leistungen verlangen können – früher waren es zwei Jahre; die Kompatibilität mit dem elektronischen Geschäftsverkehr, also die Einführung der Textform als Vereinfachung für den Kunden; die Einschränkung des Schutzbereichs bei Grossrisiken bzw. bei professionellen Versicherungsnehmern; ein beschränktes direktes Forderungsrecht. Ich werde in der Detailberatung noch einmal auf diesen letzten Punkt zurückkommen. Hinzu kommt, dass der Nationalrat keine gesetzliche Verankerung der einseitigen Vertragsanpassung beschlossen und damit den neuen Artikel 35 gestrichen hat.

Zusammenfassend betrachtet, denke ich, dass diese Teilrevision mehr Rechte für Konsumenten sowie Modernität und Rechtssicherheit für die Versicherungsunternehmen bringt. Ich werde deshalb auf die Vorlage eintreten und empfehle Ihnen, ebenfalls auf die Teilrevision einzutreten und grundsätzlich den Mehrheiten unserer vorberatenden Kommission zu folgen. Ich werde mir jedoch erlauben, mich in der Detailberatung aus der Sicht der Praxis noch zu einzelnen Punkten zu äussern.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Gestatten Sie mir noch einige Bemerkungen zur vorliegenden Gesetzesrevision. Wir beraten ein über hundertjähriges Gesetz, das wurde gesagt. Anfang dieses Jahrhunderts wurde der Bundesrat mit verschiedenen Vorstössen aufgefordert, eine Totalrevision dieses Gesetzes vorzunehmen. Das hat der Bundesrat dann Anfang dieses Jahrzehnts gemacht. 2013 hat das Parlament diese Totalrevision abgelehnt und an den Bundesrat zurückgewiesen, mit dem Auftrag, nicht eine Totalrevision, sondern eine Teilrevision vorzunehmen. Den Auftrag für diese Teilrevision hat das Parlament relativ eng formuliert, mit den Punkten, die bereits angeführt wurden. Es ging insbesondere um ein angemessenes Widerrufsrecht, die gesetzliche Regelung der vorläufigen Deckung, die Zulassung der Rückwärtsversicherung, die Beseitigung von konsumentenfeindlichen Genehmigungsfiktionen, die angemessene Verlängerung der Verjährungsfristen, ein ordentliches Kündigungsrecht usw. Der Auftrag, nicht eine Totalrevision, sondern eine Teilrevision zu machen, war also gegeben.

Wir haben uns dann mit einer Expertenrunde aus Vertretern der Behörden, der Lehre, der Branche und des Konsumentenschutzes unter Leitung des EFD an die Arbeit gemacht. Die Vorgaben wurden umgesetzt, und die Vernehmlassungsvorlage, die von dieser Expertengruppe erarbeitet wurde, ging zum Teil bewusst über den Rückweisungsantrag

AB 2019 S 757 / BO 2019 E 757

des Parlamentes hinaus. Wir haben sie also dann aufgrund dieser Arbeit noch etwas angereichert. Die Vorlage ging in die Vernehmlassung. Im Grundton wurde die Vernehmlassungsvorlage positiv aufgenommen. Allerdings wurde insbesondere von den Parteien darauf hingewiesen, dass sich die definitive Vorlage nur auf den Rückweisungsantrag des Parlamentes konzentrieren müsse. Daher wurde die Vernehmlassungsvorlage, die etwas umfassender war, in der definitiven Botschaft wieder auf diesen Auftrag des Parlamentes zurückgestutzt.

In der Beratung, die jetzt vorgenommen wurde, geht man wieder über die Botschaft hinaus und kommt in vielen



Punkten zurück auf die Vernehmlassungsvorlage. Man geht also wieder etwas weiter als der ursprüngliche Rückweisungsantrag.

Wenn man jetzt die Ergebnisse dieser Beratung des Nationalrates einerseits und Ihrer Kommission andererseits beurteilt, dann stellt man fest, dass das wieder etwas ausgeweitet wird. Insbesondere bekamen die Argumente des Konsumentenschutzes mehr Gewicht und finden sich jetzt auch in der Vorlage wieder. Wenn man das Ganze und auch die Differenzen, die heute noch bestehen, beurteilt, sieht man, dass es keine grundsätzlichen Differenzen sind. Ich denke, in der Stossrichtung dieser Vorlage geht man daran, veraltete Elemente entsprechend zu erneuern und der heutigen Zeit anzupassen, ohne aber vom Kern des ursprünglichen Gesetzes wesentlich abzuweichen. Elemente des Konsumentenschutzes wurden aufgenommen, es wird sowohl für Versicherer als auch für Versicherungsnehmer mehr Transparenz geschaffen. Die Differenzen, die jetzt in Ihrer Kommission noch zum Nationalrat bestehen, erfordern politische Entscheide: Es sind immer Güterabwägungen, ob Sie mehr auf diese oder auf die andere Seite gehen wollen.

Aus unserer Sicht befindet sich die Vorlage jetzt auf einem guten Kurs. Ich denke, es ist notwendig, dass an diesem über hundertjährigen Gesetz gewisse Anpassungen vorgenommen werden. Mit dieser Teilrevision entsteht ein roter Faden, und ich denke, die Vorlage geht damit in die richtige Richtung, oder man könnte, weil Schiller und Wilhelm Tell im Bundeshaus so präsent sind, auch mit Schiller sagen: "Das Alte stürzt, es ändert sich die Zeit, und neues Leben blüht aus den Ruinen." Ich denke, man hat jetzt wirklich aus dieser Vorlage und aus diesen langen Beratungen etwas gemacht, was Hand und Fuss hat und eigentlich sowohl den Versicherern als auch den Versicherten dient.

In diesem Sinne bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten. Es sind Güterabwägungen vorzunehmen bei den verschiedenen Differenzen, die noch bestehen. Aber es gibt aus unserer Sicht keine grundsätzlichen politischen Schwierigkeiten, sondern es sind Güterabwägungen vorzunehmen. Dann hoffe ich, dass wir diese Vorlage durchbringen, weil sie insgesamt doch schon mehr als ein Jahrzehnt unterwegs ist.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag **Loi fédérale sur le contrat d'assurance**

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress; Ziff. I Einleitung; Ersatz eines Ausdrucks; Gliederungstitel vor Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre et préambule; ch. I introduction; remplacement d'expression; titre précédant l'art. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 2a

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2–5

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag Fetz

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Art. 2a***Proposition de la commission**Al. 1*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2–5

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition Fetz**Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Der Bundespräsident hat vorhin Schiller zitiert: "Neues Leben blüht aus den Ruinen." Wir beraten jetzt eine Reihe von Detailanträgen. Gottlob ist es ja nicht so, dass das Versicherungsrecht in der Schweiz eine Ruine ist. Aber vielleicht blüht das neue Leben schon heute ein bisschen aus unseren Beschlüssen.

Artikel 2a betrifft eines der Kernanliegen des Konsumentenschutzes. Bundesrat, Nationalrat und Ihre Kommission stimmen überein, dass neu ein Widerrufsrecht für die Versicherungsnehmerin, den Versicherungsnehmer eingeführt werden soll. Das bedeutet, dass Sie auch dann, wenn Sie als Versicherungsnehmerin einen Antrag zum Abschluss eines Vertrages gestellt haben oder ihn angenommen haben, Ihren eigenen Beschluss – eigentlich in Abweichung von den normalen Vertragsregeln – innerhalb von 14 Tagen widerrufen können.

Der Nationalrat hat nun in Abweichung von der Regelung des Bundesrates beschlossen, dieses Widerrufsrecht auszudehnen, und zwar auf den Fall, dass eine wesentliche Änderung am Vertrag vorgenommen wird. Das Widerrufsrecht soll also nicht nur dann gelten, wenn ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, sondern auch dann, wenn eine wesentliche Änderung vorgenommen wird. Ihre Kommission hat sich mit 9 zu 3 Stimmen dafür entschieden, dem Bundesrat zu folgen. Es hat eine Güterabwägung stattgefunden. Man kann hier in guten Treuen beider Meinung sein.

Ausschlaggebend für die Kommissionmehrheit war die Überlegung, dass der Versicherungsnehmer bei einer wesentlichen Änderung die Möglichkeit hat, den Vertrag wegen der wesentlichen Änderung, die die Versicherungsunternehmung vorzunehmen beabsichtigt, zu kündigen. Für die Kommissionmehrheit war nicht einsichtig, wieso dann nachher noch einmal ein zusätzliches Rücktrittsrecht in Form des Widerrufsrechts bestehen sollte.

Fetz Anita (S, BS): Der Kommissionssprecher hat in seinem Eintretensvotum gesagt, Ziel dieser Revision des Versicherungsvertragsgesetzes sei, gleich lange Spiesse für beide Seiten, also die Versicherungsnehmenden und die Versicherungswirtschaft, zu schaffen. Hier, bei Artikel 2a, weicht die Mehrheit bereits von diesem Prinzip ab. Zentraler Baustein des Gesetzes, wir haben es gehört, ist das Widerrufsrecht. Die Einfügung dieses Rechts war natürlich längst überfällig, es wurde seit Jahrzehnten gefordert.

Ich meine, dass die Ausweitung des Widerrufsrechts auf wesentliche Vertragsänderungen wichtig und richtig ist, denn eine Vertragsänderung kann grösseren Einfluss auf die Rechte einer Vertragspartei haben und sich auch entsprechend auswirken. Deshalb sehe ich nicht ein, warum es bei wesentlichen Änderungen nicht auch ein Widerrufsrecht geben soll. Sonst, meine ich, gibt es eine Schiefelage zuungunsten der Versicherten, die übrigens nicht nur Konsumentinnen und

AB 2019 S 758 / BO 2019 E 758

Konsumenten sind. Diejenigen, die eine Firma haben, wissen, dass das auch für viele KMU sehr wichtig ist; da muss man mehrere Versicherungen abschliessen. Es wäre aus meiner Sicht nicht fair, wenn dieses Widerrufsrecht bei wesentlichen Vertragsänderungen nicht gegeben wäre.

Deshalb bitte ich Sie, meinem Antrag zuzustimmen.

Schmid Martin (RL, GR): Ich beantrage Ihnen, hier dem Bundesrat und der Kommission zu folgen.

Zu meiner Interessenbindung: Ich bin Verwaltungsrat der Lebensversicherung Swiss Life, aber auch, wie gerade Frau Kollegin Fetz ja erwähnt hat, Versicherungsnehmer verschiedenster Versicherungen und auch Zusatzversicherter bei einer Krankenversicherung. Dazu äussere ich mich auch, ich habe aber keine Verbindungen zu Krankenversicherern.

Zu diesem Antrag: Warum beantragt Ihnen die Kommission, dem Bundesrat zu folgen? Die WAK unseres Rates liess die Frage der Auswirkungen dieser Bestimmung nochmals durch das EFD detaillierter abklären. Das Departement kam dabei zum Schluss, dass der Versicherungsnehmer nach dem Wortlaut des Nationalrates nicht nur einen von ihm beantragten und von ihm angenommenen Vertrag widerrufen kann, sondern auch eine



von ihm beantragte oder von ihm angenommene wesentliche Änderung des Vertrages. Wir haben das gehört. Festzuhalten gilt es gemäss EFD, dass sich am Konzept des Widerrufsrechts durch dessen Ausdehnung nichts ändert. Anwendbar ist dieses nur auf vom Versicherungsnehmer beantragte und von ihm angenommene wesentliche Änderungen.

Mit anderen Worten: Wenn kein Antrag des Versicherten für eine wesentliche Änderung besteht, kann es auch kein Widerrufsrecht geben. Sämtliche Fälle von gestützt auf die allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgten Vertragsanpassungen sind damit vom Widerrufsrecht nicht erfasst, da diese weder auf einen Antrag des Versicherungsnehmers zurückgehen noch einer Annahme durch den Versicherungsnehmer bedürfen. Diesfalls besteht eben kein Widerrufsrecht.

Aus diesen Gründen macht es eben aus Sicht der Kommission Sinn, dem Bundesrat zu folgen; und ich würde Ihnen das auch beantragen.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Wir sind ebenfalls der Meinung, dass der Bundesrat hier eine transparentere Lösung beantragt. Das Widerspruchsrecht ist auch im OR geregelt, in Artikel 40a, und bezieht sich dort ausschliesslich auf den Vertragsabschluss. Wenn Sie hier im Versicherungsvertragsgesetz das Widerrufsrecht auf wesentliche Änderungen des Vertrages erweitern, weichen Sie vom OR ab und schaffen eine spezialgesetzliche Regelung, die dann auch nicht wirklich klar ist – es wurde ausgeführt -: Was ist eine wesentliche Änderung, und was bedeutet das Widerrufsrecht in diesem Fall?

Unserer Meinung nach ist die Vorlage des Bundesrates, die sich am OR orientiert – am Widerrufsrecht, das im OR festgelegt ist –, generell die klarere Regelung. Man müsste sich vielleicht generell Folgendes überlegen: Wenn die Versicherungsanbieter mehr Auflagen erhalten, dürfte sich das dann möglicherweise auch in den Prämien niederschlagen. Also, es liegen keinerlei Anzeichen oder Drohungen oder irgendetwas vor, aber ich überlege mir einfach, dass ein Versicherer, wenn er zusätzliche Auflagen zu erfüllen hat, das dann irgendwo einkalkuliert. Wenn Sie also dem Versicherungsnehmer mehr Rechte einräumen, werden Sie es dann in der Regel wahrscheinlich über höhere Prämien bezahlen – diese Güterabwägung ist hier schon entsprechend vorzunehmen.

Aus unserer Sicht gibt es eigentlich keinen Grund, dem Nationalrat zu folgen, sondern wir sollten hier dem Grundsatz des Widerrufsrechts folgen, das im OR festgelegt ist. Das spricht mehrheitlich für die Fassung des Bundesrates und Ihrer Kommission.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 29 Stimmen

Für den Antrag Fetz ... 11 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 2b; Gliederungstitel vor Art. 3

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 2b; titre précédant l'art. 3

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 3

Antrag der Kommission

Titel, Abs. 1 Einleitung, Bst. b, h-l, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 1 Bst. f

die Rückkaufs- und Umwandlungswerte sowie die mit einer rückkaufsfähigen Lebensversicherung im Falle des Rückkaufs verbundenen Kosten;

Art. 3

Proposition de la commission

Titre, al. 1 introduction, let. b, h-l, 3

Adhérer à la décision du Conseil national





Al. 1 let. f

les valeurs de rachat et de transformation ainsi que les frais liés à une assurance sur la vie susceptible de rachat en cas de rachat;

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Hier hat Ihre Kommission entgegen dem Nationalrat eine Ausweitung des Konsumentenschutzes vorgenommen. Artikel 3 betrifft die Informationspflichten der Versicherer. Die Informationspflicht ist ein wesentlicher Bestandteil des Konsumentenschutzes, weil wir im Versicherungsrecht eine typische Ungleichheit des Informationsstandes zwischen den Versicherungsunternehmen und den Versicherten haben, jedenfalls in typischen Vertragssituationen.

