

Obligatorische und freiwillige Versicherung durch Privatversicherer in der Schweiz

Bulletin 1/2017

Zürich, Februar 2017

Management Summary

Das Schweizer Recht kennt eine Vielzahl von obligatorischen Versicherungen. Die meisten dieser Versicherungen können auch durch Privatversicherer abgeschlossen werden. Darüber hinaus gibt es mehrere Varianten, wie Privatversicherer obligatorische Versicherungen durch freiwillige ergänzen können. Dieses Bulletin gibt einen Überblick über die Versicherungen, die von Privatversicherern rund um das Versicherungsobligatorium angeboten werden.



Dr. Alois Rimle
Rechtsanwalt, LL.M.

Inhalt

Versicherungsobligatorium.....	2
Freiwillige und obligatorische Versicherung	2
Gesetzlich definierte obligatorische Versicherung	2
Versicherung durch Privatversicherer	2
Unterschiedliche gesetzliche Grundlagen.....	2
Freiwillige Versicherung VVG	3
Obligatorische Versicherung mit VVG-Vollzug	3
Obligatorische Versicherung UVG/KVG.....	3
Freiwillige Versicherung UVG/KVG	3
Versicherungsverbot.....	3
Verhältnis zwischen Versicherungsgesetzen	3
Kontrahierungszwang.....	4
Koordination im Schadenfall.....	5
Ergänzung der obligatorischen Versicherung .	7
Obligatorische Versicherung	7
Komplementäre Privatschadenversicherung.....	7
Umhüllende Privatschadenversicherung.....	8
Komple. und subsidiäre Privatschadenversicherung ...	8
Substituierende Privatschadenversicherung	9
Privatsummenversicherung	9
Privatrückversicherung	9
MFZ-Haftpflichtversicherung.....	10
Obligatorium Haftpflichtversicherung (Übersicht)....	10

Obligatorische Haftpflichtversicherung SVG-VVG.....	10
Umhüllende Versicherung VVG.....	10
Gebäudeversicherung	10
Feuer- und Elementarschadenversicherung (Über.) ..	10
Versicherungsverbot nach kantonalem Recht	11
Oblig. Elementarschadenversicherung VAG-VVG.....	11
Umhüllende Versicherung VVG.....	11
Unfallversicherung	11
Sozialversicherungsrecht (Übersicht)	11
Obligatorium Unfallversicherung (Übersicht)	13
Oblig. und freiw. Unfallversicherung UVG	14
Versicherungsverbot UVG	15
Unfallzusatzversicherung VVG	15
Krankenversicherung	16
Obligatorium Krankenversicherung (Übersicht)	16
Oblig. und freiw. Krankenversicherung KVG.....	18
Krankenzusatzversicherung VVG	18
Substituierende Krankenversicherung KVG-VVG	20
Berufliche Vorsorge-Versicherung.....	23
Obligatorium BVG-Versicherung (Übersicht).....	23
„Rückversicherung VVG“	25
Literaturverzeichnis	25
Abkürzungsverzeichnis.....	25

Versicherungsobligatorium

Freiwillige und obligatorische Versicherung

Jede Person kann grundsätzlich frei entscheiden, ob sie eine Versicherung abschliessen will oder nicht. Versicherungen sind für gewöhnlich *freiwillig*. Freiwillige Versicherungen werden überwiegend von Privatversicherern angeboten.

Einzelne Versicherungen sind dagegen *obligatorisch* ausgestaltet. Sie sind gesetzlich vorgeschrieben. In der Schweiz dienen obligatorische Versicherungen vor allem der Deckung von Risiken, die, wenn sie sich verwirklichen, negative Auswirkungen auf die Gesellschaft haben können. Obligatorische Versicherungen sind vor allem Sozial-, Haftpflicht- und Sachversicherungen. Das Versicherungsobligatorium ist öffentlich-rechtlicher Natur. Obligatorische Versicherungen werden je nach Ausgestaltung durch öffentlich-rechtliche Versicherungsträger oder Privatversicherer abgeschlossen.

Gesetzlich definierte obligatorische Versicherung

Bei der obligatorischen Versicherung ist der Versicherungsschutz gesetzlich definiert: Das Gesetz bestimmt, welche Risiken und Interessen zwingend versichert werden müssen und welche Versicherungsdeckung zu gewähren ist und teilweise auch welche Versicherungsprämien erhoben werden dürfen.

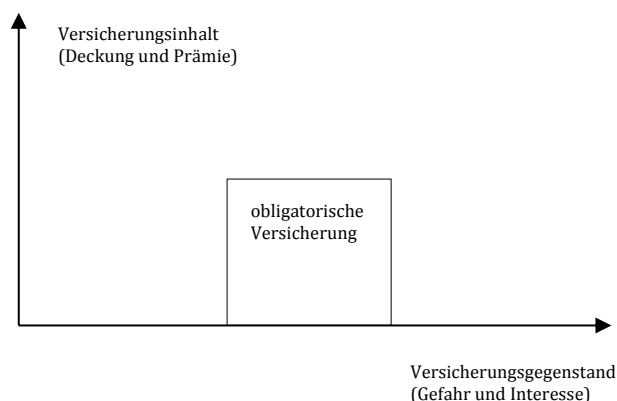
Die obligatorische Versicherung bezieht sich überwiegend auf folgende Arten von Risiken und Interessen (Gegenstand):

- Soziale Risiken wie Krankheit, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Mutterschaft, Invalidität, Familienlasten, Alter, Hinterlassensein, Arbeitslosigkeit;
- Haftpflicht der Halter von Motorfahrzeugen, Flugzeugen, Schiffen, Betreibern von Kernanlagen etc.; Berufshaftpflicht von Ärzten, Anwälten, Versicherungsvermittler etc.;
- Gebäudeschäden infolge von Feuer und Elementarereignissen.

Bei der obligatorischen Versicherung sind der Versicherungsschutz und teilweise auch die Prämie (Inhalt) gesetzlich definiert. Der Gesetzgeber bestimmt, welche Arten von Leistungen bis zu welcher Höhe (Versicherungssumme) zu erbringen sind und wel-

che Ausschlüsse bestehen. Zudem können Vorschriften betreffend Versicherungsprämie bestehen. Die Versicherungspolice eines Privatversicherers muss im Fall einer obligatorischen Versicherung genau jene Risiken versichern und genau jene Deckung gewähren, welche gesetzlich vorgeschrieben sind.

Die obligatorische Versicherung kann betreffend Gegenstand und Inhalt vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



Versicherung durch Privatversicherer

Unterschiedliche gesetzliche Grundlagen

Ein Privatversicherer ist als Versicherungsunternehmen dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstellt und wird von der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA (FINMA) beaufsichtigt.

Im Fall von freiwilligen Versicherungen schliesst der Privatversicherer Versicherungsverträge auf der Grundlage des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ab. Die Versicherung beruht auf Vertrag; es besteht grundsätzlich Vertragsfreiheit. Die Geschäftstätigkeit richtet sich nach VVG und VAG.

Im Fall der obligatorischen Versicherung muss der Privatversicherer im Rahmen seiner Geschäftstätigkeit neben dem VVG und VAG noch weitere Versicherungsgesetze beachten. Die obligatorische Versicherung beruht überwiegend auf anderen öffentlich-rechtlichen Gesetzen, z.B. auf dem Unfallversicherungsgesetz (UVG), dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) oder dem Strassenverkehrsgesetz (SVG). Wenn Privatversicherer obligatorisches Versicherungsgeschäft betreiben, sind oftmals verschiedene Versicherungsgesetze nebeneinander anwendbar

und mehrere Aufsichtsbehörden parallel zuständig (siehe hinten).

Freiwillige Versicherung VVG

Ein Versicherungsobligatorium ist gesetzlich definiert. Wo kein Versicherungsobligatorium besteht, d.h. ausser- und oberhalb einer obligatorischen Versicherung, können Privatversicherer grundsätzlich freiwillige Versicherung nach VVG anbieten. Sie können ausser- und überobligatorische Versicherungsdeckung offerieren. Das gilt unabhängig von der Art des Versicherungsobligatoriums. Vorbehalten bleibt ein allenfalls bestehendes Versicherungsmonopol. Beispielsweise handelt es sich bei der Unfallzusatzversicherung um eine freiwillige Versicherung nach VVG, die von Privatversicherern in Ergänzung zur obligatorischen Unfallversicherung nach UVG abgeschlossen wird.

Freiwillige Versicherungen nach VVG, die in Ergänzung zu einer obligatorischen Versicherung abgeschlossen werden, sind teilweise genehmigungspflichtig. Dies ist beispielsweise bei der Krankenzusatzversicherung der Fall. Sie bedarf der vorgängigen Genehmigung durch die FINMA (Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG).

Obligatorische Versicherung mit VVG-Vollzug

Eine obligatorische Versicherung ergibt sich aus einem öffentlich-rechtlichen Gesetz. Das bedeutet aber nicht, dass die Versicherung zwingend auch nach diesem Gesetz durchgeführt werden muss. Vielmehr ist es häufig so, dass ein öffentlich-rechtliches Gesetz lediglich das Versicherungsobligatorium enthält und die obligatorische Versicherungsdeckung beschreibt, die diesbezügliche Versicherung aber auf der Grundlage des VVG von Privatversicherern durchgeführt wird. Das gilt beispielsweise für die obligatorische MFZ-Haftpflichtversicherung nach SVG. Sie wird von Privatversicherern nach Massgabe des VVG durchgeführt.

Obligatorische Versicherung UVG/KVG

Privatversicherer müssen sich in verschiedenen Fällen einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsgesetz unterstellen, aus dem sich die obligatorische Versicherung ergibt, um diese anbieten zu können. Beispielsweise müssen sich Privatversicherer als UVG-Versicherer registrieren (Art. 68 UVG) oder als KVG-Versicherer bewilligen (Art. 3 KVAG) lassen,

um die obligatorische Unfallversicherung nach UVG bzw. die obligatorische Krankenversicherung nach KVG anbieten zu können. In der Folge sind sie den öffentlich-rechtlichen Versicherungsträgern gewissermassen gleichgestellt. Die Versicherung wird nicht nach VVG, sondern nach UVG bzw. KVG abgeschlossen.

Freiwillige Versicherung UVG/KVG

Öffentlich-rechtliche Versicherungsgesetze können neben der obligatorischen Versicherung auch freiwillige Versicherung beinhalten. Wenn sich Privatversicherer dem öffentlich-rechtlichen Versicherungsgesetz durch eine zusätzliche Registrierung oder Bewilligung unterstellen, sind sie verpflichtet, auch die freiwillige Versicherung nach Massgabe des betreffenden Gesetzes anzubieten. Das gilt beispielsweise für die freiwillige Unfallversicherung von selbständig Erwerbstätigen nach UVG (Art. 4) oder die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG (Art. 67 ff.).

Versicherungsverbot

Wenn zu einer obligatorischen Versicherung ein Versicherungsmonopol hinzutritt, wonach die obligatorische Versicherung nur durch ein bestimmtes öffentlich-rechtliches Versicherungsinstitut abgeschlossen werden darf, besteht kein Raum für Privatversicherer. Im entsprechenden Umfang ist es Privatversicherern verboten, Versicherungsdeckung anzubieten. Beispielsweise besteht in verschiedenen Kantonen ein Versicherungsmonopol im Bereich der Gebäudeversicherung (siehe hinten).

Verstösst ein Privatversicherer durch Abschluss eines entsprechenden Versicherungsvertrags gegen ein bestehendes Versicherungsverbot, so liegt ein widerrechtlicher Vertrag vor. Privatrechtlich ist ein solcher Vertrag gleichwohl gültig. Aufsichtsrechtlich muss der betreffende Privatversicherer aber mit Sanktionen rechnen (Fuhrer, Rz 19.7).

Verhältnis zwischen Versicherungsgesetzen

Ein Privatversicherer ist im Rahmen des Abschlusses von freiwilligen und obligatorischen Versicherungen betreffend Versicherungsprodukt, Versicherungstätigkeit und Versicherungsinstitut etwa folgenden Versicherungsgesetzen unterstellt, wobei sich die rote Markierung auf Privatversicherungsrecht und die blaue Markierung auf öffentliches Versicherungsrecht beziehen:

Bestand	Produkt	Geschäftstätigkeit	Institut
Freiwillige Privatversicherung	Vertrag	VAG+VVG	VAG
obligatorische Sozialversicherung	UVG/KVG	UVG/KVG	VAG
freiwillige Sozialversicherung	UVG/KVG	UVG/KVG	VAG
substituierende Privatversicherung	UVG/KVG	VAG+VVG	VAG
obligatorisch SVG Privatversicherung	SVG	VAG+VVG	VAG

Wenn ein Privatversicherer nur freiwillige Versicherungen nach VVG abschliesst, kommt ausschliesslich Privatversicherungsrecht (VAG und VVG) zur Anwendung. Die Aufsicht erfolgt ausschliesslich durch die FINMA. VAG und VVG sind aufeinander abgestimmt. Es gibt bei dieser Art der Versicherungstätigkeit kein Potential für Konflikte zwischen verschiedenen Versicherungsgesetzen.

Wenn ein Privatversicherer zusätzlich obligatorische Versicherung etwa nach UVG anbietet und im Rahmen dieser Versicherungstätigkeit registriert und dem UVG unterstellt ist, kommen sowohl das UVG als auch das VAG zur Anwendung. Im Rahmen dieser obligatorischen Unfallversicherung richten sich das Produkt und die Geschäftstätigkeit nach UVG und das Institut nach VAG. Die Aufsicht wird zwischen BAG und FINMA entsprechend aufgeteilt; bei Bedarf findet eine Koordination zwischen den beiden Aufsichtsbehörden statt. Bei solchen Konstellationen erscheint das Konfliktpotenzial zwischen verschiedenen öffentlich-rechtlichen Versicherungsgesetzen gering, denn Produkt und Geschäftstätigkeit richten sich nach demselben Gesetz (UVG) und nur das Institut untersteht abweichenden Regeln (VAG).