Aus diesem Grund hat Ihre Kommission entschieden, in Buchstabe f das Versicherungsunternehmen auch zu verpflichten, den Versicherungsnehmer über die Kosten bei einer rückkaufsfähigen Lebensversicherung für den Fall des Rückrufs zu informieren, also nicht nur über die Rückkaufs- und Umwandlungswerte selber, die natürlich wichtig sind, sondern auch die Nebenfolgen, die Kostennebenfolgen eines solchen Entscheids. Der Entscheid Ihrer Kommission hier war einstimmig.

Angenommen – Adopté

Art. 3a; 4 Titel, Abs. 1, 3; Art. 5 Titel, Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 3a; 4 titre, al. 1, 3; art. 5 titre, al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 6

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

Unverändert

Abs. 3

... eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang ...

Antrag Fetz

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag Kuprecht

Abs. 3

Unverändert

AB 2019 S 759 / BO 2019 E 759

Art. 6

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 2

Inchangé

Al. 3

... les sinistres déjà survenus dans la mesure où le fait qui a été l'objet ...

*Proposition Fetz**Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition Kuprecht**Al. 3*

Inchangé

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Bei Absatz 2 sprechen wir von den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung, also von der Situation, in der die Versicherungsnehmerin eine erhebliche Gefahrstatsache unrichtig mitgeteilt hat. Das hat möglicherweise Kündigungsfolgen. Ein solches Kündigungsrecht erlischt nach geltendem Recht nach vier Wochen für den Versicherer, vier Wochen nachdem er, der Versicherer, von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. In der bundesrätlichen Vorlage ist das geltende Recht so übernommen worden. Der Nationalrat hat nun dieses Kündigungsrecht des Versicherers zeitlich limitiert, indem er eingefügt hat, es gelte nur zwei Jahre nach Vertragsabschluss.

Ihre Kommission hat einstimmig entschieden, diese Änderung des Nationalrates wieder zu streichen und es bei der Regelung des geltenden Rechts zu belassen, dass also das Kündigungsrecht, vier Wochen nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer Kenntnis erhalten hat, erlischt.

Fetz Anita (S, BS): Ich beantrage Ihnen, hier bei Artikel 6 Absatz 2 dem Nationalrat zu folgen. Warum? Wenn eine Seite, also ein Versicherter, seine Pflichten verletzt, soll das Folgen nach sich ziehen, z. B. das Recht der Versicherungsgesellschaft, den Versicherungsvertrag zu kündigen. Das ist sinnvoll und entspricht dem Rechtsverständnis. Diesem Gedanken folgt der Nationalrat und beschränkt das Kündigungsrecht des Versicherers ebenfalls auf zwei Jahre nach Kenntnisaufnahme einer Anzeigepflicht des Versicherers.

Jetzt hat Ihre WAK diese Verwirklichungsfrist wieder gestrichen und auf vier Wochen redimensioniert. Diese Kehrtwende ist nicht nachvollziehbar, denn wir wollen ein Gleichgewicht zwischen den beiden Partnern wahren. In Artikel 3a wird das Kündigungsrecht gemäss Beschluss des Nationalrates eben auch auf zwei Jahre aufgestockt. Wenn also die eine Seite zwei Jahre Zeit hat, um zu kündigen, muss es die andere Seite auch haben; sonst ist es eine einseitige Bevorzugung der Versicherungsgesellschaften. Diese zeitliche Beschränkung des Kündigungsrechts durch den Versicherer stellt also eine längst überfällige Herstellung dieses Gleichgewichtes im Sinn einer gleichmässigen Verteilung gleicher Rechte und Pflichten zwischen den Versicherten und der Versicherungsgesellschaft dar. Ich stelle mir das Verhältnis immer als Waage vor: Wenn man auf der einen Seite etwas ändert, muss man auf der anderen Seite entsprechend auch etwas ändern, damit wieder gleich lange Spiesse hergestellt werden. Das tut der Nationalrat.

Deshalb bitte ich Sie, dem Nationalrat zu folgen.

Schmid Martin (RL, GR): Ich habe keine Probleme damit, wenn der Versicherer Kenntnis hat, wie dies Anita Fetz sagt. Hier geht es aber meines Erachtens um einen anderen Fall. Hier geht es darum: Wenn ein Versicherungsnehmer Falschaussagen macht oder nicht ehrlich ist und sich damit einen Vertrag erschleicht, dann stellt sich die Frage, wie lange diese falsche Grundlage des Vertrages Bestand haben sollte. Der Nationalrat sagt nicht, "nach Kenntnis dieses Grundsatzes vier Wochen oder zwei Jahre"; der Nationalrat sagt, spätestens nach zwei Jahren soll es keine Rolle mehr spielen, ob ein Versicherungsnehmer beim Versicherungsabschluss falsche Aussagen machte oder unehrlich war.

Da bin ich anderer Meinung, denn letztlich zahlen die anderen Versicherungsnehmer höhere Prämien, wenn sich ein Versicherungsnehmer durch unehrliche Auskünfte in eine bessere Position bringt. Mich überzeugt der Antrag des Bundesrates, dass in diesem Sinn bei einer Anzeigepflichtverletzung keine Frist eingeführt wird. Vielfach hat man auch erst später Kenntnis von diesen Themen. Insoweit geht es nicht darum, dass die Versicherungsgesellschaft Kenntnis hat. Wenn dies der Fall ist, dann bin ich einverstanden; dann soll sie sofort reagieren, und wenn sie nicht reagiert, soll sie die Ansprüche verlieren. Aber wenn sie keine Kenntnis hat, dann soll sie auch keine Leistungspflicht haben.

Kuprecht Alex (V, SZ): Ich möchte eigentlich mit einem praktischen Beispiel dort anknüpfen, wo Herr Kollege Schmid jetzt aufgehört hat. Stellen Sie sich vor, ein Kunde kauft ein teures Fahrzeug. Bei Vertragsabschluss gibt es bestimmte Obliegenheiten, die zu erfüllen sind, damit der Versicherer die Prämie auch korrekt beurteilen und berechnen kann. Der Kunde gibt in seinem Vertrag an, er sei der häufigste Lenker. Nach drei Jahren passiert mit diesem Fahrzeug ein Unfall, und es stellt sich jetzt heraus, dass eben nicht er der häufigste



Lenker war, sondern sein 21-jähriger Sohn. Damit hat der Versicherungsnehmer die Obliegenheit, eine korrekte Angabe darüber zu machen, wer effektiv der häufigste Lenker ist, also nicht erfüllt. Er hat die Anzeige verletzt, weil der Sohn eine ganz andere Prämie als der Vater gehabt hätte. Er hat also versucht, eine günstige Prämie zu erwirken, indem er angegeben hat, er sei der häufigste Lenker. Aber in Tat und Wahrheit war es der Sohn. Jetzt stellt sich dies erst nach drei Jahren, nachdem ein Unfall passiert ist, heraus. In der Fassung des Nationalrates sehen Sie, dass das Kündigungsrecht infolge dieser Anzeigepflichtverletzung im Prinzip zwei Jahre nach Vertragsabschluss verwirkt wäre. Der Versicherer kann unter Umständen gar nicht in der Lage sein, von dieser Verletzung zu wissen. Darum ist meines Erachtens Absatz 2 von Artikel 6 in der Fassung des Nationalrates völlig untauglich. Er nimmt nicht auf die effektive Situation Rücksicht. Darum möchte ich Sie bitten, diesen Antrag Fetz abzulehnen.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Sie haben die Argumente seitens der Versicherer gehört. Dem kann man folgen. Der Antrag Fetz geht weiter in Richtung Schutz des Versicherungsnehmers. Es ist eine Güterabwägung, die Sie vorzunehmen haben. Festzuhalten ist auch – das einfach als Ergänzung –, dass gemäss Artikel 35a so oder so nach drei Jahren ordentlich gekündigt werden kann. Das ist der generelle Hinweis. Aus dieser Sicht ist es eine Güterabwägung, wem Sie hier folgen wollen. Aus unserer Sicht ist die Fassung Ihrer Kommission durchaus sachgerecht.

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Zu Absatz 3: Hier geht es um die Frage, was passiert, wenn eine Kündigung, über die wir eben gesprochen haben, eingetreten ist. Gemäss Absatz 3 im geltenden Recht erlischt dann die Leistungspflicht des Versicherers folgerichtig für bereits eingetretene Schäden, und zwar für Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Das heisst, die Leistungspflicht erlischt vollständig, sofern die Kündigung durch ein Ereignis seitens des Versicherungsnehmers, welches die Leistungspflicht beeinflusst hat, eingetreten ist. Ihre Kommission hat sich für eine andere, abweichende Regelung entschieden, und zwar für eine Regelung zugunsten der Konsumentinnen und Konsumenten. Ihre Kommission übernimmt zwar auch die Folge, dass die Leistungspflicht erlischt. Aber sie erlischt nicht einfach mit einem Ja-Nein-Entscheid, entweder Leistungspflicht oder keine Leistungspflicht, sondern sie sagt, die Leistungspflicht erlischt nur, und jetzt kommt das wichtige Wort, "soweit" deren Eintritt – also der Eintritt der Leistungspflicht – oder deren Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Das heisst, hier können auch Leistungspflichten der Versicherer teilweise aufrechterhalten bleiben, obwohl die Versicherungsnehmerin eine unrichtige Information gegeben hat, sofern diese

AB 2019 S 760 / BO 2019 E 760

unrichtige Information sich nur teilweise auf die Leistungspflicht ausgewirkt hat.

Kollege Kuprecht möchte mit seinem Einzelantrag diese Änderung Ihrer Kommission wieder streichen und zum geltenden Recht zurückkehren.

Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Ich habe nochmals nachgeschaut, wann Artikel 6, insbesondere Absatz 3, hineingekommen ist. Man hat damals in der Teilrevision von 2006 diesen entsprechenden Absatz aufgenommen. Damals wurde explizit die Kausalität ins Gesetz aufgenommen. Seither werden die Anspruchsteller für Falschauskünfte und Falschangaben, die nichts mit dem zu beurteilenden Risikoeintritt im Schadenfall zu tun haben, nicht mehr sanktioniert. Es sind auch kaum Fälle bekannt, bei denen die Anwendung der neuen Bestimmung zu Problemen in der Rechtsanwendung geführt hätte. Diese Bestimmung hat sich nun seit bald fünfzehn Jahren bewährt. Sie wurde – ich habe es erwähnt – 2006 eingeführt. Ich sehe keinen Grund, warum eine bewährte Regelung jetzt wieder verändert werden sollte. Es gibt keinen Mehrnutzen für den Versicherungsnehmer. Ich möchte Sie bitten, diesem Absatz 3, wie ihn die Kommission beantragt, nicht zuzustimmen und hier beim geltenden Recht zu bleiben.

Caroni Andrea (RL, AR): Nur noch zur Illustration: Ein Beispiel, das uns in der Kommission geleitet hat, war dasjenige eines Versicherungsnehmers, der ein Holzhaus hat und fälschlicherweise angegeben hat, das Fundament sei aus Beton. Wenn nun das ganze Haus abbrennt, könnte die Versicherung nach der Schwarz-Weiss-Regel, die man heute im Gesetz findet, sagen: Sorry, das hat sich ausgewirkt, wir zahlen gar nichts. Unsere Idee war es, eine Gradualität aufzunehmen, dass man sagt, gut, beim Fundament wurde geschummelt, da gibt es nichts, aber der Rest des Hauses ist – da war die Information richtig – aus Holz gewesen und wäre abgebrannt. Das soll erreicht werden. Ich glaube, Herr Bundespräsident, dass wir damit auch einen



Vorschlag aus der Vernehmlassungsversion wiederaufgenommen haben.
Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Wir haben in der Vernehmlassungsvorlage das vorgeschlagen, was jetzt Ihre Kommission aufgenommen hat, weil wir damals bei der Bearbeitung in der Expertengruppe eigentlich der Meinung waren, dass eine entsprechende Änderung notwendig sein kann. Es ist ein erweiterter Schutz der Konsumenten. Ich denke, es ist im Sinn der Versicherungsnehmer, ohne dass es die Versicherer wirklich betrifft. Ich bitte Sie also, Ihrer Kommission zu folgen und diesen Einschub noch vorzunehmen. Das Gesetz würde dann der Vernehmlassungsvorlage entsprechen, die wir so formuliert hatten.

Abs. 2 – Al. 2

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 27 Stimmen
Für den Antrag Fetz ... 13 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Abs. 3 – Al. 3

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 33 Stimmen
Für den Antrag Kuprecht ... 10 Stimmen
(0 Enthaltungen)

*Übrige Bestimmungen angenommen
Les autres dispositions sont adoptées*

Gliederungstitel vor Art. 9; Art. 9; 10; 10a; 11; 12; 16–18; Gliederungstitel vor Art. 19; Art. 19 Abs. 2; 20 Abs. 1, 2; 22

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre précédant l'art. 9; art. 9; 10; 10a; 11; 12; 16–18; Titre précédant l'art. 19; art. 19 al. 2; 20 al. 1, 2; 22

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 23

Antrag der Kommission

Aufheben

Art. 23

Proposition de la commission

Abroger

Angenommen – Adopté

Art. 24 Abs. 2

Antrag der Kommission

Aufheben

Antrag Kuprecht

Unverändert

**Art. 24 al. 2***Proposition de la commission*

Abroger

Proposition Kuprecht

Inchangé

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Es geht hier um die sogenannte Teilbarkeit der Prämie. Wir haben einen Artikel vor uns, der auf 1908, auf den Ursprung des Gesetzes zurückgeht. Ihre Kommission hat entgegen dem Bundesrat und dem Nationalrat zugunsten des Konsumentenschutzes beschlossen, diese Regel aufzuheben, dies mit 6 zu 2 Stimmen ohne Enthaltung. Es gab keine Minderheit, es liegt aber heute ein Einzelantrag Kuprecht vor, diese Streichung nicht vorzunehmen.