Wenn ein Privatversicherer obligatorische Versicherung anbietet, diese Versicherung aber nach VVG abwickelt, sind Konflikte hingegen möglich. Dann nämlich richten sich das Produkt nach einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsgesetz und die Geschäftstätigkeit und das Institut nach einem anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungsgesetz. Dies ist beispielsweise bei der substituierenden Krankenversicherung der Fall (siehe hinten). Dabei bestehen Konflikte zwischen sozialversicherungsrechtlichen Produktvorgaben nach KVG und privatrechtlichen Geschäfts- und Institutsvorgaben nach VAG.

Kontrahierungszwang

Unter Kontrahierungszwang versteht man die rechtliche Verpflichtung einer Person, mit einer anderen Person einen Vertrag abzuschliessen. Im Versicherungsrecht stellt sich die Frage, ob ein Privatversicherer verpflichtet ist, einen Versicherungsvertrag mit einer Person abzuschliessen, die unter ein Versicherungsobligatorium fällt. Eine solche Person kann nämlich ihrer Pflicht, eine Versicherung abzuschliessen, nur entsprechen, wenn auch ein Versicherer zur Verfügung steht, der die betreffende Versicherung anbietet.

Wenn sich ein Privatversicherer zusätzlich einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsgesetz unterstellt und das betreffende Versicherungsgeschäft in der Funktion eines öffentlich-rechtlichen Versicherungsträgers betreibt (z.B. obligatorische Unfallversicherung nach UVG), besteht für ihn ohne weiteres ein Kontrahierungszwang. Er muss die gesetzlich vorgeschriebene Versicherungsdeckung anbieten. Das gilt beispielsweise für nach UVG registrierte Privatversicherer, sowohl betreffend obligatorische als auch betreffend freiwillige Unfallversicherung.

Wie verhält es sich aber, wenn Privatversicherer eine obligatorische Versicherung nach den Regeln des VVG durchführen? Im Privatversicherungsrecht gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit und es besteht kein gesetzlich angeordneter Kontrahierungszwang. Dementsprechend kann ein Privatversicherer im Rahmen des Privatversicherungsgeschäfts an sich nicht gezwungen werden, mit einer bestimmten Person eine Versicherung abzuschliessen. Die Frage stellt sich etwa bei der obligatorischen MFZ-Haftpflichtversicherung, wenn ein junger Autolenker wiederholt schwere Unfälle verursacht hat und gleichwohl einen Führerausweis besitzt bzw. den Führerausweis zurückerhalten hat.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts lässt sich der Kontrahierungszwang zwar an sich auch aus den allgemeinen privatrechtlichen Grundsätzen ableiten. Doch ist dies angesichts der fundamentalen Bedeutung des Grundsatzes der Vertragsfreiheit nur mit grosser Zurückhaltung möglich. Das Bundesgericht verlangt, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 129 III 35): (1) Der Unternehmer muss seine Waren und Dienstleistungen öffentlich anbieten. (2) Die angebotenen Güter oder Dienstleistungen müssen zum Normalbedarf gehören. (3) Aufgrund einer starken Marktstellung des Anbieters fehlen dem Konsumenten zumutbare Ausweichmöglichkeiten zur Befriedigung des Normalbedarfs.

(4) Das Unternehmen kann keine sachliche Rechtfertigung für seine Weigerung, Verträge abzuschliessen, vorbringen. Wendet man diese Rechtsprechung auf den Versicherungsmarkt an, so ist eine Anwendung des Kontrahierungszwangs auf Privatversicherer im Rahmen des Privatversicherungsrechts kaum denkbar. Der Kontrahierungszwang käme an sich nur in Frage, wenn alle Privatversicherer sich in gleicher Weise weigern würden, ohne sachliche Rechtfertigung mit einer bestimmten Personengruppe (z.B. junge Autolenker unter 20 Jahre mit einer bestimmten Nationalität) eine MFZ-Haftpflichtversicherung abzuschliessen. Dagegen würde wohl kein Kontrahierungszwang bestehen, wenn sich alle Privatversicherer weigern würden, einem bestimmten rückfälligen Raser Versicherungsschutz zu gewähren (vgl. Fuhrer, Rz 3.63).

Ein Kontrahierungszwang lässt sich im Privatversicherungsrecht auch nicht aus dem Diskriminierungsverbot von Art. 8 Abs. 2 BV ableiten. Einem Privatversicherer kann das Diskriminierungsverbot gemäss Art. 35 Abs. 2 BV nur entgegengehalten werden, wenn er staatliche Aufgaben wahrnimmt. Das Bundesgericht hat deshalb in einem konkreten Fall den zwangsweisen Abschluss einer Krankenzusatzversicherung abgelehnt (BGer 5P.97/2006 vom 1.6.2006).

Koordination im Schadenfall

Koordinationsrecht

Wenn verschiedene Versicherer sowie andere Haftpflichtige für ein und denselben Schaden rechtlich haftbar sind, stellt sich die Frage, ob alle zahlen müssen, sodass der Geschädigte mehr als den Ersatz des erlittenen Schadens erhält, oder ob nur so viel gezahlt werden muss, dass der Geschädigte für den erlittenen Schaden ausreichend entschädigt wird. Im letzteren Fall stellt sich die Frage, wer von mehreren Ersatzpflichtigen in welcher Reihenfolge zahlen muss. Koordination bedeutet Ausgleich zwischen verschiedenen Leistungspflichtigen (Haftpflichtige, Sozialversicherer, Privatversicherer) bei einem identischen Schadenereignis. Das Koordinationsrecht beantwortet im Wesentlichen die Frage, welche Ansprüche ein Geschädigter gegen wen geltend machen kann und wie der Ausgleich unter mehreren Leistungspflichtigen zu erfolgen hat.

Haftpflichtrecht

Für den Fall, dass mehrere Personen für den Schaden eines Dritten haftpflichtig sind (Haftungskon-

kurrenz), gilt haftpflichtrechtlich für das Verhältnis zum Geschädigten (Aussenverhältnis) Solidarität, wonach alle Schädiger auf das Ganze haften. Der Geschädigte kann vorgehen, gegen wen er will. Im Innenverhältnis gilt grundsätzlich die Rangfolge von Art. 51 OR (vgl. Fuhrer, Rz 12.24 ff.).

Sozialversicherer treten nach Art. 72 ATSG zum Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses und bis zur Höhe ihrer Leistungen in die Ansprüche der versicherten Personen und ihre Hinterlassenen ein. Die Subrogation des Sozialversicherers erfolgt bereits zum Zeitpunkt des Ereignisses. Im Umfang dieser Leistungen entstehen keine Haftpflichtansprüche des Geschädigten gegen den Schädiger. Die Sozialversicherer entziehen sich damit der Rangordnung von Art. 51 OR. Dies hat zur Folge, dass die betroffene Person einerseits nicht mehr über den ganzen Haftpflichtanspruch verfügen kann und der Haftpflichtversicherer andererseits nicht mehr in der Lage ist, mit befreiender Wirkung an die versicherte Person zu leisten. Die in erster Linie zur Leistung verpflichteten Sozialversicherer treten im Umfang ihrer Leistungen in die Rechtsstellung der versicherten Person ein; sie werden Gläubiger der anderen leistungspflichtigen (Haftpflicht-)Versicherer (Riemer-Kafka, S. 335).

Zahlt ein Privatversicherer an den Geschädigten, so kann er Regress nehmen auf (1) ausservertraglich haftpflichtige Personen mit Verschulden und (2) Personen, die aus Vertrag haften, wenn Grobfahrlässigkeit vorgeworfen werden kann (Fuhrer, Rz 12.34 ff.; vgl. zum Verschulden BGE 107 II 489, 495 auf der Grundlage von Art. 72 VVG und Art. 51 OR). Das Regressrecht des Privatversicherers gegenüber haftpflichtigen Personen (Art. 72 VVG) gilt nicht nur bei der Sach- und Vermögensversicherung, sondern gemäss Bundesgericht grundsätzlich auch bei der Personenversicherung (Möglichkeit der vertraglichen Abweichung von Art. 96 VVG; BGE 133 III 527; siehe dagegen Fuhrer, Rz 12.4).

Privatversicherungsrecht

Koordinationsrechtlich sind in der Privatversicherung einzig die Schadenversicherungen relevant. Während Schadenversicherungsleistungen an andere Leistungen angerechnet werden müssen, können Summenversicherungsleistungen beliebig mit anderen Leistungen kumuliert werden. Weil eine eindeutige Zuordnung zu Schaden- oder Summenversicherung oftmals schwierig ist, erscheint es empfehlenswert, in den AVB des Privatversicherers ausdrücklich zu regeln, dass bestimmte Leistungen einer

anderen Versicherung anzurechnen sind und die eigenen Leistungen nicht kumulativ erbracht werden (vgl. Art. 12, 75 und 84 E-VVG; siehe hierzu auch Botschaft zur Totalrevision des Versicherungsvertragsgesetzes von 2011).

Im Privatversicherungsrecht wird im Rahmen der Schadenversicherung die Überversicherung dadurch vermieden, dass nur der effektive Schaden bis zur Höhe der Versicherungssumme vom Versicherer übernommen wird. Da für die Prämienbemessung die (zu hohe) Versicherungssumme massgebend ist, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, deren Herabsetzung zu verlangen (Art. 50 VVG; Fuhrer, Rz 11.68).

Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit (Kongruenz) bei mehr als einem Versicherer dergestalt versichert, dass die Versicherungssumme zusammen den Versicherungswert übersteigt, liegt nach Art. 53 Abs. 1 VVG eine *Mehrfachversicherung* vor. Dabei haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht (Art. 71 Abs. 1 VVG). Die gesetzliche Bestimmung gilt nach Bundesgericht nicht nur für die Sachversicherung, sondern grundsätzlich auch für die Vermögensversicherung. Allerdings kann die Bestimmung in der Vermögensversicherung (namentlich in der Haftpflichtversicherung) zu willkürlichen Ergebnissen führen. Gegebenenfalls darf vom Wortlaut des Art. 71 Abs. 1 VVG abgewichen werden (BGE 141 III 539, 545; vgl. auch BSK VVG-Boll, Art. 71 N 1 ff.; Boll/Stöckli, BSK VVG Nachf.Bd.-Boll/Stöckli, Art. 71 ad N 6). Der Versicherungsnehmer hat bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung Anspruch auf den Ersatz des gesamten Schadens; allfällige Selbstbehalte aus einem Vertrag sind durch Leistungen aus dem anderen Vertrag auszugleichen. Dies erfolgt unter zwei Vorbehalten: Erstens deckt eine Schadenversicherung (nur) den entstandenen Schaden. Der Versicherte soll aus dem Schadenereignis keinen wirtschaftlichen Vorteil ziehen können. Zweitens ist ein Versicherer nicht zu einer höheren Leistung als jener verpflichtet, die er als einziger Versicherer erbringen müsste. Die Ersatzpflicht wird mithin beschränkt durch die Versicherungssumme (oder den Schaden, wenn dieser tiefer ausfällt) abzüglich des vereinbarten Selbstbehalts (BGE 141 III 539, 546 f.).

Die Privatversicherer können in einem beschränkten Umfang mittels einer Subsidiärklausel bewirken, dass die Regelung von Art. 71 Abs. 1 VVG nicht zum

Tragen kommt. Dabei handelt es sich um eine vertragliche Bestimmung, wonach die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, wenn ein anderer Versicherer für den gleichen Versicherungsfall leistungspflichtig ist. Auf diese Weise wird eine Mehrfachversicherung nach Art. 71 Abs. 1 VVG vermieden. Hingegen heben sich mehrere Subsidiärklauseln gegenseitig auf, wobei in der Folge wieder Mehrfachversicherung vorliegt (vgl. Fuhrer, Rz 12.17).

Sozialversicherungsrecht

Zweck der Koordination im Sozialversicherungsrecht ist es, die Überversicherung auszuschliessen. Im Sozialversicherungsrecht darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen (Art. 69 ATSG). Es gilt grundsätzlich ein *Überentschädigungsverbot*.

Der *Kongruenzgrundsatz* bildet die Grundlage für jede Koordination im Sozialversicherungsrecht. Er bedeutet, dass nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung, die sich auf das gleiche Ereignis beziehen und die gleiche Person betreffen, miteinander koordiniert werden können. Andernfalls dürfen die Leistungen addiert werden, um anschliessend gekürzt zu werden. Ausschlaggebend ist der Zweck einer Leistung; dieser bestimmt darüber, ob die Leistung mit anderen Leistungen koordiniert wird. Das ATSG (Art. 63 – 75) enthält hinsichtlich der Koordination verschiedene Regeln, die vorbehältlich abweichender Regeln in anderen Gesetzen zur Anwendung kommen. Das ATSG bestimmt, welche Sozialversicherung in welcher Reihenfolge (und allenfalls in welchem Umfang) zu leisten hat bzw. vorleistungspflichtig ist, wobei allenfalls ein Rückforderungsanspruch besteht. Je nach Leistungsart gibt es verschiedene Koordinationsgrundsätze (siehe Bollier, S. 774; Riemer-Kafka, S. 321 ff.).

Verhältnis zu Arbeitgebern

Der arbeitsrechtliche Anspruch besteht nachrangig gegenüber den Sozialversicherern, jedoch vorrangig gegenüber allen anderen in Art. 51 OR genannten Gruppen.

Eine Kumulation von Leistungen der Sozialversicherungen mit der Lohnfortzahlungspflicht wird so gehandhabt, dass entweder die Lohnfortzahlungspflicht durch eine obligatorische Sozialversicherung abgelöst wird (wenn die Sozialversicherungsleistungen mindestens 80 Prozent des Lohnes abdecken, Art. 324b Abs. 1 OR) oder die Sozialversicherungsleistungen erst nach Ablauf der Lohnfortzahlungs-

pflicht des Arbeitgebers einsetzen (siehe Art. 26 Abs. 2 BVG; Riemer-Kafka, S. 331).

Zwischen Sozialversicherer und Privatversicherer

Zwischen Sozialversicherung und Privatversicherung besteht grundsätzlich uneingeschränkte Kumulation. Dabei stellen die AVB der Privatversicherung in der Regel ihrerseits Koordinationsregeln zur Vermeidung der Überversicherung auf (siehe Riemer-Kafka, S. 331). In welchem Verhältnis eine Privatversicherungsleistung zu einer Sozialversicherungsleistung steht, muss letztlich durch Auslegung der AVB bestimmt werden (siehe unten).

Quotenvorrecht

Schliesslich ist das Quotenvorrecht des Geschädigten zu berücksichtigen. In den Fällen, in denen der Haftpflichtige zufolge Reduktion nicht den vollen Schaden übernimmt, stellt sich die Frage, wer den Restschaden tragen soll, der Geschädigte oder der Versicherer. Die folgende Regelung nach Art. 88 SVG gilt für das gesamte Haftpflichtrecht (BGE 117 II 609, 627): „Wird einem Geschädigten durch Versicherungsleistungen der Schaden nicht voll gedeckt, so können Versicherer ihre Rückgriffsrechte gegen den Haftpflichtigen oder dessen Haftpflichtversicherer nur geltend machen, soweit dadurch der Geschädigte nicht benachteiligt ist.“ Der Geschädigte soll auf den ganzen 100%igen Schaden Anspruch haben, der Versicherer aber nur auf den gekürzten Regress. Das Quotenvorrecht gilt in Bezug auf kongruente Schadenposten sowohl im Bereich der Privat- als auch der Sozial- und der kantonalen Gebäudeversicherungen (Fuhrer, Rz 12.28; Riemer-Kafka, S. 337 ff.).

Koordinationsbestimmungen in AVB

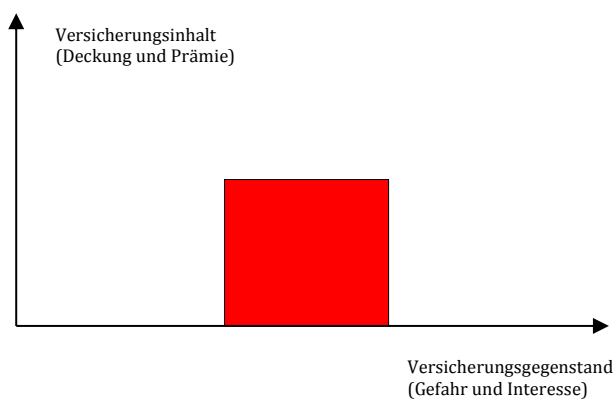
Es ist aus Sicht des Privatversicherers oftmals empfehlenswert, in den AVB ausdrücklich festzuhalten, um welche Art von Versicherung es sich handelt (Schaden- oder Summenversicherung) und wie sich eine Schadenversicherung im Verhältnis zu anderen Versicherungen verhält (d.h. Komplementärklausel und/oder Subsidiärklausel) (siehe Fuhrer, Rz 12.1 ff.). Beispielsweise können Taggelder oder Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit in der Unfallzusatzversicherung VVG (siehe hinten) in beiden Formen vereinbart werden. In gerichtlichen Verfahren stellt sich im Einzelfall oftmals die Frage, wie eine Leistung zu qualifizieren ist.

Ergänzung der obligatorischen Versicherung

Obligatorische Versicherung

Bei der obligatorischen Versicherung handelt es sich um eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherung. Der Gegenstand der Versicherung, d.h. die versicherten Risiken und Interessen, und der Inhalt der Versicherung, d.h. die Deckung und Prämie, sind durch das Gesetz vorgegeben. Obligatorische Versicherungen können in der Regel auch durch Privatversicherer abgeschlossen werden.

Die obligatorische Versicherung (durch Privatversicherer) kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



Komplementäre Privatschadenversicherung

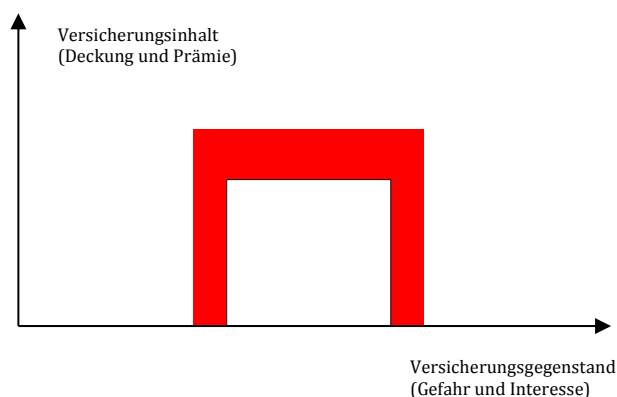
Eine obligatorische Versicherung ist hinsichtlich Gegenstand und Inhalt begrenzt. Was nicht unter das Versicherungsobligatorium fällt, kann freiwillig durch komplementäre Privatschadenversicherung versichert werden. Es steht Privatversicherern frei, Versicherungsdeckung ausser- und/oder oberhalb der obligatorischen Versicherung anzubieten. Dabei wird die obligatorische Versicherung „aufgestockt“. Es können zusätzliche oder ausgenommene Risiken und Interessen oder Versicherungsdeckung oberhalb von Leistungsgrenzen und teilweise auch innerhalb von Selbstbehalten versichert werden. In diesen Bereichen besteht grundsätzlich Vertragsfreiheit.

Eine komplementäre Privatschadenversicherung setzt die primäre obligatorische Versicherung voraus; ansonsten ist aus dem komplementären Vertrag keine Leistung geschuldet (Komplementärklausel; siehe Fuhrer, Rz 12.21 ff.).

Bei der komplementären Privatschadenversicherung werden der obligatorische und der freiwillige Be-

reich getrennt und durch separate Verträge versichert. Die obligatorische Versicherung und die komplementäre Privatschadenversicherung beruhen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und werden durch verschiedene Versicherer abgeschlossen. In der Kranken- und Unfallversicherung erbringen die Versicherungsträger nach UVG/KVG nur die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen. Die komplementäre Schadenversicherung nach VVG ist dabei die einzige Möglichkeit, eine zusätzliche Versicherungsdeckung im Sinne einer eigentlichen Zusatzversicherung abzuschliessen (Bollier, S. 728).

Die komplementäre Privatschadenversicherung kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



Umhüllende Privatschadenversicherung

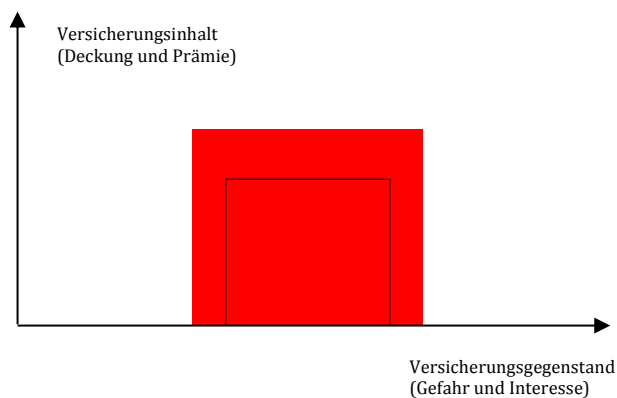
Privatversicherer, die eine obligatorische Versicherung anbieten, können die obligatorische Versicherungsdeckung erweitern und darüber hinaus freiwillig Versicherungsdeckung anbieten.

Der obligatorische und der freiwillige Teil der Versicherung beruhen auf derselben Rechtsgrundlage; die Versicherung wird von demselben Versicherer abgeschlossen. Man spricht von einer umhüllenden Versicherungslösung. Eine solche besteht beispielsweise in der beruflichen Vorsorge (obligatorischer und überobligatorischer Teil) oder in der MFZ-Versicherung (vgl. Bollier, S. 727).

Bei der umhüllenden Privatversicherung muss stets sichergestellt werden, dass der obligatorische Bereich nach Gesetz erfüllt und nicht verletzt wird (Bollier, S. 727). Wenn ein Privatversicherer eine erweiterte Versicherungsdeckung anbietet, muss grundsätzlich aus den Versicherungsunterlagen hervorgehen, dass die obligatorische Versicherung gesetzeskonform besteht. Soweit gesetzlich erforderlich, muss die obligatorische Versicherung getrennt geregelt werden. Zum Beispiel muss bei der kombinierten Feuer- und Elementarschadenversicherung

die Prämie für Elementarschäden getrennt ausgewiesen wird (Art. 178 Abs. 2 AVO).

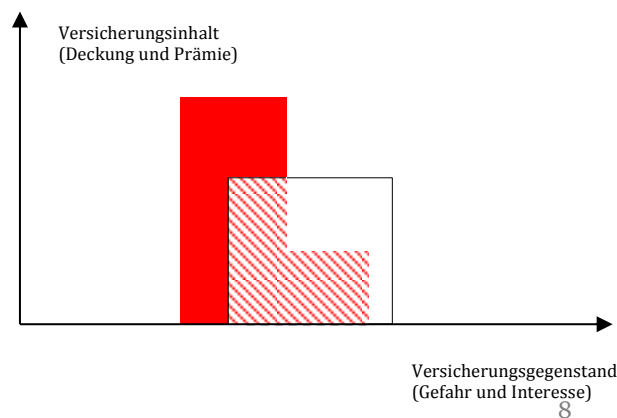
Die umhüllende Privatschadenversicherung kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



Komple. und subsidiäre Privatschadenversicherung

Privatversicherer können eine private Schadenversicherung anbieten, die im Verhältnis zu einer allenfalls bestehenden obligatorischen Versicherung komplementär und subsidiär besteht. Mit anderen Worten sollen die Versicherungsleistungen nur komplementär zu einer bestehenden obligatorischen Versicherungsleistung erbracht werden (keine doppelte Versicherung). Sie sollen hingegen umfassend erbracht werden, wenn keine obligatorische Versicherung besteht. Anders als bei der komplementären Privatschadenversicherung wird für die Leistungspflicht keine primäre obligatorische Versicherung vorausgesetzt. Beispielsweise können Privatversicherer im Rahmen einer kombinierten Versicherung unter anderem private Unfall- oder Krankenversicherungsdeckung anbieten, wobei die Versicherungsnehmer mehrheitlich, aber nicht immer über eine entsprechende Grundversicherung verfügen. In diesem Fall wird man m.E. im Zweifelsfall von einer komplementären und subsidiären Privatschadenversicherung ausgehen dürfen.

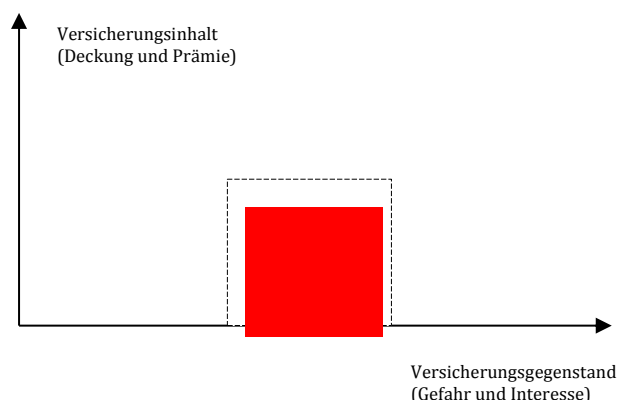
Die komplementäre und subsidiäre Privatschadenversicherung kann wie folgt dargestellt werden:



Substituierende Privatschadenversicherung

In der sozialen Krankenversicherung ist es vereinzelt möglich, von der obligatorischen Versicherung befreit zu werden, wenn stattdessen eine entsprechende Privatversicherung abgeschlossen wird. Dabei wird die nicht anwendbare soziale Krankenversicherung durch eine Privatschadenversicherung substituiert (siehe hinten).

Die substituierende Privatschadenversicherung durch Privatversicherer kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



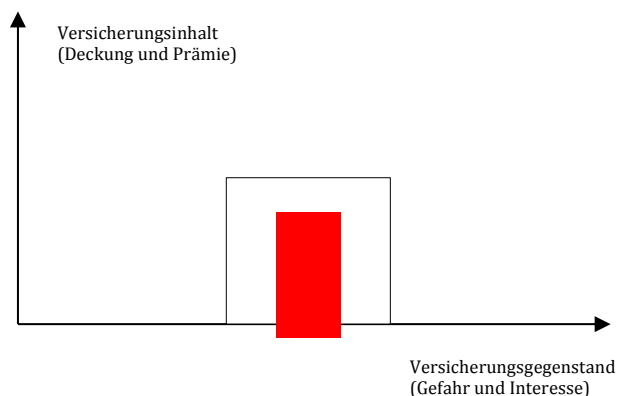
Privatsummenversicherung

Bei der privaten Summenversicherung sind die Versicherungsleistungen unabhängig davon geschuldet, ob das versicherte Ereignis einen Schaden im Rechtssinne bewirkt hat und wie hoch dieser allenfalls ist. Im Unterschied dazu ist bei der Schadenversicherung die Leistung dazu bestimmt, einen Schaden ganz oder teilweise auszugleichen, der als Folge des versicherten Ereignisses eintritt und der eine selbstständige Voraussetzung der Leistungspflicht und gleichzeitig das Kriterium für die Bemessung der Leistung ist (BGE 128 III 34, 36). Ob eine Schaden- oder eine Summenversicherung vorliegt, ist grundsätzlich für jede versicherte Leistung einzeln zu beurteilen. Dabei kommt es auf den Willen der Parteien an.