Worum geht es? Es geht um die Frage, was passiert, wenn während des Jahres ein Totalschaden eintritt, der Totalschaden eines versicherten Objektes, und die Prämie für den Rest des Jahres, wenn man von der Jahresprämie ausgeht, an sich noch geschuldet wäre. Das ist geltendes Recht.

Ihre Kommission hat nun einen Antrag des Bundesrates in der Vernehmlassungsvorlage aufgenommen, der besagt, dass die Prämie nur so lange geschuldet ist, bis das Versicherungsobjekt wegfällt. Wenn das Versicherungsobjekt zerstört worden ist und die Prämie gemäss Jahresvertrag noch geschuldet ist, soll pro rata diese Prämie dann für den Rest des Jahres nicht mehr geschuldet sein. Wenn sie schon bezahlt worden ist, soll sie zurückerstattet werden.

Der Grund, warum im geltenden Recht die Prämie auch für den Rest des Jahres geschuldet ist, liegt rechtshistorisch im Prinzip der Unteilbarkeit der Prämie. Dieses Prinzip ist 1908 tatsächlich ins Gesetz aufgenommen worden und galt bis 2006. Mit der von mir am Anfang erwähnten Teilrevision 2006 ist aber dieses Prinzip der Unteilbarkeit aufgehoben worden. Das heisst, es wäre schon damals möglich gewesen, Artikel 24 Absatz 2 zu streichen. Der Bundesrat wollte das in der Vernehmlassungsvorlage. In der Folge ist es dann aber wieder entfallen.

Ihre Kommission beantragt Ihnen nun, diese Prämienaufteilung wieder ins Gesetz aufzunehmen, das heisst, Artikel 24 Absatz 2 zu streichen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Dieser Absatz ist im Prinzip bei einem Totalschaden völlig irrelevant. Stellen Sie sich vor – ich habe das in meiner beruflichen Karriere mehrmals erlebt –,

AB 2019 S 761 / BO 2019 E 761

Sie haben eine Scheune oder ein Haus, das niederbrennt. Es wird ein Sachverständigenverfahren eingeleitet, das heisst, jede Partei – der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen – beauftragt ihre Experten, und es kommt zu einer abschliessenden Schadenbeurteilung durch die Experten beider Parteien. Die Schadenursache ist klar, es war ein Feuer. Die Schadenhöhe wird nun auf 476 700 Franken festgelegt. Glauben Sie jetzt im Ernst, dass diese Fr. 221.30 der Restprämie noch eine Bedeutung haben? Glauben Sie das im Ernst? Diese 221 Franken werden in der gesamten Schadenbehandlung mit eingerechnet, das kann ich Ihnen sagen. Das ist die Praxis. Wenn dann noch ein Prämienbetrag zurückerstattet werden muss, dann wird das vorher bei der Schadenermittlung entsprechend berücksichtigt. Das ist die Praxis.

Dieser Absatz hat also im Prinzip bei einem Totalschaden überhaupt keine Bedeutung. Ich habe es auch nie erlebt, dass ein Kunde, der mit seiner Entschädigung zufrieden und sogar überrascht war, wie grosszügig man entschädigt hat, noch darauf beharrt hätte, eventuell noch Fr. 221.30 zurückerstattet zu erhalten. Das können Sie vergessen. Darum hat dieser Absatz heute eigentlich keine Bedeutung mehr.

Ich möchte Sie deshalb bitten, diesen Absatz gemäss meinem Antrag zu streichen.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Ihre Kommission hat einen Vorschlag aufgenommen, der in der Vernehmlassungsvorlage war. Die Expertengruppe hat das in der Vernehmlassung vorgeschlagen, wir haben es nach der Vernehmlassung wieder herausgenommen, weil insbesondere die politischen Parteien gefordert haben, dass wir uns am Rückweisungsantrag orientieren.

Es ist beides möglich. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, Herr Kuprecht hat das auch gesagt: Sie machen hier etwas mehr Konsumentenschutz, aber die Versicherer werden dieses Risiko, das ihnen dadurch entsteht, in die Prämien einberechnen; es ist also nichts gratis zu haben. Wiederum: Es gibt keine Drohungen der Versicherungen, aber sie werden das wohl als zusätzliches Risiko erkennen und in die Prämien einberechnen. Das gibt mehr Versicherungsschutz, der aber dann wohl über Prämien bezahlt wird. Damit ist diese Güterabwägung vorzunehmen. Wir können mit beidem leben. Es ist ein politischer Entscheid, den Sie treffen



müssen: Wollen Sie mehr Konsumentenschutz, der aber wohl durch die Konsumenten durch höhere Prämien zu bezahlen sein wird?

Abstimmung – Vote

Für den Antrag Kuprecht ... 23 Stimmen

Für den Antrag der Kommission ... 15 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Gliederungstitel vor Art. 28; Art. 28 Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre précédant l'art. 28; art. 28 al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 28a

Antrag der Kommission

Titel

Gefahrsminderung

Abs. 1

Bei einer wesentlichen Gefahrsminderung ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von vier Wochen schriftlich zu kündigen oder eine Prämienreduktion zu verlangen.

Abs. 2

Lehnt das Versicherungsunternehmen eine Prämienreduktion ab oder ist der Versicherungsnehmer mit der angebotenen Reduktion nicht einverstanden, so ist dieser berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen seit Zugang der Stellungnahme des Versicherungsunternehmens mit einer Frist von vier Wochen schriftlich zu kündigen.

Abs. 3

Die Prämienreduktion wird mit dem Zugang der Mitteilung nach Absatz 1 beim Versicherungsunternehmen wirksam.

Art. 28a

Proposition de la commission

Titre

Diminution du risque

Al. 1

En cas de diminution importante du risque, le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat par écrit avec un préavis de quatre semaines ou d'exiger une réduction de la prime.

Al. 2

Si l'entreprise d'assurance refuse de réduire la prime ou si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la réduction proposée, ce dernier est en droit, dans les quatre semaines qui suivent la date de réception de l'avis de l'entreprise d'assurance, de résilier le contrat par écrit avec un préavis de quatre semaines.

Al. 3

La réduction de la prime prend effet dès que la communication visée à l'alinéa 1 parvient à l'entreprise d'assurance.

Angenommen – Adopté

Art. 34, 35

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 35a

Antrag der Kommission

Abs. 1–3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 4

In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (Art. 2 Abs. 2 KVAG) stehen das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall (Art. 42 Abs. 1 VVG) nur dem Versicherungsnehmer zu. In der kollektiven Taggeldversicherung stehen das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall (Art. 42 Abs. 1 VVG) beiden Parteien zu.

Antrag Zanetti Roberto

Abs. 4

In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (Art. 2 Abs. 2 KVAG) stehen das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall (Art. 42 Abs. 1 VVG) nur dem Versicherungsnehmer zu. (Rest streichen)

Art. 35a

Proposition de la commission

Al. 1–3

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 4

Dans l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 2, LSAMal), seul le preneur d'assurance peut faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage (art. 42 al. 1, LCA). Dans l'assurance collective d'indemnités journalières, les deux parties peuvent faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage (art. 42 al. 1, LCA).

Proposition Zanetti Roberto

Al. 4

Dans l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 2 LSAMal), seul le preneur d'assurance peut

AB 2019 S 762 / BO 2019 E 762

faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage (art. 42 al. 1 LCA).
(Biffer le reste)

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Hier geht es um die Beendigung des Versicherungsvertrages, und zwar durch eine ordentliche Kündigung.

Der Nationalrat hat mit einem neuen Absatz 4 eingefügt, dass in der Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht nur dem Versicherungsnehmer zusteht. Ihre Kommission hat nun zwei Änderungen an dieser nationalrätlichen Änderung vorgenommen: Zum einen hat sie präzisiert, dass diese Reduktion auf das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers nur für den Zusatzversicherungsbereich zur sozialen Krankenversicherung gilt, also nicht für die ordentliche Krankenversicherung. Die ordentliche Krankenversicherung unterliegt ja nicht dem Versicherungsvertragsgesetz, sondern untersteht dem KVG. Das regelt der erste Satz von Absatz 4 Ihrer Kommission. Im zweiten Satz beantragt Ihnen die Kommission einstimmig eine Präzisierung für die kollektive Taggeldversicherung. Hier, in Abweichung zur Regel des zweiten Satzes, sollen das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall beiden Parteien zustehen.

Kollege Zanetti möchte mit seinem Einzelantrag nun erreichen, dass dieser zweite Satz – wenn ich es richtig verstehe – gestrichen wird, man also auf die Regel des ersten Satzes zurückgeht und das entsprechende Kündigungsrecht immer nur dem Versicherungsnehmer zugestehen sollte.

Ich bitte Sie, der Kommission zu folgen.



Zanetti Roberto (S, SO): Die Entscheide in der Kommission sind ja anlässlich der legendären Sitzung in Kriegstetten gefällt worden. Die Abstimmerei haben wir ja gut koordiniert, einfach die Antragstellung durch Kollege Graber hat nicht so optimal funktioniert. Deshalb übernehme ich jetzt die Behebung dieses Versäumnisses.

Er ging einfach ein bisschen unter dem Radar durch, dieser zweite Satz. Den ersten Satz hat der Sprecher genau dargelegt. Im Nationalrat ist die Absicht, dass eben bei den Krankenversicherungen nur der Versicherungsnehmer kündigen können soll, so durchgekommen. Wir haben uns dann vor allem auf die Begrifflichkeit konzentriert. Es ist zu Recht festgestellt worden, dass mit dem Begriff "Krankenversicherung", wie er im nationalrätlichen Beschluss festgeschrieben ist, Unsicherheiten entstehen könnten, weil es eben um Krankenversicherungen im Sinne des KVG gehen kann, aber auch um Zusatzversicherungen im Sinne des VVG.

Hier soll es um diese Zusatzversicherungen gehen. Da hat die Kommission klar gesagt, diese begriffliche Präzisierung sei richtig, sie solle vorgenommen werden, um Missverständnissen vorzubeugen. Sie hat dann aber im wichtigsten Teil dieser Zusatzversicherungen eine Ausnahme gemacht: Überall dort, wo es im Rahmen der Zusatzversicherungen um den Wohlfühl- oder um den Komfortbereich geht, gilt quasi ein Kündigungsschutz. Hingegen soll dort, wo es existenziell wird – nämlich bei den Taggeldern –, dieser Kündigungsschutz aufgehoben werden. Das, muss ich sagen, habe ich damals zu wenig gut einschätzen können. Aber das kann fatale Auswirkungen haben – und zwar sowohl für die versicherten Arbeitnehmer als auch für die Versicherungsnehmer in Form des Arbeitgebers.

Wenn jetzt im Schadenfall gekündigt werden kann – was mich im Übrigen immer an den Regenschirmvermieter erinnert, der bei aufziehendem Regenwetter den Schirm zurückzieht –, heisst das für den Arbeitnehmer, dass er keinen Anspruch gegenüber einer solventen Versicherungsgesellschaft hat. Den Lohnersatzanspruch gegenüber dem Arbeitgeber hat er aber immer noch. Das kann je nachdem schlechter sein, weil die Solvenz nicht gegeben ist oder aus was für Gründen auch immer. Die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers besteht aber weiterhin, entweder nach OR – das ist ziemlich mickrig und relativ bescheiden –, nach Gesamtarbeitsvertrag oder nach Einzelarbeitsvertrag. Für eine grosse Unternehmung ist das kein Problem, ob das jetzt über eine Taggeldversicherung abgedeckt ist oder ob sie das selbst bezahlt. Das hat mit dem Gesetz der grossen Zahl zu tun, mit versicherungsmathematischen Grössen. Aber für eine kleine Unternehmung kann es absolut fatal sein, wenn sie plötzlich das Risiko einer allenfalls sehr langen Fortzahlungsfrist – je nachdem, ob gute Gesamtarbeits- oder Einzelarbeitsverträge bestehen – selber tragen muss.

Dieser zweite Satz ist also nicht bloss leistungsbezogenerfeindlich bezüglich des Arbeitnehmers, sondern er ist insbesondere auch ausgesprochen KMU-feindlich. Deshalb bin ich der Meinung, dass man zwar im ersten Satz dieser technisch korrekteren Begrifflichkeit zustimmen soll, aber dass die Ausnahme vom Grundsatz des Kündigungsschutzes im Zusatzversicherungsbereich wieder gestrichen werden soll. Sie betrifft nämlich den existenziellen Teil der Zusatzversicherung und eben nicht den Komfortteil.

Ich bitte Sie deshalb, meinem Einzelantrag zuzustimmen. Sie würden sich mit einem entsprechenden Beschluss als ausgesprochen KMU-freundlich erweisen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Ich habe es in meiner beruflichen Tätigkeit mehrmals erlebt, dass gerade die kollektive Taggeldversicherung – und von der sprechen Sie – eigentlich defizitär verläuft. Das ist meistens dann der Fall, wenn die wirtschaftliche Situation eher schlecht ist und nicht zuletzt auch die Möglichkeit gesucht wird, Mitarbeiter eventuell in den Krankenstand hinein zu begleiten; ich sage das jetzt mal so.

Wenn Sie über Jahre in einem bestimmten Branchenbereich Defizite schreiben, dann müssen Sie die Möglichkeit haben, diese Verträge auch zu sanieren. Eine Versicherungsunternehmung ist nicht irgendeine Institution, die einfach Geld verteilt, sondern sie muss schauen, dass die Einnahmen mindestens so gross sind, dass sie die Ausgaben decken. Sie können ein Defizit vielleicht ein, zwei Jahre lang auffangen, weil Sie Reserven gebildet haben. Aber stellen Sie sich jetzt vor: Wenn Sie über fünf, sechs, sieben Jahre immer wieder Defizite schreiben, dann müssen Sie defizitäre Verträge kündigen oder die Prämien entsprechend anpassen. Es gibt diese zwei Varianten. Aber wenn die Prämien generell angepasst werden müssen – für alle Versicherungsnehmer –, dann bestrafen Sie auch diejenigen, die einen positiven Schadenverlauf haben, anstatt nur diejenigen, die einen negativen Schadenverlauf haben.