Leistungen aus Summenversicherungen können beliebig mit anderen Leistungen kumuliert werden. Koordinationsrechtlich ist einzig die Schadenversicherung relevant. Bei der Summenversicherung spielt es dagegen keine Rolle, ob ein allfälliger Schaden bereits anderweitig ersetzt worden ist. Der Versicherer hat die eigene Leistung kumulativ zu allfälligen anderen Ansprüchen zu erbringen (vgl. Art. 12, 75 und 84 E-VVG). Das gilt auch, wenn es sich bei

den anderen Leistungen um Leistungen aus einer obligatorischen Versicherung handelt. Dementsprechend hat ein Sozialversicherer, der eine Leistung erbracht hat, keinen Regressanspruch gegen den privaten Summenversicherer. Vorbehalten bleiben allenfalls Missbrauchsfälle.

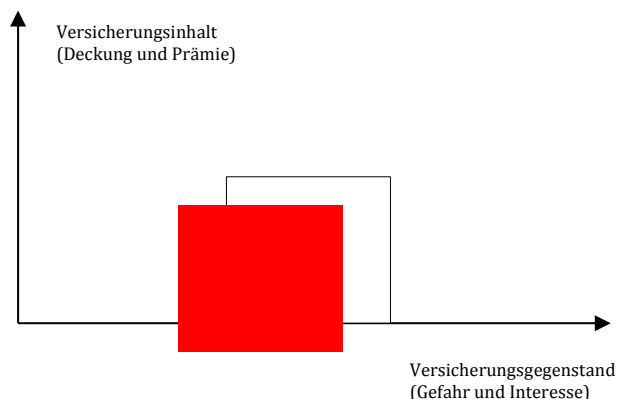
Die Summenversicherung eines Privatversicherers, die zusätzlich zu einer obligatorischen Versicherung besteht, kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



Privatrückversicherung

Bei der privaten Rückversicherung wird das obligatorisch versicherte Risiko ganz oder teilweise an einen Rückversicherer transferiert. Ein Sonderfall einer solchen Rückversicherung stellt die Kollektivlebensversicherer in der beruflichen Vorsorge dar (siehe hinten).

Die Privatrückversicherung einer obligatorischen Versicherung kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



MFZ-Haftpflichtversicherung

Obligatorium Haftpflichtversicherung (Übersicht)

Es gibt eine Vielzahl von obligatorischen Haftpflichtversicherungen. Dabei ist insbesondere die obligatorische MFZ-Haftpflichtversicherung auf Bundesebene zu erwähnen (siehe nachfolgend). Ein bundesrechtliches Versicherungsobligatorium besteht auch für die Flugfahrzeughaftpflichtversicherung (Art. 70 und 71 LFG) mit teilweise vorgeschriebenem Vertrags-Wording (siehe LFV). Es bestehen zahlreiche weitere obligatorische Haftpflichtversicherungen, z.B. für Eisenbahn-Netzbenutzer, Luftseilbahnen, Skilifte und ähnliche Transportanlagen, Schiffe, Hängegleiter, Jäger, Fallschirme, Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Anwälte, Versicherungsvermittler, Vermittler von Konsumkrediten, Pflegeeltern, künftige Adoptiveltern, private Heime, Schausteller und Zirkusbetreiber, Xenotransplantationen, Kernanlagen, Stauanlagen oder Rohrleitungsanlagen (siehe Fuhrer, Rz 20.22).

Obligatorische Haftpflichtversicherung SVG-VVG

Versicherungsart

Es darf kein Motorfahrzeug in den öffentlichen Verkehr gebracht werden, bevor eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen worden ist (Art. 63 Abs. 1 SVG). Die Versicherung deckt die Haftpflicht des Halters und der Personen, für die er gesetzlich verantwortlich ist. Der Minimalinhalt der Versicherung ergibt sich aus dem SVG (Art. 63 ff.) und der dazugehörigen Verordnung. Von der obligatorischen Versicherungsdeckung können nur einzelne, im Gesetz definierte Ansprüche ausgeschlossen werden (Art. 63 Abs. 2 und 3 SVG). Die obligatorische Versicherung nach SVG wird ausschliesslich durch Privatversicherer angeboten.

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Für die Durchführung der Versicherung gelten die Bestimmungen des VVG und VAG. Zusätzlich kommt das SVG zur Anwendung, welches die obligatorische Versicherung definiert. Der Privatversicherer muss lediglich über eine Versicherungsbewilligung nach VAG für den Versicherungszweig B10 verfügen. Die in der Schweiz zum Betrieb der MFZ-Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer bilden und betreiben gemeinsam das Nationale Ver-

sicherungsbüro und den nationalen Garantiefonds. Die entsprechenden Aufwendungen werden durch jährliche Beiträge der Halter von Motorfahrzeugen finanziert (Art. 74, 76 und 76a SVG, Art. 39 ff. VVV). Der private MFZ-Haftpflichtversicherer untersteht ausschliesslich der Aufsicht der FINMA.

Versicherungsdeckung

Die Privatversicherer, die Halter von Motorfahrzeugen in der Schweiz gegen Haftpflicht versichern, müssen zwingend jene Versicherungsdeckung anbieten, die nach SVG minimal vorgeschrieben ist. Bei der obligatorischen Haftpflichtversicherung SVG-VVG handelt es sich um eine *Mindestversicherung*. Deren Umfang wird vom Bundesrat bestimmt. Er bestimmt die Beträge, die als Ersatzansprüche der Geschädigten aus Personen- und Sachschäden von der Haftpflichtversicherung gedeckt werden müssen (Art. 64 SVG). Die Haftpflichtversicherung muss die Ersatzrechte der Geschädigten mindestens bis zum Betrag von 5 Millionen Franken je Unfallereignis für Personen- und Sachschäden zusammen decken (Art. 3 Abs. 1 VVV).

Umhüllende Versicherung VVG

Die Mindestversicherung der obligatorischen Haftpflichtversicherung SVG-VVG wird regelmässig durch freiwillige ausser- und/oder überobligatorische Privatzusatzversicherung ergänzt. Dabei wird die obligatorische und freiwillige Versicherung durch denselben Privatversicherer angeboten (umhüllende Versicherung). Es handelt sich um eine Versicherung privatrechtlicher Natur nach den Vorschriften des VVG und VAG.

Gebäudeversicherung

Feuer- und Elementarschadenversicherung (Übersicht)

Die meisten Kantone haben eine öffentlich-rechtliche Anstalt errichtet, bei welcher alle Gebäude obligatorisch gegen Feuer und Elementarschäden zu versichern sind. Dabei handelt es sich um folgende Kantone: AG, AI (beschränkt auf Bezirk Obereggen), AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, SO, TG, VD, ZG, ZH. In zwei Kantonen besteht auch für die Hausratversicherung ein Versicherungsobligatorium mit Versicherungsmonopol (Nidwalden und Waadt).

In einigen Kantonen ist der Abschluss einer Feuer- und Elementarschadenversicherung zwar obligatorisch, es besteht aber keine kantonale Monopolanstalt. Dabei handelt es sich um folgende Kantone: OW (begrenzt auf Wohngebäude), SZ und UR.

In wieder anderen Kantonen bestehen keine Vorschriften zur Gebäudeversicherung (weder Obligatorium noch Monopol). Die Versicherung ist freiwillig. Es handelt sich um folgende Kantone: AI (ausserhalb Bezirk Oberegg), GE, TI, VS.

Versicherungsverbot nach kantonalem Recht

In jenen Kantonen, in denen eine öffentlich-rechtliche Monopolanstalt besteht, gibt es keinen Raum für Privatversicherer. Es ist ihnen verboten, private Versicherungsdeckung für Feuer- und Elementarschäden bei Gebäuden auf dem betreffenden Kantonsgebiet anzubieten. Die „monopolisierte“ Versicherungsdeckung ergibt sich aus dem kantonalen öffentlichen Recht.

Oblig. Elementarschadenversicherung VAG-VVG

Versicherungsart

In jenen Kantonen, in denen kein Versicherungsmonopol besteht, wird die Gebäudeversicherung gegen Feuer und Elementarschäden von Privatversicherern angeboten. Die Gebäudeeigentümer können sich in diesen Kantonen nur auf dem privaten Markt eindecken. Je nach Kanton ist der Abschluss der privaten Gebäudeversicherung obligatorisch oder freiwillig.

Ein Privatversicherer, der in der Schweiz gelegene Sachen (Gebäude und Fahrhabe) gegen Feuer versichert, muss diese Sachen zwingend auch gegen Elementarschäden zum Vollwert versichern (Art. 33 Abs. 1 VAG und Art. 171 Abs. 1 AVO). Es besteht eine bedingt obligatorische Elementarschadenversicherung für private Gebäudeversicherer. Dies entspricht einem im internationalen Vergleich einzigartigen System der Elementarschadenversicherung (vgl. Fuhrer, Rz 19.4 ff.).

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Soweit kein kantonales Versicherungsmonopol besteht, richtet sich die Gebäudeversicherung nach den Bestimmungen des VAG und VVG. Der private Gebäudeversicherer muss lediglich über eine Versicherungsbewilligung nach VAG (Versicherungszweig B8) verfügen. Er untersteht der Aufsicht der FINMA.

Versicherungsdeckung

Die obligatorische Elementarschadenversicherung muss von den Privatversicherern so abgeschlossen werden, wie sie nach VAG und AVO vorgeschrieben ist. Sie bezieht sich auf alle Gebäude mit Ausnahme der Bauten gemäss Art. 172 AVO sowie auf das Feuerrisiko in Kombination mit verschiedenen Elementarschäden. Deckungsumfang und Prämientarif sind für alle Privatversicherer einheitlich und verbindlich geregelt (Art. 33 Abs. 2 VAG). Es bestehen Vorschriften über Deckungsausschlüsse, Selbstbehalt und Leistungsbegrenzung. Trotz regionalen Risikounterschieden werden im ganzen Land die gleichen Prämien erhoben (Art. 171 – 181 AVO; vgl. BSK VAG-Frey, Art. 33 N 1 ff.).

Umhüllende Versicherung VVG

Wenn Privatversicherer Gebäude gegen Feuer und Elementarschäden versichern (kein kantonales Versicherungsmonopol), sind sie m.E. nicht auf die obligatorische Versicherung beschränkt. Sie können über die obligatorische Versicherungsdeckung hinaus ergänzende freiwillige Versicherung anbieten (umhüllende Versicherung). Dabei gilt grundsätzlich das Prinzip der Vertragsfreiheit. Die ergänzende Versicherung kann ausserobligatorisch (zusätzliche Risiken und Interessen) und/oder überobligatorisch (zusätzliche Versicherungsdeckung) ausgestaltet werden. Es handelt sich um eine Versicherung privatrechtlicher Natur nach den Vorschriften des VVG und VAG.

Unfallversicherung

Sozialversicherungsrecht (Übersicht)

Die Sozialversicherung ist ein Mittel zur Erreichung der sozialen Sicherheit. Darunter wird die Absicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen von mehr oder weniger vorhersehbaren Risiken verstanden, welche den Menschen in seiner Person unmittelbar treffen und seine wirtschaftliche Existenz gefährden können.

Durch die Sozialversicherung werden soziale Risiken versichert, nämlich Krankheit, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, Mutterschaft, Invalidität, Familienlasten, Alter, Hinterlassensein und Arbeitslosigkeit (Riemer-Kafka, S. 7 und 9). Die Sozialversicherung ist für die gesamte Bevölkerung oder wenigstens für gewisse Bevölkerungskreise (z.B. Arbeitnehmer)

durch Gesetz obligatorisch erklärt. Das Versicherungsobligatorium ist mit dem Ziel der Rechts- und Chancengleichheit verknüpft, dient aber auch der Verhinderung der Risikoselektion (sog. Antiselektion) durch die Versicherungsträger. Es verleiht an sich jeder Person, auch bei bereits eingetretenem Risiko, einen Aufnahmeanspruch und bindet somit auch sog. „schlechte Risiken“ (Alte, Frauen, Kranke, Invalide) in die Versicherungsgemeinschaft ein, die wegen ihres Zustandes vielleicht mehr Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

Das Sozialversicherungsrecht gehört zum Verwaltungsrecht. Es stellt damit öffentliches Recht dar. Der Staat bestimmt mittels öffentlich-rechtlicher Bundesgesetze, wer wie viele Beiträge bezahlen muss. Auf der anderen Seite hat die anspruchsberechtigte Person ein Recht auf Leistungen gegenüber dem Staat oder dem Versicherungsträger, der mit der Durchführung öffentlich-rechtlicher Bestimmungen beauftragt worden ist (Bollier, S. 728). Die Sozialversicherung ist eine obligatorische Personenversicherung des öffentlichen Rechts. Sie ist eine staatliche Einrichtung. Insbesondere weil die Unterstellung zwingend gesetzlich geregelt ist und der Anschluss (abgesehen von wenigen Ausnahmen) von Gesetzes wegen erfolgt, ist das Rechtsverhältnis in der Sozialversicherung öffentlich-rechtlicher Natur (Riemer-Kafka, S. 10 f.). Sozialversicherungsrecht ist öffentliches Recht, auch wenn ein erheblicher Teil der Sozialversicherungsträger privatrechtlich organisiert ist und auch das vertragliche Verhältnis privatrechtlich zustande kommt (z.B. Beitritt zu Krankenkasse) (Riemer-Kafka, S. 10).