Darum muss die Versicherungseinrichtung die Möglichkeit haben, zugunsten des Schutzes derjenigen, die einen positiven Verlauf haben, die Verträge entweder zu sanieren oder den entsprechenden Vertrag eben zu kündigen. Wenn sie diese Möglichkeit nicht hat, dann wird die Solidarität derjenigen, die einen positiven Verlauf haben, die wenig Krankheitsfälle in ihrem Betrieb haben, natürlich sehr stark strapaziert. Diese werden irgendwann auch zum Handkuss gebeten, um die Mehrprämien zu zahlen, damit der Verlauf dieses Zweiges nicht mehr defizitär ist. Das ist die Realität, wie ich sie erlebt habe.



Rechsteiner Paul (S, SG): Die Lage ist – wenn man sie nach den Beratungen des Nationalrates und nach dem, was hier vorliegt, betrachtet – doch bis zu einem gewissen Grade unklar geblieben. Es ist unklar geblieben, inwieweit der Nationalrat mit seinem obsiegenden Antrag und dem Begriff "Krankenversicherung" auch die Zusatzversicherung gemeint hat. Ich meine, dass das der Fall ist: Es ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, und damit war ein umfassender Begriff von Krankenversicherung gemeint. Vollkommen klar ist es aber nicht.

Wenn die Zusatzversicherungen mitgemeint sind, dann entspricht das, was der Nationalrat beschlossen hat, eigentlich dem Antrag Zanetti Roberto. Dieser stellt klar, dass das Kündigungsrecht in solchen Fällen nur dem Versicherungsnehmer zusteht. Der praktisch wichtigste Anwendungsfall ist die Taggeldversicherung, weil diese, wie Kollege Zanetti ausgeführt hat, eine existenzielle Bedeutung hat, und zwar für die betroffenen Arbeitnehmer wie auch für die betroffenen Arbeitgeber. Die KMU sind darauf angewiesen, dass die Versicherung in diesen Schadenfällen dann auch greift.

Zum Votum von Kollege Kuprecht – das ist auch der Grund, weshalb ich noch kurz das Wort ergriffen habe -: Die

AB 2019 S 763 / BO 2019 E 763

Versicherungen kalkulieren. Sie schliessen Verträge nicht auf unbestimmte Zeit ab, sondern müssen diese immer wieder erneuern. Mit der Vertragserneuerung werden dann gegebenenfalls auch die Prämien angepasst. Das ist das alltägliche Leben, und so soll es auch sein. Es gibt in diesen vitalen Bereichen aber aus meiner Sicht keinen Grund, den Schadenfall zum Anlass zu nehmen, in der Krankenversicherung, in der Krankenzusatzversicherung und insbesondere in der Taggeldversicherung ein spezielles, ausserordentliches Kündigungsrecht zu schaffen. Es gilt dann einfach der Vertrag, der zu gegebener Zeit – immer nach der Vertragsdauer – angepasst werden kann.

In diesem Sinne bitte ich Sie, dem Antrag Zanetti Roberto zu folgen. Die ganze Angelegenheit bedarf jedenfalls der Vertiefung, auch in Richtung Nationalrat. Wenn es so ist, dass die Krankenversicherung in der Terminologie des Antrages – es war ein Einzelantrag, der im Nationalrat obsiegt hat – auch die Zusatzversicherungen inklusive Taggeldversicherungen umfasst, dann wäre der Beschluss des Nationalrates schlussendlich der richtige. Das müsste aber entsprechend interpretiert werden.

Kuprecht Alex (V, SZ): Erlauben Sie mir, noch ganz kurz auf das Votum von Herrn Rechsteiner zurückzukommen. Es ist eben nicht so, dass die Prämien nur am Ende einer Vertragsdauer angepasst werden können. Es gibt in den Bedingungen eine Prämienanpassungsklausel: Die Versicherung kann jederzeit die Prämien auf die nächste Hauptfälligkeit hin entsprechend anpassen. Wenn man nicht bereit ist, die neue Prämie zu akzeptieren – in einem spezifischen Vertrag, der einen negativen Verlauf hat –, dann besteht für das Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, den Vertrag zu kündigen. Das heisst nicht, dass die bereits laufenden Schadenzahlungen jetzt gestoppt würden; diese Fälle würden weiter bezahlt.

Anders ist es im Bereich der Krankenzusatzversicherung, also nicht bei der Taggeldversicherung. Als ich in die Lehre ging, hat Professor Moritz Kuhn uns immer nahegelegt, dass im Prinzip für beide Seiten ein Kündigungsrecht bestehen würde – würde! –, aber die Versicherungen einseitig auf dieses Kündigungsrecht verzichten, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Versicherten aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine neue Zusatzversicherung mehr erhalten könnten. Darum ist dieser Teil schon seit den Siebzigerjahren eigentlich gar nicht mehr Gegenstand der Diskussionen. Beim Krankentaggeld ist es ein bisschen etwas anderes, es hat sehr viel auch mit den wirtschaftlichen Verhältnissen zu tun. Seien wir ehrlich: Bei denjenigen Verträgen, die sehr hohe Schadenzahlen haben, müssen Sie sich auch überlegen, ob in der Führung des Betriebs irgendetwas nicht gut ist, vor allem wenn die Intensität der Anzahl Schäden relativ hoch ist.

Ich möchte Sie bitten, den Antrag Zanetti Roberto abzulehnen.

Schmid Martin (RL, GR): Herr Kuprecht hat jetzt vieles gesagt. Ich möchte einfach noch etwas zum Votum von Kollege Rechsteiner anfügen. In dieser Abwägung müssen wir keine Regelung treffen, die dann dazu führt, dass die Versicherer nur noch einjährige Verträge anbieten. Dann sind gerade die KMU die Leidtragenden. Sie müssen ein Gleichgewicht halten. Wenn sie in Zukunft einfach nur noch einjährige Verträge anbieten, braucht es dieses ordentliche Kündigungsrecht nicht. Das ist überhaupt nicht im Interesse gerade dieser Betriebe. Es geht ja um diese kollektive Taggeldversicherung, da sind wir uns einig, auch wenn Kollege Zanetti den Begriff der Arbeitnehmer verwendet hat. Die sind nicht inbegriffen. Hier geht es immer um die Versicherungen zwischen dem Unternehmen und dem Versicherer. Versichert werden dann schon die Leistungen der Arbeitnehmer. Das Versicherungsverhältnis besteht zwischen den Unternehmern und den Versicherten.

Nachdem auch der Bundesrat bzw. das EFD für eine Kommission bezüglich der Terminologie Abklärungen gemacht hat, möchte ich Sie bitten, der Kommission zu folgen. Es ist eine ausgewogene Lösung. Es ist auch



nicht ein ausserordentliches Kündigungsrecht – wir kommen noch dazu –, sondern es ist ein ordentliches Kündigungsrecht im Schadenfall. Mir erscheint die Regelung sachgerecht, dass eben im Schadenfall beiderseits ein ordentliches Kündigungsrecht besteht. Die Prämien müssen nämlich, wie dies Kollege Kuprecht gesagt hat, risikobasiert und risikogerecht sein. Sie sind auch unterschiedlich pro Versicherungsnehmer.

Föhn Peter (V, SZ): Man kann das natürlich vonseiten der Versicherer, aber auch vonseiten des Unternehmers anschauen. Diese Taggeldversicherung ist Usus, alle haben eine Taggeldversicherung. Ansonsten weiss ich nicht, ob die Arbeitnehmer kommen würden; vor allem bei KMU muss das einfach so sein. Ich frage da schon: Was machen wir, wenn Unternehmen in keiner Versicherung unterkommen? Ich bin für diesen Antrag Zanetti Roberto dankbar: Er gibt dem Unternehmer und seinen Leuten eben eine gewisse Sicherheit. Ich habe das in anderen Fällen erlebt, wegen ältesten Fällen, die ich überhaupt nicht kenne. Ich habe eine Firma übernommen. Es wird schon gar nicht mehr eine Offerte gemacht; es geht nicht um eine Taggeldversicherung, es geht um eine andere Versicherung. Ich will meine Leute gut versichern, ich will sie absichern; das muss einfach gewährleistet sein. Wenn eine Versicherung einer Firma kündigt, dann kommen nicht die anderen Versicherungen und sagen: "Hurra! Wir übernehmen Sie" – wohl kaum. Das ist eben das Problem: diese Sicherheit zu haben, dass ich meine Leute irgendwo und irgendwie versichern kann. Es sind vielfach Fälle, in denen sich die Versicherten momentan überhaupt nichts leisten können. Ich glaube, es wird vielleicht ein bisschen mehr kosten, aber diese Sicherheit muss ich haben, und deshalb unterstütze ich den Antrag Zanetti Roberto. Ansonsten muss man nicht aufgenommen werden. Klar, ich muss nicht hundertprozentig versichert sein – das könnte auch sein –, aber es ist doch eine gewisse Sicherheit, dass ich bei irgendeiner Versicherung bleiben kann und meine Leute entsprechend absichern kann.

Zanetti Roberto (S, SO): Mir ist der Sachverhalt schon klar, lieber Martin Schmid. Mir ist klar, wer Versicherungsnehmer und wer Versicherer ist. Ich habe deshalb auch vom "versicherten Arbeitnehmer" gesprochen. Jetzt hat Kollege Kuprecht, dessen Fachkompetenz ich in keiner Weise anzweifeln will, gesagt, dass die Möglichkeit der Prämienanpassung besteht. Das ist ein Grund mehr, meinem Antrag zuzustimmen! Ich zitiere aus dem Nachversand zum Sektionsbrief des Schweizerischen Versicherungsverbands von gestern Abend. Zufälligerweise habe ich noch meine Mailbox angeschaut; die meisten von Ihnen haben das Schreiben vielleicht nicht gesehen. Da heisst es: "Grundsätzlich positive Beurteilung: Der SVV begrüsst eine Teilrevision des VVG, die mit angemessenen Neuerungen das bestehende hohe Schutzniveau der Versicherungskundinnen und -kunden gezielt verbessert, etwa durch den Kündigungsverzicht der Krankenversicherer im Leistungsfall." Selbst der Versicherungsverband sagt also, der Kündigungsverzicht im Leistungsfall sei eine positive Neuerung. Sie haben einfach die ein bisschen ungenauere Terminologie des Nationalrates übernommen. So gesehen würde aber selbst der Versicherungsverband offenbar meinem Antrag zustimmen. Ich muss sagen, Kollege Föhn, Versicherungsverband und Zanetti – was wollen Sie mehr? Sie können diesem Antrag getrost zustimmen.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Zuerst zum Unterschied zwischen den Fassungen des Nationalrates und Ihrer Kommission: Der Nationalrat hat das, was Ihre Kommission in Artikel 35a regelt, zusätzlich geregelt in Artikel 42 Absatz 5. Sie streichen konsequenterweise dann diesen Absatz 5 in Artikel 42. Damit besteht zwischen dem Nationalrat und Ihrer Kommission keine Differenz.

Die Differenz besteht also nur in Bezug auf den Antrag Zanetti Roberto. Herr Zanetti möchte ja das Kündigungsverbot auf kollektive Taggeldversicherungen ausdehnen. Wenn ich das richtig verstehe, ist die Differenz die folgende: Er verpflichtet damit die Versicherungsnehmer in der Kollektivtaggeldversicherung zu einer Art Solidaritätspakt untereinander. Mit dem Antrag Zanetti Roberto zahlt also der Versicherungsnehmer,

AB 2019 S 764 / BO 2019 E 764

der gute Resultate vorweist, auch denjenigen, der schlechtere Resultate vorweist. Das ist der Unterschied. Mit dem Antrag der Kommission profitiert der gut geführte Betrieb in der Kollektivversicherung eher, weil er sich dann nicht beteiligen muss – dies mit dem Nachteil, den Herr Föhn aufgeführt hat. Der schlechte Betrieb hat vielleicht Mühe, unterzukommen, oder er bezahlt höhere Prämien.

Ich denke, der Antrag Zanetti Roberto führt zu weniger Transparenz, aber zu mehr Solidarität unter den Betrieben. Das scheint mir die Güterabwägung zu sein. Wenn Sie Kostentransparenz und den Guten belohnen wollen, dann dürften Sie das Kündigungsverbot im Sinne von Herrn Zanetti nicht aufnehmen; wenn Sie sagen, das sei eine Art Solidaritätspakt bei diesen Vertragsnehmern, dann müsste das Kündigungsverbot ausgedehnt werden. Das scheint mir der Unterschied zu sein. Es ist also wieder eine Güterabwägung, die Sie vorzunehmen haben. Ich neige dazu, den Antrag Zanetti Roberto abzulehnen, denn Betriebe, die gut geführt sind, sollen



davon auch profitieren können und sich nicht an schlechteren Betrieben beteiligen müssen, was auch immer das heisst bei der Kollektivtaggeldversicherung. Herr Kuprecht hat darauf hingewiesen: Krankentaggeldversicherungen haben dann etwas Konjunktur, wenn die Konjunktur schlecht läuft. Dann werden eben solche Fälle allenfalls über die Krankentaggeldversicherung abgewickelt.

Das scheint mir eine Güterabwägung zu sein, die Sie vorzunehmen haben. Ich neige dazu, Ihnen zu empfehlen, den Antrag Zanetti Roberto abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 25 Stimmen

Für den Antrag Zanetti Roberto ... 16 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 35b

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 35c

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit I

(Fetz, Zanetti Roberto)

Abs. 1

Ansprüche aus dem Vertrag können 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.

Abs. 2

Vorbehalten bleiben:

- a. die Krankenversicherung im Falle des Versicherungsverwechslens, soweit unter den betroffenen Versicherungen das Behandlungsprinzip gilt;
- b. die Haftpflichtversicherung, bei welcher die während der Vertragsdauer geltend gemachten Ansprüche versichert sind (Anspruchserhebungsprinzip).

Antrag der Minderheit II

(Schmid Martin, Germann, Graber Konrad)

Streichen

Art. 35c

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité I

(Fetz, Zanetti Roberto)

Al. 1

Les droits découlant du contrat peuvent être exercés jusqu'à cinq ans après la fin du contrat si le risque assuré se réalise pendant la durée du contrat mais que le dommage causé n'apparaît qu'après la fin du contrat.

Al. 2

Sont réservées:

- a. l'assurance-maladie en cas de changement d'assurance, pour autant que les entreprises d'assurance concernées appliquent le principe du traitement médical;
- b. l'assurance responsabilité civile auprès de laquelle sont assurés les droits exercés pendant la durée du contrat (principe de la demande d'indemnisation).