Es ergibt sich, dass Sozialversicherung zu einem wesentlichen Teil obligatorische Versicherung ist. Die Personen sind zwingend, d.h. von Gesetzes wegen versichert. Das UVG, das KVG und das BVG werden in einem Minimalbereich zwingend erklärt. Diese Gesetze stellen die Rahmenbedingungen bzw. Minimalleistungen fest; sie müssen zwingend eingehalten und dürfen nicht verletzt werden. Darüber hinaus können für die versicherten Personen bessere Bedingungen formuliert und Leistungen versichert werden. Dieser überobligatorische bzw. ausserobligatorische Bereich ist freiwillig (Bollier, S. 727).

Die Sozialversicherung ist immer nur Personenversicherung. Sie deckt den Schaden der versicherten Person für gewöhnlich nicht zu 100 Prozent. Dadurch soll die Eigenverantwortung gefördert und die Attraktivität von Versicherungsleistungen (moral

hazard-Verhalten) vermindert werden (Riemer-Kafka, S. 2).

Auch Privatversicherer können im Bereich der Sozialversicherung tätig sein. Es handelt sich aber auch in diesen Fällen um eine öffentlich-rechtliche Aufgabe. Wenn zur Erfüllung von öffentlich-rechtlichen Aufgaben private Trägerschaften herangezogen werden, spricht man von „ausgliederter Verwaltung“ oder „dezentralisierter Verwaltung“.

Die Versicherungstätigkeit im Bereich der Sozialversicherung untersteht der Bundesaufsicht. Insbesondere die Aufsicht der sozialen Kranken- und Unfallversicherung wird durch das BAG wahrgenommen.

Die Art der Finanzierung der Sozialversicherung kann unterschiedlich ausgestaltet sein. Je nach Sozialversicherungszweig bestehen leistungsfähigkeits- oder risikoorientierte Beitragssysteme oder eine Kombination beider Elemente, Kopfprämien oder völlige Staatsversorgung (staatliche Leistungen ohne Beiträge der Versicherten) (Riemer-Kafka, S. 11).

Die Unterstellung einer Person wird für jeden Sozialversicherungszweig gesondert nach den einschlägigen gesetzlichen Voraussetzungen geprüft. Dabei sind insbesondere der Erwerbssort oder der Wohnsitz relevant.

Die Schweiz unterhält mit den meisten Industriestaaten und europäischen Ländern Sozialversicherungsabkommen. Diese Abkommen sollen die Gleichstellung der Angehörigen der Vertragsstaaten bezüglich Leistungsansprüche und das Vermeiden von Doppelbelastungen der gleichen beitragspflichtigen Person durch Sozialversicherungsbeiträge garantieren (Bollier, S. 87). Für die Koordination der sozialen Sicherheit mit der EU ist das Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA) von zentraler Bedeutung. Die Koordination erfolgt durch die VO 883/2004 für EU-Staaten (bzw. durch die VO 1408/71 für EFTA-Staaten). Um Lücken in der Unterstellung sowie Doppelversicherungen zu vermeiden, erfolgt die Unterstellung bei internationalen Verhältnissen grundsätzlich einheitlich nach nur einem Recht und einem Unterstellungsprinzip (Riemer-Kafka, S. 102). In der Schweiz ist die AHV die Drehscheibe für die Sozialversicherungen. Dabei sind es die AHV-Ausgleichskassen, die den Entscheid über die Unterstellung bzw. Nichtunterstellung unter das schweizerische Sozialversicherungssystem treffen. Die Unterstellung ergibt sich aus dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA) im Fall der EU/EFTA, aus einem bilateralen

Abkommen und zuletzt aus dem AHV-Gesetz (Bollier, S. 91). Während in der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung die Unterstellung grundsätzlich für jede Person individuell erfolgt, kennen ausländische Sozialversicherungssysteme die Familienunterstellung. Dies gilt im Rahmen der Anwendung der Abkommen auch in der Schweiz. Soweit beispielsweise eine erwerbstätige Person (ihr gleichgestellt Studierende, Flüchtlinge und Staatenlose) aus dem EU/EFTA-Raum der schweizerischen Sozialversicherung unterstellt ist, sind es grundsätzlich auch ihre sich im EU/EFTA-Raum aufhaltenden nichterwerbstätigen Familienangehörigen (Riemer-Kafka, S. 101 f.).

Obligatorium Unfallversicherung (Übersicht)

Obligatorische Versicherung UVG

Nach UVG obligatorisch versichert sind in der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmer (unselbständig Erwerbstätige), einschliesslich der Heimarbeiter, Lehrlinge, Praktikanten, Volontäre sowie der in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätigen Personen (Art. 1a Abs. 1 UVG). Für ins Ausland entsandte Arbeitnehmer wird die Versicherung nicht unterbrochen (Art. 2 Abs. 1 UVG und Art. 4 UVV). Bei der Unfallversicherung in grenzüberschreitenden Beziehungen sind die Sozialversicherungsabkommen zu beachten (siehe vorne).

Ausgenommen vom UVG-Versicherungsobligatorium sind insbesondere folgende unselbständig Erwerbstätigen: Arbeitnehmer, die von einem Arbeitgeber im Ausland für eine beschränkte Zeit in die Schweiz entsandt werden (Art. 2 Abs. 2 UVG, aber Art. 6 UVV); externe Verwaltungsräte (Art. 2 UVV).

Der Gegenstand der Unfallversicherung betrifft grundsätzlich Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 – 9 UVG). Es wird im Rahmen des Obligatoriums zwischen Berufsunfallversicherung (BUV) und Nichtberufsunfallversicherung (NBUV) unterschieden. Des Weiteren können die Versicherungszweige der freiwilligen Unfallversicherung (FV) und die Unfallversicherung für Arbeitslose (UVAL) unterschieden werden.

Bei den Versicherungsleistungen der Unfallversicherung UVG handelt es sich um Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Geldleistungen (Taggeld, Invalidenrente, Integritätsentschädigung, Hilflosenentschädigung, Hinterlassenenrente) (Art. 10 ff.

UVG). Die Leistungen werden von Leistungserbringern erbracht, welche bestimmte gesetzliche Voraussetzungen erfüllen. Mit den Leistungserbringern können Tarifvereinbarungen getroffen werden. Für alle Versicherten der Unfallversicherung UVG sind die gleichen Taxen zu berechnen (Art. 53 ff. UVG).

Der Umfang der Versicherungsleistungen bestimmt sich nach UVG. Die Versicherer müssen den obligatorisch und freiwillig versicherten Personen mindestens den im UVG vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewähren (*Mindestversicherung*) (Art. 70 UVG). Dabei ist zu beachten, dass die Geldleistungen der obligatorischen Versicherung UVG durch den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes begrenzt sind.

Die Unfallversicherung kennt verschiedene Versicherungsträger. In den Betrieben und Verwaltungen, die in Art. 66 UVG aufgezählt sind, erfolgt die Versicherung zwingend durch die SUVA (*Versicherungsmonopol*). Personen, für deren Unfallversicherung die SUVA nicht zuständig ist, werden durch Privatversicherer, öffentliche Unfallversicherungskassen oder Krankenkassen nach KVG versichert.

Die Versicherer nach UVG müssen sich auf Anfrage gegenseitig über Unfälle, Berufskrankheiten, Leistungen und Einstufungen im Prämientarif ohne Entgelt Auskunft geben, soweit es die Durchführung der Unfallversicherung erfordert (Art. 103 und 108 ff. UVV).

Die Finanzierung der Versicherungsleistungen erfolgt durch gesetzlich vorgeschriebene Finanzierungsverfahren. In der Unfallversicherung spricht man von Prämien, die sich aus einem lohnorientierten Teil und einem risikobezogenen Teil zusammensetzen, wobei die Bemessungsgrundlage lohnbezogen und der Prämientarif risikobezogen ist (Art. 92 UVG). Der versicherbare Verdienst und der prämienpflichtige Verdienst sind in der Unfallversicherung nach oben begrenzt. Die Prämien für die obligatorische Versicherung der Berufsunfälle und Berufskrankheiten trägt der Arbeitgeber. Die Prämien für die obligatorische Versicherung der Nichtberufsunfälle gehen zu Lasten des Arbeitnehmers. Der Arbeitgeber schuldet den gesamten Prämienbetrag. Die Prämien werden von den Versicherern in Promillen des versicherten Verdienstes festgesetzt. Es werden branchenbezogene verursachergerechte Prämien erhoben (Klassen und Gefahrenstufen). Für jede Risikogemeinschaft werden die Prämien so festgelegt, dass sie auf die Dauer mit den Kosten, welche Unfälle und Berufskrankheiten verursachen,

im Gleichgewicht sind (Erfahrungstarifizierung). Je Risikogemeinschaft müssen mittelfristig die Versicherungskosten durch Prämieinnahmen gedeckt werden (Äquivalenzprinzip). Die Höhe der Ausgaben diktiert die Höhe der Einnahmen. Es sind keine versicherungsfremden Einnahmen vorhanden. Die Prämien bestehen hauptsächlich aus einer dem Risiko entsprechenden Nettoprämie und aus Zuschlägen für die Verwaltungskosten und die Kosten der Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (vgl. Art. 89 ff. UVG; Bollier, S. 476 ff.; Burri, S. 170 ff.).

Die Versicherer der Unfallversicherung UVG müssen sich an der Errichtung einer Ersatzkasse beteiligen. Diese erbringt die gesetzlichen Versicherungsleistungen an verunfallte Arbeitnehmer, für deren Versicherung nicht die SUVA zuständig ist und die von ihrem Arbeitgeber nicht versichert worden sind. Die Ersatzkasse trägt auch die Kosten für die gesetzlichen Leistungen eines Privatversicherers, der zahlungsunfähig geworden ist (Art. 73 UVG). Die Ersatzkasse ordnet im Reglement die Beitragspflicht der einzelnen Versicherer (Art. 94 UVV).

Das BAG übt die Aufsicht über die einheitliche Anwendung des UVG durch die Unfallversicherer aus. Privatversicherer, die sich an der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung beteiligen, werden institutionell von der FINMA beaufsichtigt. Es findet gegebenenfalls eine Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden statt (Art. 104 UVV).

Freiwillige Versicherung UVG

Für selbstständig Erwerbstätige, die nicht unter die obligatorische Unfallversicherung UVG fallen, besteht die Möglichkeit eines freiwilligen Anschlusses. Dabei handelt es sich um folgende versicherungsfähige Personen: selbständig Erwerbstätige mit Wohnsitz in der Schweiz und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienglieder, mit Ausnahme nichterwerbstätiger Arbeitgeber, die lediglich Hausbedienstete beschäftigen (Art. 4 UVG). Bei der Gestaltung der UVG-Versicherung gelten die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung sinngemäss auch für die freiwillige Versicherung. Hinzu kommen ergänzende Vorschriften über die freiwillige Versicherung insbesondere betreffend Beitritt, Rücktritt, Ausschluss und Prämienbemessung (Art. 5 UVG; Art. 134 ff. UVV).

Obligatorische Unfallversicherung KVG

Im Fall von Nichterwerbstätigen trägt die soziale Krankenversicherung nach KVG das Unfallrisiko (subsidiäre Unfalldeckung nach KVG). Dabei ist die

Versicherungsdeckung allerdings auf die Heilungskosten beschränkt. Anders als bei der Unfallversicherung UVG ist der Erwerbsausfall nicht versichert.

Verzichten selbständig Erwerbstätige darauf, sich dem UVG zu unterstellen, so gelten für sie die gleichen Regeln wie für Nichterwerbstätige: Sie sind gegen Unfall obligatorisch nach KVG versichert, allerdings nur im Umfang der Heilungskosten.

Oblig. und freiw. Unfallversicherung UVG

Versicherungsart

Privatversicherer können Personen gegen Unfall nach Massgabe des UVG versichern, soweit die SUVA gemäss Art. 66 UVG nicht ausschliesslich zuständig ist (Art. 68 ff. UVG). Die Unfallversicherung UVG durch Privatversicherer erfolgt regelmässig auf dem Weg eines Kollektivversicherungsvertrags; es besteht dabei ein vertragliches Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Versicherer (Art. 59 Abs. 2 UVG). Die Privatversicherer können sowohl im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung UVG (Arbeitnehmer) als auch im Bereich der freiwilligen Unfallversicherung UVG (selbständig Erwerbstätige) tätig sein.

Gesetz/Registrierung/Aufsicht

Die Privatversicherer, die sich an der Durchführung der obligatorischen und freiwilligen Unfallversicherung UVG beteiligen wollen, müssen sich in eine öffentliches Register eintragen, das vom BAG geführt wird (Art. 68 UVG). Sie sind in der Folge hinsichtlich der Durchführung des Unfallversicherungsgeschäfts dem UVG unterstellt. Mit ihrer Registrierung übernehmen Privatversicherer die Verpflichtung, die gesetzliche Unfallversicherung ordnungsgemäss durchzuführen (Art. 90 Abs. 5 UVV). Sie sind wie öffentlich-rechtliche Versicherungsträger dem UVG unterstellt. Es kommen die Bestimmungen des UVG zur Anwendung.

Das BAG übt die Aufsicht über die Durchführung der Unfallversicherung UVG aus (Art. 104 Abs. 1 UVV). Registrierte Privatversicherer sind gegenüber dem BAG zur Berichterstattung verpflichtet (Art. 91 UVV). Die Institutsaufsicht erfolgt durch die FINMA nach Massgabe des VAG (Art. 79 UVG i.V.m. Art. 104 Abs. 3 UVV). Die FINMA und das BAG sind verpflichtet, ihre Aufsicht zu koordinieren (Art. 104 Abs. 4 UVV).

Registrierte Privatversicherer, die das Unfallversicherungsgeschäft UVG betreiben, sind untereinander zum Informationsaustausch verpflichtet (Art.