*Proposition de la minorité II*

(Schmid Martin, Germann, Graber Konrad)
Biffer

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Hier hat der Nationalrat eine wesentliche Änderung an der bundesrätlichen Vorlage vorgenommen. Es geht um den Bereich der Krankenzusatzversicherung. Genommen hat der Nationalrat hier eine sogenannte Nachhaftung eingeführt: Der Nationalrat möchte, dass Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag 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 eingetreten ist.

Worum geht es? Ihre Kommission hat sich am folgenden Beispiel orientiert: Im Jahr 1 infiziert sich eine Person mit einem Virus; im Jahr 2 läuft die Krankenversicherung aus, doch die Krankheit ist noch nicht ausgebrochen; im Jahr 3, im nächsten Jahr, bricht die Krankheit aus. Die Frage ist nun, ob die Versicherung zahlen muss oder nicht. Rein von der Formulierung her, gemäss der Version des geltenden Rechts und des bundesrätlichen Entwurfes, müsste die Krankenzusatzversicherung nicht zahlen. Gemäss der Version des Nationalrates müsste sie zahlen.

Nun ist es so, dass im geltenden Recht zwar im Gesetz keine Zahlungspflicht besteht, aber in verschiedenen Versicherungsbereichen entsprechende Nachhaftungen in den Verträgen stehen; in einem Teil der Bereiche stehen solche, in einem Teil nicht. Der Bundesrat hat schliesslich darauf verzichtet, diese Nachhaftung in den Entwurf aufzunehmen, obwohl sie in der Vernehmlassungsvorlage enthalten war. Der Bundesrat ist nämlich der Auffassung, dass diesem Bedürfnis der Versicherten durch die Transparenzvorschrift in Artikel 3 Genüge getan sei. Demnach muss das Versicherungsunternehmen den Versicherten darüber orientieren, dass in diesen Fällen, die ich erwähnt habe, keine Nachhaftung besteht. Durch diese Transparenz wäre dann der Versicherungsschutz genügend gewährleistet.

Ihre Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen, und dies, wenn Sie so wollen, in zweierlei Hinsicht: Es liegt zum einen der Minderheitsantrag I (Fetz) vor, der diese Nachhaftung ebenfalls aufnimmt, wobei diese auf alle Versicherungsbereiche ausgedehnt werden soll, insbesondere etwa auf die Haftpflichtversicherung. Diesen Antrag hat Ihre Kommission relativ knapp, mit 4 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen, abgelehnt. Zum andern hat Ihre Kommission auch den Antrag Schmid Martin – auf der Fahne der Antrag der Minderheit II – abgelehnt, der das Gegenteil dessen möchte, was die Minderheit I (Fetz) beantragt, nämlich, gemäss Bundesrat und geltendem Recht diese Nachhaftung aus der Vorlage überhaupt zu streichen. Diesen Antrag hat die Kommission relativ deutlich, mit 6 zu 3 Stimmen bei 1 Enthaltung, abgelehnt. Ich bitte Sie also, hier dem Mehrheitsantrag Ihrer Kommission zuzustimmen und damit dem Nationalrat zu folgen.

Fetz Anita (S, BS): Der Kommissionssprecher hat das Wesentliche zu meinem Antrag eigentlich schon gesagt. Er will die Nachhaftung, die der Nationalrat neu eingeführt hat, nicht nur bei Krankenzusatzversicherungen einbauen, sondern bei allen Versicherungen, insbesondere bei der Haftpflichtversicherung, und zwar in erster Linie, weil es um Gleichberechtigung geht. In einigen Versicherungen gibt es diese Nachhaftung schon, in anderen nicht.

AB 2019 S 765 / BO 2019 E 765

Besonders wichtig scheint mir das auch, weil es in Fällen, in denen der Schaden innert der Versicherungsdauer eintritt, aber erst nachher Wirkung zeigt, oft zu gröberen juristischen Auseinandersetzungen kommt. Deshalb brauchen wir die fünf Jahre; Sie alle wissen, wie lange solche juristischen Auseinandersetzungen dauern können. Wenn ich einen Haftpflichtfall habe, bei dem das Ereignis eintritt, wenn die Versicherung bereits gekündigt ist, und ich mich juristisch mit dem Schadenfall auseinandersetzen muss, kann das ewig dauern; wenn ich gewinne, habe ich trotzdem keinen Versicherungsschutz mehr. Das scheint mir der falsche Weg zu sein. Zudem ist es extrem schwierig, eine neue Versicherung zu bekommen, wenn man einen laufenden Schadenfall hat. Es ist meine Grundidee, dass man hier eine Gleichberechtigung einführt und die Versicherungsnehmer auch schützt, wenn das Ereignis sehr viel länger dauert.

Schmid Martin (RL, GR): Ich nehme gerade die Argumente von Kollegin Fetz auf. Ich bin eben gerade der Überzeugung, dass die neue Regelung zu sehr vielen juristischen Auseinandersetzungen und Gutachten führen wird, denn der Unterschied ist, dass wir heute in der Krankenversicherung das Behandlungsprinzip haben. Wir alle sind obligatorisch krankenversichert: Wenn wir zum Arzt gehen, bezahlt die Krankenkasse. Viele haben auch eine Zusatzversicherung. Hier gilt eben das Behandlungsprinzip. Das heisst, dass es, solange ich



bei einer Versicherung versichert bin, keine Rolle spielt, ob der Schadenfall schon früher eingetreten ist, ob ich meine Rückenbeschwerden schon ein Jahr vorher hatte, als ich noch bei einer anderen Krankenversicherung versichert war, oder nicht. Das ist ein ganz einfacher Mechanismus, der heute im Bereich der Krankenversicherung zu keinen Streitigkeiten führt: Es muss immer diejenige Versicherung den Schaden begleichen, bei der man versichert ist.

Deshalb verstehe ich gerade nicht, warum man jetzt mit dem Argument der juristischen Auseinandersetzungen zu einem System wie bei den Haftpflichtversicherungen und den anderen Versicherungen wechseln will. Da hat Frau Fetz Recht: Dort gilt das heute schon. Die Beispiele, die Frau Fetz gemacht hat, die rühren eben gerade von dieser Tatsache her, dass man dort die Nachhaftung in diesem Sinne hat und weiterhin diese Ansprüche geltend machen kann.

Hier sind wir aber bei der Krankenzusatzversicherung. Es stellt sich die Frage, ob wir hier wirklich Gutes tun, wenn wir von diesem Behandlungsprinzip weggehen, obwohl wir es bei der obligatorischen Krankenversicherung weiterhin beibehalten. Ich bin überzeugt, dass das falsch wäre. Das würde mehr Gutachterstreitigkeiten geben. Es wurde das Beispiel Rückenschmerzen erwähnt. Aus welcher Periode rühren diese her? Der Kommissionspräsident hat zu Recht einen Virus erwähnt. Das wird sehr viele schwierige Fragen aufwerfen, und am Schluss brauchen wir sehr viele Gutachter. Heute haben wir gerade hier ein klares System.

Es ist natürlich so, dass mit der Regelung im geltenden Recht jemand, der seine Versicherung gekündigt hat und nicht mehr zusatzversichert ist, dann, wenn der Schaden erst später auftritt, diese Versicherungsmöglichkeit nicht hat. Das muss man hier ehrlicherweise bei der Abwägung auch berücksichtigen. Weil wir in der obligatorischen Krankenversicherung das Behandlungsprinzip haben, sollten wir aber das System meines Erachtens im Zusatzversicherungsbereich nicht aufbrechen.

Deshalb bitte ich Sie, hier mit dem Bundesrat und der kleinen Minderheit II (Schmid Martin) zu stimmen.

Ettlin Erich (C, OW): Ich möchte hier das Votum von Kollege Schmid unterstützen. Zu meiner Interessenbindung: Ich bin Mitglied des Verwaltungsrates der Krankenversicherung CSS.

Wir sehen hier wirklich ein Problem, das offensichtlich ist. Wir haben heute mit dem Behandlungsprinzip ein stringentes System. Das heisst, wenn die Krankheit eintritt, kann man bei der Versicherung, bei der man ist, die Kostenbeteiligung einfordern. Das wird auch bezahlt, wir haben da gar kein Problem.

Wenn man jetzt daran rüttelt, gibt es Fälle, die man wirklich nicht abdecken möchte, nehme ich an. Wenn also eine Person ihre Zusatzversicherung aus eigenem Antrieb kündigt, weil sie sagt, sie möchte nicht mehr zusätzlich versichert sein, darf sie das natürlich tun. Passiert später, wenn die Person bei einer anderen Versicherung oder wo auch immer ist, etwas – es bricht zum Beispiel eine Krankheit aus –, geht eigentlich die rechtliche Suche los, mit der Frage: Wann ist diese Krankheit entstanden? Es ist klar, die Person hat dann ein Interesse, irgendwie festzulegen und zu beweisen, dass die Krankheit in der Zeit entstanden war, als sie noch versichert war, dass sich die Gefahr also noch während der Laufzeit des Vertrags verwirklicht hatte. Die Terminologie ist ja äusserst, äusserst unsicher. Jetzt müssen Sie sich einmal vorstellen, was das für einen Druck gibt, das irgendwie noch erreichen zu können.

Was die Beispiele mit dem Virus anbelangt: Das tönt jetzt einfach und klar, aber wie entsteht ein Virus? Wann ist der Virus entstanden? Wer beweist das? Oder nehmen wir eine Krebsdiagnose – das wünsche ich ja niemandem. Die Diagnose ist das eine, aber wann ist dieser Krebs entstanden? Das kann ja eigentlich niemand richtig sagen. Und es gibt andere Fälle wie die Verletzung der Anzeigepflicht: Wenn jemand die Anzeigepflicht verletzt und deshalb der Vertrag gekündigt wird, würde die Person trotzdem noch profitieren. Das sind Fälle, bei welchen es zu einer Verrechtlichung der Fragen kommen würde. Der überwiegende Teil der Zusatzversicherten, muss man sagen, benötigt das eigentlich gar nicht, weil sie aufgrund des Behandlungsprinzips geschützt sind. Aber es ist nachteilig für die Gesamtheit der Versicherten: Wenn plötzlich solche Rechtsfälle entstehen, wird die Gesamtheit der Versicherten diese Kosten tragen müssen, weil die Versicherer diese Kosten ja irgendwie abwälzen müssen.

Es kommt dazu – das ist jetzt ein bisschen technisch –, dass ein Versicherer für die möglichen Risiken, die er in seinem Versicherungskollektiv hat, ja Rückstellungen bilden muss. Mit dieser Lösung hier müssten die Versicherer grössere Rückstellungen bilden, weil ja alle – das gesamte Versichererkollektiv – ein latentes Risiko tragen. Wenn Personen dann wechseln, müssen sie für diese noch Rückstellungen machen. Auch wenn sie weggegangen sind zu einer anderen Versicherung, müssen die Versicherer Rückstellungen behalten, weil diese Personen ja zurückkommen könnten.

Es ist relativ einfach, es ist rechnerisch klar: Das erhöht die Prämien für alle, weil die Leute das dann versichern müssen. Es kommt dazu, und damit möchte ich schliessen, dass eine gewisse Missbrauchsgefahr besteht, weil der Informationsaustausch zwischen Versicherern ja nicht besteht. Theoretisch könnte jemand die Kosten an



zwei Orten geltend machen, beim jetzigen Versicherer und beim früheren. Nehmen wir jetzt einmal an, dass das nur ein theoretisches Problem ist, aber es besteht natürlich.

In diesem Sinne finde ich, dass diese Lösung nicht notwendig ist. Aufgrund des Behandlungsprinzips sind die Leute geschützt, und die Fälle, die dann eintreten können, die möchte man im Sinne des Kollektivs aller Versicherten gar nicht haben. Es führt zu einer Verrechtlichung, und profitieren davon würden eigentlich nur die Juristen. Das mag ich denen auch gönnen, aber es ist etwas, was wir gar nicht wollen. Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit II (Schmid Martin) zuzustimmen und das zu streichen.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Hier macht Ihnen der Bundesrat keinen Vorschlag. Wir hatten allerdings in der Vernehmlassung eine Variante, die mehr oder weniger der Minderheit I (Fetz) gleicht. Wir haben das nach der Vernehmlassung wieder herausgenommen, weil, wie ich schon mehrmals gesagt habe, die Parteien uns aufgefordert haben, beim Rückweisungsantrag zu bleiben.

Ich komme zur Frage der Nachhaftung: Die Differenz zwischen Nationalrat und Minderheit I ist, dass der Nationalrat das nur für die Krankenzusatzversicherungen will, während die Minderheit I das generell ausweitet. Es ist wieder eine Güterabwägung vorzunehmen. Es ist ein Artikel im Sinne der Versicherten, des Versicherten-schutzes. Ich denke, auch in Anbetracht der Vernehmlassungsvorlage, ich würde Ihnen hier vorschlagen oder beliebt machen, Ihrer

AB 2019 S 766 / BO 2019 E 766

Kommissionsmehrheit zu folgen und sich auf die Zusatzversicherung mit dem Vorbehalt in Absatz 2 zu konzentrieren.

Ich kann die Minderheit II (Schmid Martin), die das generell streichen will, beim jetzigen Recht bleiben will, durchaus verstehen. Wir schaffen hier natürlich einen Artikel, der dann zu Interpretationen und Streitigkeiten führen wird. Das ist der mögliche Nachteil. Aber im Sinne der Transparenz und des geforderten Konsumentenschutzes, auch aufgrund unserer Vorbereitungsarbeiten für die Vernehmlassungsvorlage, denke ich, die Fassung des Nationalrates entspreche einem allgemeinen Bedürfnis, mit den Problemen, die sich dann bei der Interpretation ergeben können.

Erste Abstimmung – Premier vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit I ... 13 Stimmen
(1 Enthaltung)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

Für den Antrag der Minderheit II ... 24 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit ... 17 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Art. 35d**Antrag der Kommission****Abs. 1**

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.

Abs. 2

Vorbehalten bleibt die Weiterversicherung der Leistungsverpflichtungen gemäss Absatz 1 bezüglich Dauer oder Umfang durch einen anderen Versicherer bei einem Versicherungswechsel.

Art. 35d**Proposition de la commission****Al. 1**

Les dispositions du contrat qui donnent à une entreprise d'assurance le droit de supprimer ou limiter unilatéralement la durée ou l'étendue de ses obligations existantes de fournir des prestations périodiques à la suite d'une maladie ou d'un accident lorsque le contrat prend fin après la survenance du sinistre sont nulles.

Al. 2

En cas de changement d'assurance, demeure réservée la poursuite de l'assurance, par un autre assureur,



s'agissant des obligations de prestations visées à l'alinéa 1 en ce qui concerne leur durée ou leur étendue.

Angenommen – Adopté

Art. 36 Abs. 1, 2; 37 Abs. 1, 2; Gliederungstitel vor Art. 38; Art. 38a-38c

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 36 al. 1, 2; 37 al. 1, 2; titre précédant l'art. 38; art. 38a-38c

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 41a

Antrag der Kommission

Titel

Abschlagszahlungen

Abs. 1

Bestreitet das Versicherungsunternehmen seine Leistungspflicht, so kann die anspruchsberechtigte Person nach Ablauf der in Artikel 41 Absatz 1 genannten Frist Abschlagszahlungen bis zur Höhe des unbestrittenen Betrags verlangen.

Abs. 2

Gleiches gilt, wenn nicht geklärt ist, wie die Versicherungsleistung auf mehrere Anspruchsberechtigte aufgeteilt werden soll.

Art. 41a

Proposition de la commission

Titre

Acomptes

Al. 1

Si l'entreprise d'assurance conteste son obligation de prestation, l'ayant droit peut, à l'échéance du délai fixé à l'article 41 alinéa 1, exiger des acomptes jusqu'à un montant équivalant au montant non contesté.

Al. 2

La règle visée à l'alinéa 1 s'applique par analogie lorsque la façon dont les prestations d'assurance doivent être réparties entre plusieurs ayants droit n'a pas été clarifiée.

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Hier beantragt Ihnen die Kommission – entgegen dem geltenden Recht, der Vorlage des Bundesrates und dem Beschluss des Nationalrates –, einen neuen Artikel einzufügen. Das ist auch ein Stück Konsumentenschutz, und zwar, weil damit sogenannte Abschlagszahlungen ins Gesetz eingefügt werden. Wenn ein Versicherungsunternehmen seine Leistungspflicht bestreitet, dann soll die anspruchsberechtigte Person nach Ablauf der entsprechenden Frist Abschlagszahlungen bis zur Höhe des unbestrittenen Betrags verlangen können. Das heisst: Wenn sich ein Streit zwischen dem Versicherer und der Versicherungsnehmerin – unabhängig davon, ob der Versicherer zahlen muss oder nicht – nicht auf die gesamten 100 000 Franken, sondern nur auf die Frage, ob 80 000 oder 100 000 Franken geschuldet sind, bezieht, dann möchte Ihre einstimmige Kommission, dass die Versicherungsnehmerin auch dann, wenn der Streit noch hängig ist, verlangen kann, dass die 80 000 Franken bezahlt werden. Die restlichen 20 000 Franken bleiben dann natürlich streitig, bis die Frage entschieden ist. Die 80 000 Franken können aber verlangt werden.

Dieser Artikel war ursprünglich Teil der Totalrevisionsvorlage des Bundesrates, und Ihre einstimmige Kommission möchte verhindern, dass – wie man etwas böse sagt – ein Versicherungsnehmer durch die Versicherung "ausgehungert" werden kann, indem unbestrittene Leistungen einfach nicht bezahlt werden, weil noch ein Teilstreit hängig ist.

Ich bitte Sie, der einstimmigen Kommission zu folgen. Es gibt auch keinen Minderheitsantrag.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Wir sind mit der von Ihrer Kommission vorgenommenen Ergänzung einverstanden. Sie ist sachgerecht und dient dem Versicherungerschutz.



Angenommen – Adopté

Art. 42 Abs. 5

Antrag der Kommission
Streichen

Art. 42 al. 5

Proposition de la commission
Biffer

Angenommen – Adopté

Gliederungstitel vor Art. 43; Art. 44 Abs. 1

Antrag der Kommission
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre précédant l'art. 43; art. 44 al. 1

Proposition de la commission
Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

AB 2019 S 767 / BO 2019 E 767

Art. 45

Antrag der Mehrheit
Titel, Abs. 1
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit
(Fetz, Levrat, Zanetti Roberto)
Abs. 1

... so tritt dieser Nachteil nur ein,
a. wenn die Verletzung nach den Umständen als verschuldet anzusehen ist; oder
b. soweit das Versicherungsunternehmen nachweist, dass die Verletzung einen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses oder auf den Umfang der dem Versicherungsunternehmen geschuldeten Leistungen gehabt hat.

Art. 45

Proposition de la majorité
Titre, al. 1
Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité
(Fetz, Levrat, Zanetti Roberto)
Al. 1

... cette sanction n'est encourue que dans les cas suivants:
a. il résulte des circonstances que la violation est imputable au preneur d'assurance ou à l'ayant droit; ou
b. l'entreprise d'assurance apporte la preuve que la violation a eu une incidence sur le sinistre ou sur l'étendue des prestations dues à l'entreprise d'assurance.

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Auch hier geht es um einen zentralen Artikel des Versicherungstragsgesetzes. Es geht um die sogenannte Beweislast. Sie sehen beim Antrag des Bundesrates, der vom Nationalrat in wesentlichen Punkten übernommen wurde, dass dann, wenn vereinbart wurde, dass der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte wegen Verletzung einer Obliegenheit von einem Rechtsnachteil betroffen wird, dieser Nachteil nicht eintritt, wenn – es geht jetzt um Buchstabe b – der Versicherungsneh-





mer nachweist, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der dem Versicherungsunternehmen obliegenden Leistungen gehabt hat. Der Versicherungsnehmer muss also nachweisen, dass sein Verhalten keinen Einfluss auf die Leistungspflicht hatte.

Der Nationalrat hat diese Lösung übernommen. Er hat bei Buchstabe b nur marginal eine unbestrittene redaktionelle Änderung vorgenommen. Die Mehrheit Ihrer Kommission beantragt Ihnen – der Entscheid fiel mit 8 zu 3 Stimmen –, die Regelung mit dieser Beweislastverteilung so zu übernehmen. Die Minderheit Fetz beantragt Ihnen dagegen, dass die entsprechende Beweislast durch das Versicherungsunternehmen zu tragen ist, das heisst, dass die Versicherung nachweisen muss, dass die Verletzung einen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses oder auf den Umfang der dem Versicherungsunternehmen obliegenden Leistungen gehabt hat.

Sie entscheiden also hier über die vertragsrechtlich wesentliche Frage der Beweislast. Die Mehrheit möchte die Beweislast für diesen Punkt beim Versicherungsnehmer belassen, die Minderheit möchte sie zum Versicherungsunternehmen verschieben.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Fetz Anita (S, BS): In der Tat, ich schlage Ihnen hier zusammen mit meinen Kollegen vor, eine Beweislastumkehr zugunsten des Versicherten einzuführen. Das hat eine praktisch sehr, sehr hohe Bedeutung. Wenn Sie beispielsweise nach einem Unfall einen Arzt aufsuchen müssen und das innerhalb der vorgeschriebenen Frist vielleicht nicht machen können oder ein Heilverfahren vorgeschlagen wird, ist es für einen einfachen Versicherungsnehmer schlicht unmöglich, das nachweisen zu können. Wir haben das in ganz vielen Bereichen, in denen es Ärztefehler gibt; erstens dauert das episch lange, bis solche Nachweise gelingen, und zweitens sind die Versicherungsnehmerinnen und -nehmer immer – immer! – am kürzeren Hebel. Sie haben praktisch keine Chance. Wie sollen sie in einem Spital an ärztliche Unterlagen kommen, um das nachweisen zu können, wie sollen sie in anderen Bereichen an Unterlagen kommen? Das ist derart ungerecht und ungleichgewichtig, dass man durchaus einmal die Versicherungsnehmerinnen und -nehmer schützen muss vor dieser schlichten Unmöglichkeit, solche Sachen nachzuweisen; eine normale Person hat da null Chancen. Das wissen natürlich alle, und ich weiss auch, dass in diesem Rat die Vertretung der Interessen der Versicherungsnehmerinnen und -nehmer derart eindeutig ausgerichtet ist, dass ich mir keine Illusionen mache – aber ungerecht bleibt es trotzdem.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Wie Frau Fetz soeben ausgeführt hat, geht es hier um eine Umkehr der Beweislast. Die Mehrheit Ihrer Kommission und der Nationalrat schlagen vor, dass die Versicherungsnehmer das beweisen müssen, und Frau Fetz wünscht eine Umkehr. Grundsätzlich ist beides möglich. Der Antrag der Minderheit Fetz ist ein Antrag, der den Versicherten besser schützt. Es ist also die Frage, die wir jetzt schon mehrmals behandelt haben: eine Verschiebung zugunsten des Versicherten vorzunehmen, oder es so zu belassen, wie es ist. Aus unserer Sicht ist beides möglich. Sie haben diese Güterabwägung politisch vorzunehmen. Beides ist denkbar, Versicherter oder Versicherer. Das ist die Frage, die Sie zu entscheiden haben.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 24 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 12 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Art. 46

Antrag der Kommission

Abs. 1

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

... verjähren in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Art. 46

Proposition de la commission

Al. 1

Adhérer à la décision du Conseil national



Al. 3

... se prescrivent par deux ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation.

Angenommen – Adopté

Art. 46a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 46b

Antrag der Kommission

Abs. 1, 3, 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 2

... schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen.

Art. 46b

Proposition de la commission

Al. 1, 3, 4

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

AB 2019 S 768 / BO 2019 E 768

Al. 2

... résilier ce contrat par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte dans les quatre semaines ...

Fetz Anita (S, BS): Ich habe eine Frage an den Herrn Bundespräsidenten. Mir ist das erst aufgefallen, als ich dies nochmals angeschaut habe: Wenn ich Absatz 3 genau durchlese, ist er für mich nicht klar. Hier geht es ja um die Mehrfachversicherungen, die absichtlich nicht gemeldet worden sind. Meine Frage ist: Was würde in diesem Zusammenhang als absichtliche Nichtanzeige gelten? Wer beweist, dass es eine absichtliche Nichtanzeige ist? Ist es gewollt, dass im Schadenfall keine Versicherung etwas leisten würde, wenn der Versicherte über Jahre hinweg mehrfach Prämien bezahlt hat und überflüssige Versicherungsverträge – zum Beispiel aus Bequemlichkeit oder mangelndem Bewusstsein – nicht gekündigt hat? Diese Fragen haben wir nämlich in der Kommission nicht besprochen, und ich finde es ganz wichtig, dass sie mindestens zuhanden der Materialien geklärt sind.

Präsident (Stöckli Hans, erster Vizepräsident): Herr Bundespräsident, Sie können zuhanden der Materialien antworten.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Vielleicht kann mich der Berichterstatter noch ergänzen, ich bin nicht sicher, ob ich das auf Anhieb genügend treffe. Hier geht es darum, dass der Versicherer nicht an Verträge gebunden ist, wenn Mehrfachversicherungen abgeschlossen wurden in der Absicht, sich zu bereichern. Ein Versicherungsnehmer schliesst für das gleiche Risiko mehrere Verträge bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften ab, in der Absicht, einen Gewinn daraus zu ziehen, indem er etwas mehrfach versichert und entsprechend den Schaden mehrfach vergütet erhält. Dann ist der Versicherer nicht an die Verträge gebunden, generell nicht. In diesem Fall, wenn also eine rein betrügerische Absicht vorliegt, dann ist keine Versicherung verpflichtet, das zu bezahlen. Man will den Betrüger nicht belohnen, deshalb ist die Versicherung nicht an den Vertrag gebunden. Das sagt dieser Absatz 3 aus. – Jetzt schaue ich zu meiner Bank: Stimmt das?

Präsident (Stöckli Hans, erster Vizepräsident): Die Bank bestätigt. (*Heiterkeit*) Wir müssen noch eine Ikone



finden für die Bestätigung der Bank – aber nicht der Bank, sondern der Verwaltungsbank.

Angenommen – Adopté

Art. 46c

Antrag der Kommission

Abs. 1

... (Art. 46b) ...

Abs. 2, 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 46c

Proposition de la commission

Al. 1

... (art. 46b) ...

Al. 2, 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gliederungstitel vor Art. 48; Art. 48; 49; 50 Abs. 2

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre précédant l'art. 48; art. 48; 49; 50 al. 2

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 51a

Antrag der Kommission

Abs. 1

... (Art. 38c) ...

Abs. 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 51a

Proposition de la commission

Al. 1

... (art. 38c) ...

Al. 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 52; 53; 54 Abs. 2, 3; 55; 58; Gliederungstitel vor Art. 59

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 52; 53; 54 al. 2, 3; 55; 58; titre précédant l'art. 59

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

**Art. 59***Antrag der Mehrheit**Titel, Abs. 1, 2*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Fetz, Levrat, Vonlanthen, Zanetti Roberto)

Abs. 3

Bei obligatorischen Haftpflichtversicherungen können geschädigten Personen gegenüber Einreden aus grobfahrlässiger oder vorsätzlicher Verursachung des versicherten Ereignisses, Verletzung von Obliegenheiten, unterbliebener Prämienzahlung oder einem vertraglich vereinbarten Selbstbehalt nicht entgegengehalten werden.

Art. 59*Proposition de la majorité**Titre, al. 1, 2*

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Fetz, Levrat, Vonlanthen, Zanetti Roberto)

Al. 3

Dans le cas de l'assurance responsabilité civile obligatoire, les exceptions découlant d'événements assurés provoqués intentionnellement ou par négligence grave, de la violation d'obligations, du non versement des primes ou d'une franchise convenue par contrat ne peuvent être opposées à la personne lésée.

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Wir befinden uns jetzt im Bereich der Haftpflichtversicherung. In diesem Bereich möchte die Minderheit Fetz eine neue Bestimmung einfügen, die besagt, dass bei obligatorischen Haftpflichtversicherungen die geschädigten Personen gegenüber Einreden aus grobfahrlässiger oder vorsätzlicher Verursachung des versicherten Ereignisses, Verletzung von Obliegenheiten, unterbliebener Prämienzahlung oder einem vertraglich vereinbarten Selbstbehalt nicht entgegengehalten werden können.