103 UVV; siehe Auskunftformular des BAG über Schäden beim Vorversicherer nach Art. 103 UVV).

Versicherungsdeckung

Die Privatversicherer, die das Unfallversicherungsgeschäft nach UVG betreiben, müssen den obligatorisch und freiwillig Versicherten mindestens den im UVG vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewähren (Art. 70 UVG). Es besteht Kontrahierungszwang. Wenn versicherungspflichtige Arbeitgeber keinen Versicherer finden, der bereit ist, die obligatorische Versicherung zu übernehmen, haben sie sich bei der Ersatzkasse zu melden. Diese weist den Arbeitgeber in der Folge an einen Versicherer und achtet dabei auf eine ausgewogene Risikoverteilung und trägt den Interessen der betroffenen Arbeitgeber und Arbeitnehmer angemessen Rechnung (Art. 95 UVV).

Typenvertrag UVG

Auf der Grundlage des Art. 93 UVV (per 1. Januar 2017 aufgehoben) bestand ein Typenvertrag für die obligatorische kollektive Unfallversicherung UVG. Der Typenvertrag beinhaltete insbesondere Bestimmungen über den versicherten Betrieb bzw. Beruf, die Gefahrenklassifikation, die versicherten Personen, die versicherten Leistungen, die Prämie und die Vertragsdauer.

Versicherungsverbot UVG

In der Unfallversicherung gibt es ein beschränktes Versicherungsmonopol der SUVA. In den Betrieben und Verwaltungen, die in Art. 66 UVG aufgezählt sind, hat die Versicherung zwingend durch die SUVA zu erfolgen. In diesem Bereich ist es auch für registrierte Privatversicherer gesetzlich nicht möglich, Versicherungsdeckung anzubieten.

Unfallzusatzversicherung VVG

Versicherungsart

Mit der Unfallzusatzversicherung VVG sollen die gesetzlich definierten Leistungen des sozialen Unfallversicherers ergänzt werden (Art. 66 und 70 Abs. 1 UVG). Zusatzversicherungen zur sozialen Grundversicherung können sowohl einzel- als auch kollektivvertraglich abgeschlossen werden. Sie können komplementär oder substituierend ausgestaltet werden und auch Summenversicherung beinhalten (vgl. Fuhrer, Rz 24.4; Lacher, Art. 31 N 61).

Die Unfallzusatzversicherung VVG kann durch Personen abgeschlossen werden, die über eine (obligatorische oder freiwillige) Grundversicherung nach UVG verfügen. In diesem Fall ist die Versicherungs-

deckung *komplementär*. Dabei kann die Grundversicherung grundsätzlich auf weitere Risiken ausgedehnt (*ausserobligatorische Versicherung*) oder deren Deckung durch zusätzliche Leistungen ergänzt werden (*überobligatorische Versicherung*). Die Unfallzusatzversicherung VVG kann auch durch Personen abgeschlossen werden, die keine Unfallversicherung nach UVG haben (z.B. selbständig Erwerbstätige, Studenten, Hausfrauen, Rentner). Dabei wird die fehlende Unfallversicherung UVG substituiert, wobei die Unfalldeckung nach KVG vorbehalten bleibt. Schliesslich werden verschiedene Leistungen der Unfallzusatzversicherung VVG als Summerversicherung ausgestaltet (z.B. Taggelder).

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Es gelten die Bestimmungen des VVG und VAG. Dabei sind verschiedene zwingende Vorschriften zu beachten (Art. 87 und 88 VVG; Art. 155 – 160a AVO).

Die Privatversicherer benötigen keine zusätzliche Registrierung nach UVG; ihre Bewilligung nach VAG ist ausreichend. Ein Nicht-Lebensversicherer darf die Unfallversicherung betreiben, wenn er über die Bewilligung der FINMA zum Betrieb des Versicherungszweigs B1 verfügt. Ein Lebensversicherer darf die Unfallversicherung betreiben, wenn er über die Bewilligung der FINMA zum Betrieb des Versicherungszweigs A4 und zusätzlich über die Bewilligung zum Betrieb des Versicherungszweigs A1, A2 oder A3 verfügt.

Privatversicherer, die das Geschäft der Unfallzusatzversicherung VVG betreiben, unterstehen sowohl institutionell als auch hinsichtlich Produkt und Geschäftstätigkeit ausschliesslich der Aufsicht der FINMA.

Versicherungsdeckung

Es steht dem Privatversicherer grundsätzlich frei, wie er die Unfallzusatzversicherung VVG ausgestalten will. Es gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit im Rahmen des VVG. Wie bei der Krankenzusatzversicherung gibt es auch bei der Unfallzusatzversicherung viele Angebotsvarianten. Dabei werden oftmals Paketlösungen mit verschiedenen Leistungskomponenten angeboten. Es kommen auch Mischungen mit „artfremden“ Versicherungsdeckungen vor. Beispielsweise werden zusätzlich die Sachschäden an Fahrzeugen und Kleidern des Unfallopfers und von Helfern gedeckt. Solche Mischformen bei der Unfallzusatzversicherung führen oft zu einem Nebeneinander von Summen- und Schadenversicherungs-

elementen. Elemente der Summenversicherung drängen sich insbesondere in der Unfalltodes-, Unfalltaggeld- und Unfallinvaliditätsversicherung auf, weil die Schadenhöhe bei Eintritt des Schadenfalls noch nicht absehbar ist (vgl. Erläuterungen Expertenentwurf VVG von 2006, S. 59; Lacher, Art. 31 N 63 f.).

Es können insbesondere folgende Arten der Unfallzusatzversicherung VVG unterschieden werden (Fuhrer, Rz 24.4):

- *Kollektive UVG-Zusatzversicherung (UVG-Z):* Die Versicherung wird in Ergänzung zur sozialen Unfallversicherung mit Arbeitgebern für Erwerbstätige abgeschlossen, z.B. Versicherung hoher Einkommen (über UVG-Maximallohn) oder Spitalbehandlung in der ersten Klasse.
- *Einzelunfallversicherung:* Die Versicherung wird mit Personen abgeschlossen, die nicht dem UVG-Obligatorium unterstehen (z.B. selbständig Erwerbstätige, Studenten, Hausfrauen etc.). Sie ersetzt mithin die fehlende Unfallversicherung UVG, wobei die Unfalldeckung nach KVG vorbehalten bleibt (siehe hinten). Die Deckung der Heilungskosten erfolgt in Ergänzung zur sozialen Krankenversicherung. Taggelder und Invaliditäts- oder Todesfallkapitalien sind meist als Summenversicherungen ausgestaltet. Dementsprechend kann die Einzelunfallversicherung auch zugunsten von erwerbstätigen und mithin UVG-versicherten Personen abgeschlossen werden.
- *Private kollektive Unfallversicherung:* Die Versicherung wird etwa für Insassen eines Motorfahrzeuges (wichtigster Fall), Kunden eines Verkaufslokals, Teilnehmer einer Sportveranstaltung oder Schüler eines Schulhauses abgeschlossen. Die offene Umschreibung des Kreises der versicherten Personen führt zwangsläufig dazu, dass auch UVG-versicherte Personen durch eine solche private Unfallversicherung gedeckt werden (z.B. Motorfahrzeug-Insassen oder Besucher eines Verkaufslokals). Die Versicherungen decken Heilungskosten in Ergänzung zur sozialen Grundversicherung (nach UVG oder KVG) und versichert andere Leistungen meistens in der Form von Summenversicherungen (Taggelder, Invaliditäts- oder Todesfallkapital).

Krankenversicherung

Obligatorium Krankenversicherung (Übersicht)

Obligatorische Versicherung KVG

Das KVG regelt die soziale Krankenversicherung. Diese umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine freiwillige Taggeldversicherung (Geltungsbereich nach Art. 1a KVG).

Bei der Krankenpflegeversicherung erstreckt sich der Kreis der obligatorisch Versicherten grundsätzlich auf die gesamte Bevölkerung. Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG). Die Versicherungspflicht kann vom Bundesrat auf Personen ausgedehnt werden, die keinen Wohnsitz in der Schweiz haben, insbesondere auf solche, die in der Schweiz tätig sind oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, oder auf solche, die im Ausland von einem Arbeitgeber mit einem Sitz in der Schweiz beschäftigt werden (Art. 3 Abs. 3 KVG und Art. 1 KVV). Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Personen, die im Sinne von Art. 2 Abs. 2 des Gaststaatgesetzes von 2007 mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigt sind (Art. 3 Abs. 2 KVG).

Ausgenommen vom KVG-Versicherungsobligatorium sind verschiedene Personengruppen, die gemäss internationalem Abkommen trotz ihres schweizerischen Wohnsitzes im Ausland gegen Krankheit versichert sind. Die Ausnahmeregelung gilt automatisch oder auf Gesuch (Art. 2 KVV).

Der Gegenstand der Krankenversicherung KVG betrifft Versicherungsleistungen bei Krankheit, Unfall (falls dafür keine Unfallversicherung aufkommt) und Mutterschaft (Art. 1a KVG).

Die Versicherungsleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG beinhalten allgemeine Leistungen bei Krankheit, Pflegeleistungen bei Krankheit, medizinische Prävention, Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen, Mutterschaft und zahnärztlicher Behandlung (Art. 25 – 31 KVG).

Das KVG regelt den Umfang der Versicherungsleistungen wie folgt: Grundsätzlich ist jede ärztliche Behandlung in der Schweiz versichert. Eine Leistungsobergrenze wie im Privatversicherungsrecht

gibt es nicht. Das KVG definiert gleichzeitig den Mindest- und den Maximalleistungskatalog. Die Versicherer dürfen keine anderen Kosten als die gesetzlich vorgeschriebenen übernehmen (Art. 32 ff. KVG; Art. 33 ff. KVV; Art. 1 ff. KLV). Unter folgenden Voraussetzungen besteht eine Pflicht zur Kostenübernahme nach KVG (Art. 25 ff. KVG): (1) Leistungen sind ärztlich verordnet; (2) Leistungen werden durch anerkannte Leistungserbringer erbracht; (3) Leistungen werden unter dem Aspekt der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht; (4) Leistungen werden nach Tarifen und Preisen verrechnet (Tarifschutz) (siehe Bollier, S. 534 ff.).

Die Krankenversicherung KVG kennt verschiedene Versicherungsträger. Es handelt sich um Krankenkassen, Privatversicherer, Rückversicherer und die gemeinsame Einrichtung KVG.

In der sozialen Krankenversicherung wird das Äquivalenzprinzip (Gleichgewicht zwischen Prämien und Leistungen) durch das Solidaritätsprinzip (Umverteilung der Beiträge) durchbrochen. Die Finanzierung erfolgt nach dem Bedarfsdeckungsverfahren (Art. 12 KVAG). Die Höhe der vergebenen Ausgaben bestimmt die Höhe der Einnahmen: Wenn sich die Versicherungsleistungen vergrössern, werden auch die Prämien erhöht und umgekehrt. Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest (kantonale und allenfalls regionale Abstufung) und erhebt von seinen Versicherten grundsätzlich die gleiche Prämie (Kopfprämie nach Art. 61 KVG). Die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung bedürfen der Genehmigung des BAG (Art. 61 ff. KVG; Art. 16 KVAG; Art. 27 KVAV). Die Krankenversicherer müssen Reserven (Eigenkapital) und Rückstellungen (Fremdkapital) bilden. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten für die erbrachten Leistungen. Die Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) (Art. 64 KVG). Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligung und Verzugszinse nicht innert der gesetzlichen Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Versicherer gibt dem Kanton die betroffenen Versicherten bekannt, und der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe waren (Art. 64a KVG). Zu den Prämieeinnahmen kommen Einnahmen aus den Kapitalerträgen sowie Regresseinnahmen hinzu. Ein bedeutender Teil der Finanzierung kommt aus

Mitteln der öffentlichen Hand, d.h. aus Steuergeldern. Einerseits handelt es sich dabei um Bundeszuschüsse an die kantonalen Beiträge zur Prämienverbilligung. Die meisten Kantone (Kantonsspitäler), aber auch Gemeinden stellen Infrastrukturen bereit. Andererseits müssen sich die Kantone (und Gemeinden) an den Kosten der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim und an den Kosten für Leistungen der Akut- und der Übergangspflege beteiligen (Bollier, S. 525). Schliesslich besteht ein Risikoausgleich für die obligatorische Krankenpflegeversicherung: Sämtliche Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, haben sich am Risikoausgleich zu beteiligen und müssen die dafür notwendigen Daten liefern. Sie erhalten von oder bezahlen an andere Versicherer Ausgleichszahlungen. Die gemeinsame Einrichtung ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung zu (Art. 1 und 7 VORA).

Die Versicherer gründen eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung. Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern und errichtet zu diesem Zweck einen Insolvenzfonds. Darüber hinaus übernimmt die gemeinsame Einrichtung noch verschiedene weitere Funktionen im Rahmen des KVG (Art. 18 KVG; Art. 45 ff. KVAG).

Das BAG übt die Aufsicht im Bereich der sozialen Krankenversicherung aus. Sie überwacht die Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

Freiwillige Taggeldversicherung KVG

Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist (Alter zwischen 15 und 65), kann bei einer Krankenkasse oder einem Privatversicherer mit KVG-Bewilligung eine Taggeldversicherung KVG abschliessen. Die Versicherer sind verpflichtet, die freiwillige Taggeldversicherung KVG durchzuführen (Kontrahierungszwang). Der Versicherte kann dabei einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden (Art. 67 KVG). Jede Person kann zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht (Art. 109 KVV). Scheidet eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im

Vertrag umschriebenen Versichertenkreis zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, hat sie das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten (Art. 71 KVG).

Der Gegenstand der Taggeldversicherung KVG betrifft Versicherungsleistungen bei Krankheit, Unfall (falls dafür keine Unfallversicherung aufkommt) und Mutterschaft. Die Deckung kann auf Krankheit und Mutterschaft beschränkt werden. Die Versicherer können Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen, wobei der Vorbehalt spätestens nach 5 Jahren dahinfällt. Dasselbe gilt für Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können (Art. 1a, 69 und 72 KVG).