Wir sind hier im Dreiecksverhältnis, es ist kein Zweiervertrag. Es ist eigentlich ein Dreiecksverhältnis zwischen Versicherung, Versichertem und Geschädigtem. Die Minderheit spricht von der Situation, dass der Versicherte beispielsweise die Prämien nicht bezahlt hat oder sonst eine Vertragsverletzung begangen hat. Die Versicherung sagt dann konsequenterweise: "Wenn die Prämien nicht bezahlt sind, dann zahle ich nicht." Der Begünstigte der Versicherung ist aber ein Dritter, derjenige, der den Schaden erlitten hat.

AB 2019 S 769 / BO 2019 E 769

Nehmen Sie als Beispiel die Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Als Autofahrerin müssen Sie eine Haftpflichtversicherung haben, und diese Versicherung schützt nicht Sie, sondern den Geschädigten, also den Fussgänger, den Sie als Autofahrerin überfahren haben. Sie als Autofahrerin haben die Prämien nicht bezahlt, dann sagt die Versicherung: "Dann zahle ich nicht." Der überfahrene Fussgänger wäre dann der Dumme. Die Minderheit möchte diesen Mangel beheben. Nun ist mein Beispiel – das haben wir in der Kommission gelernt – ein schlechtes Beispiel. Die Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung ist zwar der typische Fall einer obligatorischen Haftpflichtversicherung. Aber in diesem Falle hat das SVG, das Strassenverkehrsgesetz, diese Frage schon geregelt. In diesem Falle muss gemäss SVG die Versicherung bezahlen, auch wenn die Autofahrerin die Versicherungsprämie nicht bezahlt hat. In dieser obligatorischen Versicherung ist der Geschädigte also geschützt.

Welche obligatorischen Haftpflichtversicherungen gibt es dann noch? Soweit wir das in der Kommission mithilfe der Verwaltung haben herausfinden können, gibt es auf Bundesebene keine mehr. Es gibt aber eine ganze Reihe von obligatorischen kantonalen Haftpflichtversicherungen. Das Beispiel, das dem Präsidenten einfällt, ist die kantonal obligatorische Anwalts-Haftpflichtversicherung. In den meisten Kantonen sind Anwältinnen und Anwälte verpflichtet, eine Haftpflichtversicherung zugunsten ihrer Klienten zu machen. Wenn der Anwalt jetzt einen Schaden anrichtet, indem er zum Beispiel eine Frist verpasst, ist der Klient geschädigt, nicht der Anwalt. In diesen Fällen, wenn der Anwalt die Prämie nicht bezahlt hat, könnte sich die Versicherungsgesellschaft auf den Standpunkt stellen, dann zahle sie dem geschädigten Klienten auch die entsprechende



Schadenersatzzahlung nicht. Für diesen Bereich hat der Minderheitsantrag einen doch sehr eingeschränkten Geltungsbereich.

Ihre Kommission hat diesen Antrag sehr knapp, mit 6 zu 5 Stimmen, abgelehnt, weil auf Bundesebene eigentlich keine Fälle ersichtlich sind. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Fetz Anita (S, BS): Der Kommissionssprecher hat die Sachlage sehr gut erklärt. Ich erkläre jetzt, warum ich trotzdem dafür bin, dass dieser Artikel ins Gesetz kommt, und zwar eben, weil es auf kantonaler Ebene sehr viele Haftpflichtversicherungen gibt, z. B. die Gebäude- und die Hundehalter-Haftpflichtversicherung. Wenn man geschädigt worden ist – nehmen wir einmal einen dramatischen Hundebiss an –, aber die Prämie nicht bezahlt ist, wird der Schaden von der Versicherung nicht übernommen. Dies ist aber neben der Tatsache, dass es schlimm ist, eine extrem teure Schädigung. Der Geschädigte muss dann auf den Schadenverursacher Regress nehmen. Dieser ist meistens gar nicht in der Lage, das zu bezahlen. Deshalb finde ich es wichtig, dass man auf Bundesebene sozusagen eine Klammer für alle diese obligatorischen kantonalen Versicherungen macht, sodass nicht immer der Geschädigte der Lackierte ist und nachher alle diese Kosten alleine zurückfordern muss.

Auch hier kann ich Ihnen sagen – ich bin das beste Beispiel, wie Sie sicher bemerkt haben; ich bin alles andere als eine Versicherungsspezialistin, dies im Gegensatz zu mehreren von Ihnen, die Verwaltungsratsmandate haben –, ich stelle mich dezidiert auf die Seite jener, die normale Versicherte sind, und gegen diese Maschinerie der Beweislage und des Überrolltwerdens von engen Grenzen. Das ist jetzt ein solcher Fall: wenn die Haftpflichtversicherung nicht bezahlt wird, man einen Schaden erleidet und sich einfach niemand darum kümmert, dass dieser wirklich bezahlt wird. Dann ist es eine gravierende Einseitigkeit, bei welcher es, finde ich, dazugehört, dass der Gesetzgeber diesen Ausgleich vornimmt, weil es individuell ganz schlimme Schäden sind, die dann niemand übernimmt.

Bis wir jetzt in 26 Kantonen je fünf Haftpflichtversicherungen einzeln durchgebracht haben, finde ich es fairer, wenn man da einen Dachartikel verfasst, der allen Geschädigten zugutekommt.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Frau Fetz nimmt mit ihrem Minderheitsantrag ein Anliegen auf, das wir wiederum in der Vernehmlassung unterbreitet haben, das dann aber abgelehnt und zurückgewiesen wurde. Daher erscheint es nicht mehr in der definitiven Botschaft.

Zentral ist hier festzuhalten, dass die obligatorische Haftpflicht, die am meisten oder fast immer im Strassenverkehr zum Spielen kommt, wie es der Kommissionssprecher ausgeführt hat, in Artikel 65 Absatz 3 des Strassenverkehrsgesetzes geregelt ist. Der obligatorische Teil der Haftpflichtversicherung, der wohl die meisten Fälle betrifft, ist also geregelt.

Die Frage, die Frau Fetz aufwirft, wurde in Ihrer Kommission ausführlich diskutiert. Das Gleiche gilt auch für den Nationalrat. Alle Spezialisten des Rates sind zum Schluss gekommen, dass es diesen Teil nicht braucht, weil es kaum andere obligatorische Versicherungen gibt, in denen das noch geregelt werden müsste.

Nachdem ich auch keine Verwaltungsratsmandate in Versicherungen habe und hatte, würde ich mich der Mehrheit Ihrer Kommission anschliessen, diese Haltung hat auch schon im Nationalrat dominiert. Zusammengefasst: Ich denke, dass die obligatorische Haftpflichtversicherung dort, wo es wichtig und zentral ist, geregelt ist, nämlich im Strassenverkehrsgesetz. In anderen Bereichen scheint es tatsächlich nicht notwendig zu sein. Damit würde ich Ihnen empfehlen, beim Antrag der Mehrheit zu bleiben, aber der Minderheitsantrag Fetz würde wahrscheinlich auch keinen Schaden anrichten, um das so zu sagen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 21 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 15 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Art. 60

Antrag der Mehrheit

Abs. 1bis

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Levrat, Fetz, Zanetti Roberto)

Abs. 1bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 60*Proposition de la majorité**Al. 1bis*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Levrat, Fetz, Zanetti Roberto)

Al. 1bis

Adhérer à la décision du Conseil national

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Um die Frage von Frau Fetz auch noch zu beantworten: Auch der Präsident und Sprecher Ihrer Kommission ist nicht Mitglied irgendeines Verwaltungsrates eines Versicherungs- oder Krankenversicherungsunternehmens und hat damit also, glaube ich, die nötige Neutralität.

Wir befinden uns bei Artikel 60 Absatz 1bis wieder in diesem Dreiecksverhältnis zwischen Versicherer, Versichertem und dem geschädigten Dritten. In Absatz 1bis geht es nun um die Frage, ob der geschädigte Dritte ein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Versicherungsunternehmen haben soll. Grundsätzlich hat der Geschädigte ja ein Forderungsrecht gegenüber demjenigen, der den Schaden angerichtet hat, gegenüber dem Schädiger, wobei der Schädiger dann eben bei seiner Versicherung versichert ist; das ist das Kaskadenprinzip. Bisher gibt es im geltenden Recht kein direktes Forderungsrecht des Geschädigten gegenüber

AB 2019 S 770 / BO 2019 E 770

dem Versicherer. Der Bundesrat möchte ein solches direktes Forderungsrecht einführen, dies für den Fall, dass der haftpflichtige Versicherte nicht mehr rechtlich belangt werden kann oder dem haftpflichtigen Versicherten die Pfändung angekündigt oder der Konkurs angedroht ist oder dessen Zahlungsunfähigkeit auf andere Art offensichtlich ist. Das heisst: Der Bundesrat möchte ein direktes Forderungsrecht zugunsten des Geschädigten einführen, wenn der Versicherungsnehmer nicht mehr in der Lage ist zu zahlen, beispielsweise, weil er in Konkurs gegangen ist. Bisher gibt es dieses direkte Forderungsrecht nicht.

Der Nationalrat übernimmt nun dieses direkte Forderungsrecht, möchte es aber auf alle Fälle ausdehnen. Demgemäss soll der geschädigte Dritte immer gleich ein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Versicherer haben, dies auch, wenn der Schädiger bzw. der Versicherungsnehmer durchaus noch belangbar und zahlungsfähig wäre.

Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen, hier dem bundesrätlichen Entwurf zuzustimmen. Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen. Das Abstimmungsergebnis betrug 9 zu 3 Stimmen.

Ich bitte Sie, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zuzustimmen.

Levrat Christian (S, FR): Laissez-moi tout d'abord vous dire que je suis très heureux d'avoir une minorité à représenter dans cette loi sur le contrat d'assurance. C'est la démonstration que, malgré certaines informations publiques, j'étais au moins partiellement présent pour traiter cette loi sur le contrat d'assurance.

Ensuite, le rapporteur l'a correctement dit, on se situe dans un triangle avec d'un côté le lésé, d'un autre l'assuré et sur le troisième, l'assureur. L'alinéa 1 introduit un droit de gage du lésé face aux prestations de l'assureur envers l'assuré. L'alinéa 1bis fait un pas de plus et introduit une action directe du lésé contre l'assureur. Le Conseil fédéral veut limiter cette action directe aux cas dans lesquels l'assuré ne pourrait plus être poursuivi, par exemple parce qu'il est décédé. La lettre b limite cela au cas où l'assuré ne serait plus solvable.

La majorité nous a bien expliqué le mécanisme, mais elle s'est bien gardée de nous dire pourquoi ce mécanisme ne devait être appliqué qu'à la loi fédérale sur la circulation routière (LCR). On a dans la LCR une disposition pertinente qui permet un droit d'action directe systématique du lésé envers l'assureur. Il me semble qu'il n'y a pas de motif évident pour lequel on devrait limiter cela à la LCR. Finalement, qu'un dégât me soit causé par mon voisin qui recule avec sa voiture et qui écrase ma montre qui était par hasard par terre, ou



alors que ce soit un dégât qui m'est occasionné hors LCR, je ne comprends pas pourquoi on devrait traiter la question du droit d'action différemment dans le cas de la LCR ou dans le cas d'autres assurances obligatoires ou non obligatoires en matière de responsabilité civile. Du reste le Conseil fédéral, lors de la consultation, était arrivé à la même conclusion, puisqu'il avait proposé une disposition qui allait dans cette direction. Nous avons, dans un certain nombre de lois spécifiques au niveau fédéral – comme dans la LCR – ce droit d'action directe qui est ancré de manière formelle. Le Conseil national est lui aussi allé dans ce sens-là. Je vous invite donc à suivre la minorité et à renoncer à traiter distinctement les victimes de dégâts occasionnés dans le cadre de la LCR des victimes de dégâts qui sont occasionnés hors de la LCR.

Schmid Martin (RL, GR): Es wurde zu Recht gesagt, auch von Kollege Levrat, dass wir hier eine andere Ausgangslage haben. Es geht um die Frage des Geschädigten, des Versicherungsnehmers und der Versicherung. Interessant ist ja bei dieser Konstellation, dass Sie sich in diesem Sinne eigentlich zwischen dem Versicherten und dem Geschädigten entscheiden müssen. Hier geht es eben nicht mehr um den Konsumentenschutz. In diesem Bereich stellt sich die Frage, ob ein Geschädigter direkt auf die Versicherung losgehen kann. Das kann aber manchmal gar nicht im Interesse des Versicherten sein.

Ich mache Ihnen ein Beispiel: Viele Versicherungspolice kennen Selbstbehalte. Da könnte die Versicherung den Fall noch schnell erledigen, denn der Selbstbehalt wird ja dann vom Versicherten zu bezahlen sein. Wenn dieser dann im Bereich der Geschädigtenansprüche bei der Abwicklung der Forderungen gar kein Mitspracherecht mehr hat, dann ist das eben auch nicht im Sinne des Versicherten. Das VVG sollte, das haben wir heute vielfach gehört, auch die Interessen des Versicherten einbeziehen. Das ist ja dieser Konsumentenschutz.

Wenn Sie dem Minderheitsantrag folgen, stärken Sie nicht den Schutz des Versicherten. Er ist auch nicht im Sinne des Konsumentenschutzes. Ich gebe Ihnen aber Recht: Es wäre ein Vorteil für die Geschädigten, wenn sie direkt Forderungen stellen könnten. In diesem Spannungsfeld bewegen Sie sich. International gibt es dieses direkte Forderungsrecht auch nicht.

Wir müssen uns überlegen, ob wir hier einfach Tür und Tor für ein neues System öffnen wollen. Ich lehne das ab. Der Versicherte soll sich an die Versicherung halten. Die Versicherung hat für die Schäden des Versicherten einzustehen und zusammen mit dem Versicherten den Schaden abzuwickeln. Es ist deshalb nicht richtig, dass die Versicherung selbst mit dem Geschädigten den Fall erledigen kann und allenfalls dem Versicherten direkt einen Selbstbehalt in Rechnung stellen kann. Das finde ich nicht richtig.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Ich möchte an die Ausführungen von Herrn Ständerat Schmid anknüpfen. Der Bundesrat beantragt Ihnen ein beschränktes direktes Forderungsrecht, das sich auf die Versicherten konzentriert, die nicht greifbar sind oder zahlungsunfähig geworden sind. Das ist die Spezifikation. Der Nationalrat hat das – auch die Minderheit beantragt das – auf praktisch alles ausgedehnt, uneingeschränkt. Damit öffnen wir schon Tür und Tor, gerade auch im internationalen Bereich. Ich glaube, das ist nicht notwendig. Herr Schmid hat in seinen Ausführungen darauf hingewiesen.

Der Bundesrat möchte das konzentrieren, denn es geht hier tatsächlich nicht um die Frage eines erweiterten Konsumentenschutzes, sondern um die Forderungsrechte gegenüber dem Geschädigten. Sich darauf zu konzentrieren, wie es der Bundesrat hier vorschlägt, ist sachgerecht.

Ich möchte Sie also hier bitten, dem Bundesrat zu folgen und diese Öffnung nicht vorzunehmen. Es ist eine falsche Annahme, dass das dem Versicherten dient, weil das hier nicht dieses Verhältnis abbildet, sondern der Geschädigte im Zentrum steht.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit ... 12 Stimmen
(0 Enthaltungen)

Art. 61–72; Gliederungstitel vor Art. 73; Art. 73 Abs. 1; 75; 87–89; 89a; 90; 95; Gliederungstitel vor Art. 95a; Art. 95a; 95b; Gliederungstitel vor Art. 95c

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 61–72; titre précédant l'art. 73; art. 73 al. 1; 75; 87–89; 89a; 90; 95; titre précédant l'art. 95a; art. 95a;



95b; titre précédant l'art. 95c

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 95c

Antrag der Kommission

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 3

...

c. Streichen

AB 2019 S 771 / BO 2019 E 771

Antrag Rechsteiner Paul

Abs. 3 Bst. c

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 95c

Proposition de la commission

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 3

...

c. Biffer

Proposition Rechsteiner Paul

Al. 3 let. c

Adhérer à la décision du Conseil national

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Dürfte ich vorschlagen, dass der Einzelantragsteller seinen Antrag zuerst begründet?

Rechsteiner Paul (S, SG): Ich kann es recht kurz machen. Das Problem ist, dass die Fassung des Nationalrates, die dem Entwurf des Bundesrates entspricht, bisher unbestritten war. Sie sieht vor, dass nur bei leichter Fahrlässigkeit ein Regressprivileg besteht, auch bei Mieterinnen und Mietern. Das wurde im Vernehmlassungsverfahren akzeptiert. Auch der SVV, der Schweizerische Versicherungsverband, hatte dagegen nichts einzuwenden. Er schaut ja sonst sehr darauf, dass die Versicherungen nicht zu kurz kommen. Von daher ist es schwer verständlich, weshalb die Bestimmung dieses Mieterprivilegs bei leichter Fahrlässigkeit gestrichen wird. Es gilt ja nicht bei gewöhnlicher Fahrlässigkeit, und bei grober Fahrlässigkeit gilt es erst recht nicht.

Es ist umso weniger verständlich, als Artikel 95c für die Versicherer Vorteile bringt. In Absatz 2 wird neu in Abweichung von einer alten Praxis nicht nur bei ausservertraglicher Haftung, sondern auch bei kausaler Haftung, unabhängig vom Verschulden, das Versicherungsunternehmen subrogiert. Es tritt also in die Rechte des Geschädigten ein. Entsprechend verbessert sich die Position für den Regress der Versicherer in Absatz 2 von Artikel 95c. Umso weniger gibt es einen Grund, hier vom Entwurf des Bundesrates abzuweichen, der vom Nationalrat akzeptiert worden ist.

Bischof Pirmin (C, SO), für die Kommission: Es geht hier um das Regressrecht und dabei um die Frage, in welchen Ausnahmefällen es ausgeschlossen werden soll. Die Ausnahme – das besagt der Ingress von Absatz 3 – sind Personen, die in einer engen Beziehung zum Versicherungsnehmer stehen. Das sind unbestrittenerweise gemäss Buchstabe a Personen, die in häuslicher Gemeinschaft mit ihm leben, also beispielsweise der Ehepartner oder die Kinder, oder nach Buchstabe b Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten stehen, also Arbeitnehmer. Bei Buchstabe c ist die strittige Frage, ob dies auch für die Mieterinnen und Mieter in ihrem Rechtsverhältnis zum Vermieter gelten soll. Das ist eigentlich der Hauptanwendungsfall von Buchstabe c.



Ihre Kommission war hier einstimmig der Meinung, dass im Verhältnis zwischen Mieter und Vermieter kein derart enges Verhältnis besteht, dass ein entsprechender Ausschluss gerechtfertigt wäre.

Engler Stefan (C, GR): Ich war viele Jahre von Amtes wegen Präsident einer öffentlichen Gebäudeversicherung, der Gebäudeversicherung des Kantons Graubünden. Heute bin ich gewöhnliches Mitglied der Verwaltungskommission der Gebäudeversicherung von Graubünden.

Kollege Rechsteiner hat Recht: Der Versicherungsverband hat sich nicht dafür starkgemacht, das Regressprivileg aufzuheben, weil nämlich das Verhältnis zwischen den Gebäudeversicherungen und den Haftpflichtversicherungen auf dem Spiel steht und weniger das direkte Verhältnis zwischen dem Mieter und der Gebäudeversicherung.

Das Regressprivileg basiert ja auf dem Gedanken, dass die Versicherung nicht auf die Personen Rückgriff nehmen soll, gegen die Versicherte selber keine Schadenersatzansprüche stellen würden. In diesem Sinne wird das Regressprivileg in Artikel 95c Absatz 3 denn auch richtigerweise auf Personen eingeschränkt, die in einer engen Beziehung zum Versicherten stehen. Nicht klar ist, ob jetzt Mieter und Pächter darunterfallen oder nicht. Seitens der Gebäudeversicherungen wird eine Klärung dieser Frage verlangt.

Das Regressprivileg für Mieter würde bedeuten, dass die öffentlichen Gebäudeversicherungen im Falle einer fahrlässigen Brandverursachung durch den Mieter – nehmen wir an, der Mieter vergisst, in der Nacht den Adventskranz beziehungsweise die Kerze zu löschen, und es kommt zu einem Vollbrand – nicht auf den Mieter beziehungsweise nicht auf die Haftpflichtversicherung des Mieters zurückgreifen können, mit der Folge, dass dann die Solidargemeinschaft aller Eigentümer den Schaden bezahlt. Die Optik der öffentlichen Gebäudeversicherungen ist ja die, dass aus diesem Dreiecksverhältnis, in dem die öffentlichen Gebäudeversicherungen tätig sind, nämlich Prävention, Intervention und Versicherung, eigentlich günstige Prämien für die Solidargemeinschaftler, Eigentümerinnen und Eigentümer, entstehen. Wenn die Gebäudeversicherung nicht die Möglichkeit hat, auf die Haftpflichtversicherung der Mieter zurückzugreifen, dann hat das letztendlich Konsequenzen bei den Prämien für alle bei den Gebäudeversicherungen obligatorisch Versicherten.

Nun hat diese Streichung des Regressprivilegs letztlich auch nichts mit Mieterschutz zu tun. Was hat es mit Mieterschutz zu tun, wenn, um noch ein Beispiel aufzuzeigen, einer die Pfanne auf dem Herd stehenlässt und nicht für den entstandenen Schaden zur Verantwortung gezogen wird? Einem Hauseigentümer, der vergisst, die Kerzen auf dem Adventskranz zu löschen, sodass es zu einem Vollbrand kommt, wird man nämlich die Leistung kürzen. Ich sehe keinen Grund, weshalb der Eigentümer sogar schlechter gestellt werden soll als der Mieter. Insofern ist das Mieterschutz-Argument wohl nicht richtig. Die Überlegungen sind dahingehend, dass die obligatorischen öffentlichen Gebäudeversicherungen auch gegen die Haftpflichtversicherung eines Mieters Regressansprüche stellen können.

Zu diesem Zweck beantragt Ihnen die Kommissionsmehrheit, eine Klärung herbeizuführen.

Rechsteiner Paul (S, SG): Ich möchte nur kurz auf Kollege Engler replizieren. Seinen Argumenten wäre zu folgen, wenn es heissen würde, dass bei Fahrlässigkeit kein Regress stattfindet. Aber es heisst hier ausdrücklich, dass es nur leichte Fahrlässigkeit ist. Der Fall des Adventskranzes oder der Herdplatte ist kein Fall von leichter Fahrlässigkeit, sondern es ist dann mindestens gewöhnliche Fahrlässigkeit. Oft wird das sogar als grobe Fahrlässigkeit bezeichnet, dort gibt es dieses Privileg nicht. Es ist nur leichte Fahrlässigkeit gemeint. In diesem Sinne meine ich, dass der Bundesrat gut daran getan hat, diesen Vorschlag in die Vernehmlassung zu geben und daran festzuhalten, wie es auch der Nationalrat getan hat. In diesem Sinne meine ich, dass hier die ursprüngliche Fassung die richtige ist.

Maurer Ueli, Bundespräsident: Der Bundesrat beantragt Ihnen bei Artikel 95c Absatz 3 Buchstabe c, dass das Regressrecht für Versicherer auf Personen ausgedehnt wird, die vom Versicherten ermächtigt sind, die versicherte Sache zu nutzen. Das entspricht grundsätzlich dem geltenden Recht und hat sich in der Praxis so bewährt.

Die Fassung Ihrer Kommission, bei der Buchstabe c gestrichen werden soll, würde heissen, dass der Richter in Zukunft im Einzelfall zu entscheiden hat, ob es sich beim Nutzer um eine Person handelt, die in enger Beziehung zum Versicherten handelt. Es braucht also eine zusätzliche Abklärung für den Einzelfall. Damit kann man selbstverständlich auch leben, aber es ist eher eine Verkomplizierung.

Ich würde Ihnen eigentlich hier auch empfehlen, dem Bundesrat und dem Nationalrat zu folgen und damit beim Verständnis des geltenden Rechts zu bleiben, das sich in der Praxis bewährt hat. Der Streichungsantrag Ihrer Kommission bringt meiner Meinung nach nicht unbedingt Klarheit, sondern verpflichtet den Richter, im Einzelfall zu klären, ob



AB 2019 S 772 / BO 2019 E 772

die Person in enger Beziehung zum Versicherten stand oder nicht.

Die Zustimmung zur Fassung des Bundesrates und des Nationalrates würde im Hinblick auf die künftigen Verhandlungen auch dazu führen, dass Sie hier keine Differenz schaffen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission ... 24 Stimmen

Für den Antrag Rechsteiner Paul ... 16 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Art. 96; Gliederungstitel vor Art. 97

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 96; titre précédant l'art. 97

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 97

Antrag der Kommission

... nicht geändert werden: die Artikel 10 Absatz 2, 13, 24, 35b, 41 Absatz 2, 46a, 46b Absätze 1 und 2, 46c Absatz 1, 47, 51, 58 Absatz 4, 60, 73, 74 Absatz 1 sowie 95c Absätze 1 und 2.

Art. 97

Proposition de la commission

... les dispositions suivantes: articles 10 alinéa 2, 13, 24, 35b, 41 alinéa 2, 46a, 46b alinéas 1 et 2, 46C alinéa 1, 47, 51, 58 alinéa 4, 60, 73, 74 alinéa 1 et 95c alinéas 1 et 2.

Angenommen – Adopté

Art. 98

Antrag der Kommission

... geändert werden: die Artikel 1–3a, 6, 9, 11, 14 Absatz 4, 15, 20, 21, 28, 28a, 29 Absatz 2, 30, 32, 34, 35a, 35c, 38c Absatz 2, 39 Absatz 2 Ziffer 2 zweiter Satz, 41a, 42 Absätze 1–3, 44–46, 54–57, 59, 76 Absatz 1, 77 Absatz 1, 89–95a, 95b Absatz 1, 95c Absatz 3 und 96.

Art. 98

Proposition de la commission

... les dispositions suivantes: articles 1 à 3a, 6, 9, 11, 14 alinéa 4, 15, 20, 21, 28, 28a, 29 alinéa 2, 30, 32, 34, 35a, 35c, 38c alinéa 2, 39 alinéa 2 chiffre 2 2e phrase, 41a, 42 alinéas 1 à 3, 44 à 46, 54 à 57, 59, 76 alinéa 1, 77 alinéa 1, 89 à 95a, 95b alinéa 1, 95c alinéa 3 et 96.

Angenommen – Adopté

Art. 98a

Antrag der Kommission

Abs. 1

Die Artikel 97 und 98 gelten nicht bei:

a. Kredit- oder Kautionsversicherungen, soweit es sich um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt, und bei Transportversicherungen;

...

Abs. 2

Als professionelle Versicherungsnehmer gelten:

...





e. öffentlich-rechtliche Körperschaften, Anstalten und Stiftungen mit professionellem Risikomanagement;

...

g. Unternehmen, die bei Vertragsabschluss zwei der drei folgenden Grössen überschreiten:

1. Bilanzsumme: 6,2 Millionen Franken
2. Nettoumsatz: 12,8 Millionen Franken
3. 250 Vollzeitstellen im Jahresdurchschnitt.

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Art. 98a

Proposition de la commission

Al. 1

Les articles 97 et 98 ne s'appliquent pas:

a. aux assurances-crédit et aux assurances de cautionnement, pour autant qu'il s'agisse d'assurances de risques professionnels ou commerciaux ainsi qu'aux assurances-transport;

...

Al. 2

Par preneurs d'assurance professionnels, on entend:

...

e. les établissements, institutions et fondations de droit public disposant d'une gestion professionnelle des risques;

...

g. les entreprises qui dépassent deux des montants ci-après lors de la conclusion du contrat:

1. total du bilan: 6,2 millions de francs,
2. chiffre d'affaires net: 12,8 millions de francs,
3. 250 postes à plein temps en moyenne annuelle.

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gliederungstitel vor Art. 100; Art. 101a-101c; 102; 103 Abs. 1; 104; Ziff. Ia, II

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre précédant l'art. 100; art. 101a-101c; 102; 103 al. 1; 104; ch. Ia, II

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 17.043/3110)

Für Annahme des Entwurfes ... 29 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(13 Enthaltungen)

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse

gemäss Brief an die eidgenössischen Räte



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Herbstsession 2019 • Siebente Sitzung • 18.09.19 • 08h15 • 17.043
Conseil des Etats • Session d'automne 2019 • Septième séance • 18.09.19 • 08h15 • 17.043



Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires
selon lettre aux Chambres fédérales

Angenommen – Adopté

AB 2019 S 773 / BO 2019 E 773