Die Versicherungsleistungen der Taggeldversicherung KVG betreffen die Leistung eines Taggelds für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld geleistet. Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Arbeitslosen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von zwischen 25 und 50 Prozent das halbe Taggeld auszurichten. Die Versicherer haben bei Schwangerschaft und Niederkunft das versicherte Taggeld auszurichten, wenn die Versicherte bis zum Tag der Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war. Das Taggeld ist während 16 Wochen zu leisten, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen (Art. 72 ff. KVG). Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung und das Zusammentreffen der Leistungen verschiedener Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung führen. Gegebenenfalls werden die Leistungen grundsätzlich um den Betrag der Überentschädigung gekürzt (Art. 78 KVG und Art. 69 ATSG).

Die freiwillige Taggeldversicherung KVG kennt folgende Versicherungsträger: Sie wird durch Krankenkassen oder Privatversicherer mit Bewilligung nach KVG abgeschlossen. Es gelten grundsätzlich dieselben Anforderungen wie für die Versicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 67 KVG und Art. 1 ff. KVAG).

Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest und erhebt für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien. Der Versicherer kann die

Prämien nach Eintrittsalter und nach Regionen abstufen (Art. 76 f. KVG).

Oblig. und freiw. Krankenversicherung KVG

Versicherungsart

Privatversicherer können sowohl die obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG als auch die freiwillige Krankentaggeldversicherung KVG durchführen. Dafür benötigen sie hingegen eine zusätzliche Bewilligung nach KVAG (Art. 3).

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Die Bestimmungen des KVG und des KVAG sind auf die soziale Krankenversicherung anwendbar. Privatversicherer können die soziale Krankenversicherung nur durchführen, soweit sie im Besitz einer Bewilligung nach KVAG sind. Das BAG erteilt die Bewilligung, wenn der Privatversicherer die gesetzlichen Anforderungen erfüllt und die Interessen der Versicherten gewährleistet. Das BAG veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Versicherer KVG (Art. 1 ff. KVAG). Auch die Rückversicherung ist im Bereich der sozialen Krankenversicherung bewilligungspflichtig. Das BAG erteilt die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung, sofern der Rückversicherer die gesetzlichen Anforderungen erfüllt und die Interessen der Versicherten gewährleistet (Art. 28 KVAG).

Die Institutsaufsicht erfolgt grundsätzlich durch die FINMA (Art. 3 KVAG). Das BAG überwacht die Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Art. 34 KVAG). Die FINMA und das BAG sind verpflichtet, ihre Aufsicht zu koordinieren (vgl. Art. 62 KVAV).

Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung richtet sich nach dem KVG. Privatversicherer mit einer Bewilligung nach KVAG müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen erbringen.

Krankenzusatzversicherung VVG

Versicherungsart

In der Krankenversicherung ist die Grundversicherung sozial und die ergänzende Versicherung privat organisiert (*komplementäre Versicherung*). Freiwillige Krankenzusatzversicherungen decken Leistungen ab, welche die obligatorische Krankenversicherung nicht versichert. Je nach Versicherungsangebot besteht eine Unterstellung nach Sozialversiche-

rungsrecht oder nach Privatversicherungsrecht. Es besteht eine klare Trennung zwischen sozialer Krankenversicherung KVG und freiwilliger Krankenzusatzversicherung VVG (vgl. Bollier, S. 515).

Die Eigenheit der Zusatzversicherung ist, dass sie die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG um zusätzlich versicherte Leistungen ergänzt (BVGE 2007/50, E. 2.2). Dementsprechend wirken sich Veränderungen im Leistungskatalog der Grundversicherung oder in der Finanzierung des Pflegesystems auch auf die Leistungen der Zusatzversicherungen aus. In der Lehre wird die Auffassung vertreten, dass eine Krankenzusatzversicherung vorliegt, wenn die Versicherung überwiegend in der Ergänzung der sozialen Krankenversicherung besteht. Das Bundesgericht verlangt dagegen „echte Mehrleistungen, die über den Leistungsumfang der Grundversicherungen hinausgehen“. Es soll zwischen Grund- und Zusatzversicherung nicht nur ein äusserer, sondern auch ein innerer Zusammenhang bestehen (vgl. Lacher, Art. 31 N 20 ff. mit weiteren Verweisen).

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Im Zusatzversicherungsbereich gilt für private Krankenversicherer (und auch Krankenkassen), dass die Normen des VVG (Art. 87), des VAG (Art. 4 Abs. 2 lit. r) und der AVO (Art. 155 – 160a) sowie das FINMA-Rundschreiben 2013/3 Krankenversicherung nach VVG zur Anwendung kommen. Die anwendbaren Bestimmungen der AVO kommen auch auf liechtensteinische Versicherungsunternehmen zur Anwendung, die im Rahmen des Versicherungsabkommens CH-FL die Krankenzusatzversicherung in der Schweiz betreiben (siehe FINMA-Wegleitung für die in der Schweiz aktiven Versicherungsunternehmen mit Sitz in Liechtenstein von 2016).

Die Privatversicherer benötigen keine zusätzliche Bewilligung nach KVG. Die Bewilligung nach VAG ist ausreichend. Ein Nicht-Lebensversicherer darf die Krankenversicherung betreiben, wenn er über die Bewilligung der FINMA zum Betrieb des Versicherungszweigs B2 verfügt. Ein Lebensversicherer darf die Krankenversicherung betreiben, wenn er von der FINMA die Bewilligung zum Betrieb des Versicherungszweigs A5 und zusätzlich die Bewilligung zum Versicherungszweig A1, A2 oder A3 erhalten hat.

Privatversicherer unterstehen sowohl institutionell als auch hinsichtlich Produkt und Geschäftstätigkeit der Aufsicht der FINMA (vgl. Art. 34 Abs. 5 KVAG).

Versicherungsdeckung

Die Leistungen der Krankenzusatzversicherung VVG ergänzen die Leistungen der sozialen Krankenversicherung, welche den Leistungsumfang gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG nicht überschreiten dürfen (Art. 102 Abs. 2 KVG). Die Krankenzusatzversicherung VVG deckt die Heilungskosten nur in Ergänzung zur sozialen Krankenversicherung. Die Deckung des Erwerbseinkommens spielt in der Krankenzusatzversicherung VVG eine grosse Rolle, da es von der sozialen Krankenversicherung nicht mitversichert wird (Fuhrer, § 24, Zusammenfassung).

Es liegt im Ermessen des Versicherers, wie er seine Krankenzusatzversicherung VVG ausgestaltet. Er kann die angebotenen Leistungen, die Laufzeiten der Verträge und auch die Tarife (unter Genehmigungsvorbehalt) frei festlegen. Im Unterschied zur sozialen Grundversicherung, die jeden und jede aufnehmen muss, sind die Privatversicherer bei der Krankenzusatzversicherung VVG frei, wer versichert werden soll. Sie dürfen Kunden im Rahmen des Underwritings ohne Angabe von Gründen ablehnen.

Es gibt eine grosse Vielfalt von Krankenpflegezusatzversicherungen (Ersatz der Krankheitskosten) und Taggeldversicherungen (Ersatz der Krankheitsfolgekosten). Die Versicherungsprodukte unterscheiden sich stark, sowohl was die Deckungshöhe als auch was die Deckungsarten betrifft: Sie reichen von der einfachen Zahnpflegeversicherung über die Taggeldversicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit bis zur Übernahme von Spalkosten in der Halbprivat- oder Privatabteilung.

Es können insbesondere folgende Arten der Krankenzusatzversicherung VVG unterschieden werden:

- *Heilungskosten-Zusatzversicherung*: Diese Versicherung ergänzt die Grunddeckung der Krankenpflegeversicherung KVG.
- *Kollektive Krankentaggeldversicherung*: Diese Versicherung wird für gewöhnlich als Kollektivversicherung von Unternehmen für ihre Mitarbeitenden abgeschlossen. Die private kollektive Krankentaggeldversicherung hat eine erhebliche Bedeutung. Im Vergleich zu ihr spielt die freiwillige KVG-Taggeldversicherung nach Art. 67 ff. KVG, die durch soziale Krankenversicherer nach Art. 2 und 3 KVAG angeboten wird (Art. 67 KVG), eine eher geringe Rolle. Der Grund dafür liegt bei den engen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen des KVG und den meist bescheidenen Erwerbsausfalleistungen (Fuhrer, Rz 24.12 f.).

- *Einzel-Krankentaggeldversicherung*: Diese Versicherung wird praktisch nur für aus dem Unternehmen ausscheidende Mitarbeitende angeboten.

Präventive Produktkontrolle

Wenn es sich bei der Krankenzusatzversicherung KVG um eine „Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung“ im Sinne von Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG handelt, besteht eine präventive Produktkontrolle. Die Tarife und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen müssen von der FINMA vorgängig genehmigt werden (Art. 4 Abs. 2 lit. r und Art. 38 VAG). Bei einer Änderung des Produkts ist grundsätzlich eine neue Genehmigung einzuholen (siehe FINMA-Wegleitung für Gesuche betreffend die Einreichung von Tarifierpassungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung von 2016). Die Genehmigungspflicht gilt auch dann, wenn ein liechtensteinisches Versicherungsunternehmen nach Massgabe des Versicherungsabkommens CH-FL die Krankenzusatzversicherung in der Schweiz anbietet (FINMA-Wegleitung für die in der Schweiz aktiven Versicherungsunternehmen mit Sitz in Liechtenstein von 2016).

Von der präventiven Produktkontrolle sind die ergänzenden Krankenpflegeversicherungen und die Einzel-Krankentaggeldversicherungen, hingegen nicht die kollektiven Krankentaggeldversicherungen betroffen. Zusätzlich besteht für die Deckung von akzessorischen Krankheitsrisiken eine Ausnahme: Wenn die erwartete Schadenlast für Krankheitsrisiken geringer ist als die Summe der erwarteten Schadenlast für die übrigen in den Produkten enthaltenen Risiken, dann sind die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Deckung solcher akzessorischen Krankheitsrisiken nicht vorlagepflichtig (BVGE B-1298/2006 vom 25.5.2007; FINMA-RS 2010/3, Rz 3 f. und 7; vgl. Fuhrer, N 24.16 f.).

Durch die Produktkontrolle sollen der Schutz der Versicherten vor Missbrauch und die Solvenz der einzelnen Versicherungsunternehmen gewährleistet werden. Dabei werden die Prämien von der FINMA nach Art. 38 VAG genehmigt, wenn die Annahmen des Krankenversicherers plausibel sind und die Prämien weder missbräuchlich hoch erscheinen, noch die Solvenz des Unternehmens bedroht ist. Die FINMA kann nur eingreifen, wenn die genehmigungspflichtigen Prämien den gesetzlichen Rahmen nachweislich nicht mehr einhalten. Beispielsweise kann ein Missbrauch vorliegen, wenn ein Kranken-

versicherer mit einem bestimmten Versicherungsprodukt langfristig zu hohe Gewinne erzielt, die nicht risikogerecht sind (siehe FINMA-Faktenblatt von 2013; vgl. hierzu auch Fuhrer, Rz 24.16 ff.).

Substituierende Krankenversicherung KVG-VVG

Versicherungsart

Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und gewisse andere Personengruppen unterstehen grundsätzlich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 3 Abs. 1 KVG und Art. 1 KVV). Für unterstellungspflichtige Personen besteht vereinzelt die Möglichkeit, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befreit zu werden (Art. 3 Abs. 2 KVG).

Bestimmte Personengruppen können von der obligatorischen Versicherungspflicht nach KVG befreit werden, wenn sie über einen „gleichwertigen Versicherungsschutz“ verfügen. Diese Regelung kommt beispielsweise auf ausländische Studierende in der Schweiz zur Anwendung. Dabei ist zwischen Studierenden aus der EU/EFTA einerseits und Studierenden und Praktikanten aus anderen Ländern andererseits zu unterscheiden. Studierende aus der EU/EFTA, die sich zu Aus- oder Weiterbildungszwecken in der Schweiz aufhalten, unterstehen nicht der Versicherungspflicht in der Schweiz, solange sie keine Erwerbstätigkeit ausüben; dann bleiben sie dem Sozialversicherungssystem ihres Wohnstaates angeschlossen. Wenn sie hingegen eine Erwerbstätigkeit ausüben, sind sie in der Schweiz versicherungspflichtig (Erwerbortsprinzip; siehe FZA mit EU bzw. EFTA-Übereinkommen). Im Unterschied dazu unterstehen Studierende und Praktikanten aus einem Land ausserhalb der EU/EFTA, die sich zu Aus- oder Weiterbildungszwecken in der Schweiz aufhalten, in jedem Fall der Versicherungspflicht in der Schweiz (siehe Merkblatt auf BAG-Webseite www.bag.admin.ch). Die Frage des „gleichwertigen Versicherungsschutzes“ stellt sich nur in Fällen, in denen das schweizerische KVG überhaupt zur Anwendung kommt.

Unterstellungspflichtige ausländische Studierende und Praktikanten können bei der zuständigen kantonalen Behörde die Befreiung von der Versicherungspflicht nach KVG beantragen. Für eine Befreiung müssen sie aber über einen „gleichwertigen Versicherungsschutz“ für Behandlungen in der Schweiz verfügen. Sie können in diesem Fall für die Dauer von drei Jahren befreit werden, wobei eine Verlängerung um weitere drei Jahre beantragt wer-

den kann (Art. 2 Abs. 4 KVV). Gemäss Wortlaut der KVV ist dem Gesuch „eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen“. Daraus könnte an sich geschlossen werden, dass der „gleichwertige Versicherungsschutz“ nur von einem ausländischen Sozialversicherer gewährt werden kann. Nach kantonaler Praxis und der BAG-Webseite sind hingegen auch private Versicherungen zulässig (siehe Merkblatt auf www.bag.admin.ch; vgl. auch Ratgeber Sozialversicherungen, S. 49). Nachfolgend geht es ausschliesslich um substituierende Krankenversicherung durch schweizerische Privatversicherer.

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Die substituierende Krankenversicherung KVG-VVG ist eine Privatversicherung, die den Normen des VVG und VAG untersteht. Das KVG ist nur im Rahmen der Genehmigung des Versicherungsprodukts anwendbar. Nach erfolgter kantonaler Genehmigung besteht eine Ausnahme von der Versicherungspflicht nach KVG.

Privatversicherer betreiben die Krankenversicherung nach VVG im Rahmen der Versicherungszweige A5 oder B2. Ein Nicht-Lebensversicherer darf die Krankenversicherung betreiben, wenn er über die Bewilligung der FINMA zum Betrieb des Versicherungszweigs B2 verfügt. Ein Lebensversicherer darf die Krankenversicherung nur betreiben, wenn er von der FINMA die Bewilligung zum Betrieb des Versicherungszweigs A5 und zusätzlich die Bewilligung zum Versicherungszweig A1, A2 oder A3 erhalten hat.

Ein Privatversicherer untersteht im Rahmen der substituierenden Krankenversicherung KVG-VVG der Aufsicht der FINMA. Es handelt sich um die Durchführung von privatem Versicherungsgeschäft nach VVG. Dabei ist allerdings vorausgesetzt, dass die versicherten Personen Wohnsitz in der Schweiz haben. Ansonsten liegt keine schweizerische Versicherungstätigkeit vor, für deren Aufsicht die FINMA zuständig wäre (Art. 1 Abs. 1 AVO). Eine Produktgenehmigung durch die FINMA (wie bei der Krankenzusatzversicherung VVG) findet grundsätzlich nicht statt; diese erfolgt nämlich bereits durch die betroffenen Kantone (siehe nachfolgend).

Kantonale Produktgenehmigung

Das Produkt der substituierenden Krankenversicherung KVG-VVG wird durch die zuständige kantonale Behörde genehmigt, sofern „gleichwertiger Versicherungsschutz“ besteht. Dabei unterscheidet sich die

Genehmigungspraxis der einzelnen Kantone teilweise.

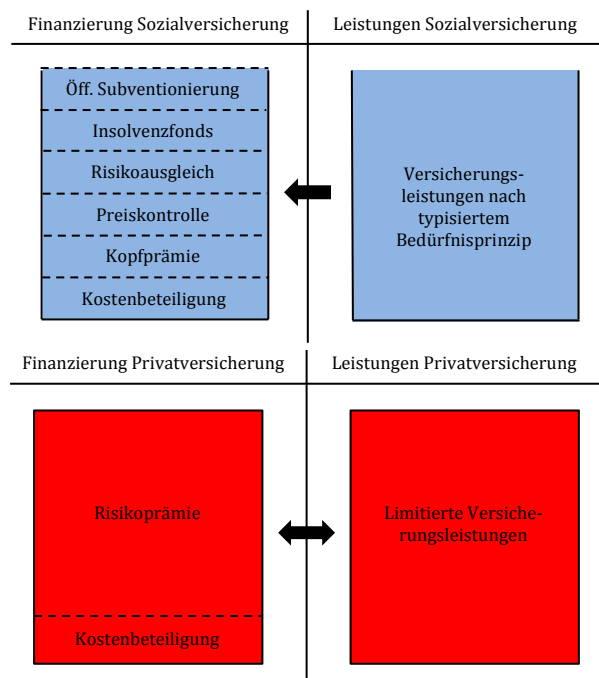
Unterschiedliche Versicherungssysteme

Der „gleichwertige Versicherungsschutz“ soll nach Privatversicherungsrecht begründet werden, während der originäre Versicherungsschutz nach Sozialversicherungsrecht besteht. Es muss bei der Beurteilung des „gleichwertigen Versicherungsschutzes“ deshalb berücksichtigt werden, dass die soziale Krankenversicherung und die Privatversicherung nach unterschiedlichen Regeln operieren.

Bei der sozialen Krankenversicherung werden die Versicherungsleistungen nach einem typisierten Bedürfnisprinzip festgelegt und in der Folge auf unterschiedliche Weise finanziert. Die Finanzierung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen erfolgt nicht nur durch (genehmigungspflichtige) Krankenversicherungsprämien, sondern auch durch versicherungsfremde Einnahmen und Mechanismen (z.B. vorgeschriebene Kostenbeteiligung, behördlich festgelegte Preise der Leistungserbringern, Tarifverträge, Insolvenzfonds, kantonale Subventionierung, Risikoausgleich).

Im Unterschied dazu basiert die Privatversicherung auf der Vereinbarung von limitierten Leistungen gegen Zahlung einer Risikoprämie (mit allfälliger Kostenbeteiligung des Versicherten). Die risikobezogenen Prämien sollen die erwarteten Schäden nach privatrechtlichen Grundsätzen decken. Es erfolgt dementsprechend stets nur eine limitierte Risikoübernahme. In der Privatversicherung besteht das Äquivalenzprinzip. Wie in allen anderen privaten Versicherungszweigen sorgt die FINMA auch bei den privaten Krankenversicherungen dafür, dass in erster Linie die Solvenz des Unternehmens gesichert ist. Die FINMA wacht darüber, dass das Versicherungsunternehmen jederzeit in der Lage ist, die Leistungen zu erbringen, die im Versicherungsvertrag festgelegt sind. Ziel ist es, die Versicherungsnehmer so weit wie möglich vor den Folgen der Insolvenz zu schützen. Die verantwortlichen Organe müssen die unternehmerischen Risiken richtig einschätzen und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftsführung bieten (siehe Art. 38 VAG; FINMA-Faktenblatt „Die FINMA und die Krankenzusatzversicherung“). Das gilt nicht nur für die Krankenzusatzversicherung VVG, sondern muss m.E. auch für die substituierende Krankenversicherung KVG-VVG zutreffen, denn beide Versicherungen sind Privatversicherungen.

Finanzierung und Leistungen der sozialen Krankenversicherung einerseits und Finanzierung und Leistungen der Privatversicherung andererseits können wie folgt einander gegenübergestellt werden:



Leistungskatalog

„Gleichwertiger Versicherungsschutz“ bedeutet nach allgemeinem Verständnis nicht einfach identische Leistungen. Vielmehr lässt der „gleichwertige Versicherungsschutz“ grundsätzlich auch andere Leistungen zu. Abweichungen vom sozialversicherungsrechtlichen Leistungskatalog müssen dementsprechend zulässig sein, solange die Leistungen gesamthaft einen gleichen Wert aufweisen. Dies gilt verstärkt für Abweichungen vom sozialversicherungsrechtlichen Leistungskatalog, die sich mit dem unterschiedlichen System der Privatversicherung im Vergleich zur Sozialversicherung begründen lassen. In solchen Fällen dürfen m.E. keine hohen Anforderungen an die Gleichwertigkeit gestellt werden.

Während einzelne Kantone Abweichungen vom Leistungskatalog beschränkt zulassen, verlangen andere Kantone identische Leistungen. Letzteres gilt beispielsweise offenbar für den Kanton Zürich (siehe Informationen über die Befreiung von Krankenversicherungspflicht der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, www.gd.zh.ch).

Leistungsbegrenzung

Bei der substituierenden Krankenversicherung KVG-VVG handelt es sich um eine Privatversicherung, die

mit Risikoprämien finanziert wird. Folgerichtig müssen deren Versicherungsleistungen zwingend nach oben limitiert werden (Vereinbarung von Versicherungssummen). Unlimitierte Versicherungsleistungen wie in der sozialen Krankenversicherung sind m.E. in der Privatversicherung nach Massgabe des VAG nicht zulässig (vgl. Art. 37 Abs. 1 E-VVG; Fuhrer, Rz 11.63). Eine substituierende Krankenversicherung KVG-VVG kann nach dieser Auffassung immer nur einen beschränkten Versicherungsschutz im Rahmen des Systems der Privatversicherung gewähren. Würden für den „gleichwertigen Versicherungsschutz“ unlimitierte Leistungen nach sozialversicherungsrechtlichem Muster verlangt, dürfte es in der Konsequenz gar keine kantonale Praxis der Ausnahme von der KVG-Versicherungspflicht zugunsten von Privatversicherungslösungen geben (vgl. Art. 3 KVAG und Art. 68 UVG).

Grundsätzlich gilt meines Wissens, dass die Kantone generelle Leistungslimiten zulassen. Allerdings müssen diese relativ hoch angesetzt werden, so dass sie gemäss Schadenstatistik für gewöhnlich nicht erreicht werden (3 – 4 Millionen Franken). Das gilt auf Anfrage auch für den Kanton Zürich, obwohl dieser gemäss eigener Webseite gegenwärtig eigentlich keine Leistungslimiten zulässt (siehe Informationen über die Befreiung von Krankenversicherungspflicht der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, www.gd.zh.ch).

Versicherungsprämie

Die Privatversicherer sind bei der Bestimmung der Risikoprämie und Kostenbeteiligung grundsätzlich frei. Die Finanzierung der Versicherung erfolgt ausschliesslich nach privatversicherungsrechtlichen Grundsätzen.

Bei der Berechnung der Risikoprämie ist zu berücksichtigen, dass Privatversicherer nicht von reduzierten Kosten seitens der Leistungserbringer profitieren können (z.B. kantonale Subventionen, Kostenreduktionen gemäss Tarifvertrag). Die Privatversicherer sind dem KVG nicht unterstellt und profitieren nicht von der ergänzenden Finanzierung nach KVG. Deshalb werden die Spalkosten für die Behandlung von privatversicherten Personen bei Privatversicherern höher als bei Krankenkassen ausfallen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die AVB des Privatversicherers müssen so abgefasst werden, dass die substituierende Krankenversicherung KVG-VVG dem System der Sozialversicherung möglichst angenähert wird, ohne dabei gegen die

zwingenden Bestimmungen des VAG und VVG zu verstossen. Beispielsweise muss das vorzeitige Kündigungsrecht im Teilschadenfall nach Art. 42 VVG vertraglich ausgeschlossen werden.

Ergebnis: „gleichwertiger Versicherungsschutz“

Im Ergebnis kann der „gleichwertige Versicherungsschutz“ im Rahmen der substituierenden Krankenversicherung KVG-VVG m.E. wie folgt verstanden werden, wobei die genaue Ausgestaltung mit der zuständigen kantonalen Behörde jeweils zu besprechen ist:

- *Leistungskatalog*: identische Leistungen sowie teilweise abweichende Leistungen mit in der Summe möglichst gleichem Wert im Rahmen einer Privatversicherung;
- *Leistungsmitel*: Begrenzung der Leistungen mit hoher Versicherungssumme;
- *AVB*: inhaltliche Anlehnung an das KAG unter Vorbehalt der zwingenden Bestimmungen des VAG und VVG.

Die Versicherungsprämie und die Kostenbeteiligung können von den Privatversicherern grundsätzlich anhand der versprochenen Leistungen nach privatrechtlichen Grundsätzen frei festgelegt werden.

Unklare Rechtslage

Die Rechtslage im Zusammenhang mit der substituierenden Krankenversicherung KVG-VVG ist unklar. Zunächst besteht bei der Zulassung solcher Versicherungsprodukte eine unterschiedliche kantonale Praxis. Während einzelne Kantone zumindest nach eigener Webseite von Privatversicherern das Unmögliche verlangen, nämlich eine mit dem KVG identische Versicherungsdeckung, lassen andere Kantone Abweichungen in einem beschränkten Umfang zu.

Das BAG fordert auf der eigenen Webseite eine private Versicherung, „deren Deckung derjenigen einer Schweizer Krankenkasse entspricht“ (BAG-Merkblatt auf www.bag.admin.ch). Die zuständige Rechtskonsultantin des BAG kritisierte auf Anfrage die kantonale Praxis. Es seien in der Vergangenheit jeweils Produkte ohne „gleichwertigen Versicherungsschutz“ genehmigt worden. Am besten würden sich ausländische Studierende und Praktikanten ihres Erachtens deshalb entweder bei einer Krankenkasse nach KVG oder einem ausländischen Sozialversicherer versichern lassen.

Die FINMA schliesslich weist auf Anfrage darauf hin, dass ausländische Studierende und Praktikanten für gewöhnlich keinen Wohnsitz in der Schweiz hätten. Solange kein Wohnsitz in der Schweiz begründet würde, liege auch kein schweizerisches Versicherungsgeschäft nach VAG und VVG vor, für das die FINMA zuständig wäre.

Die Thematik des „gleichwertigen Versicherungsschutzes“ im Rahmen der substituierenden Krankenversicherung KVG-VVG betrifft sowohl das Sozialversicherungs- als auch das Privatversicherungsrecht. Vor diesem Hintergrund würde sich eigentlich eine Koordination zwischen den betroffenen Kantonen, dem BAG und der FINMA aufdrängen. Hingegen findet gemäss erhaltener Auskunft offenbar keine institutionalisierte Koordination zwischen den Kantonen statt. Verbindliche Weisungen seitens des BAG an die Kantone bestehen meines Wissens keine. Es gibt nach meinem Kenntnisstand auch keine Koordination zwischen dem BAG und der FINMA.

Berufliche Vorsorge-Versicherung

Obligatorium BVG-Versicherung (Übersicht)

Obligatorische Versicherung BVG

„Berufliche Vorsorge umfasst alle Massnahmen auf kollektiver Basis, die den älteren Menschen, den Hinterbliebenen und Invaliden beim Eintreten eines Versicherungsfalles (Alter, Tod oder Invalidität) zusammen mit den Leistungen der eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise erlauben.“ (Art. 1 Abs. 1 BVG). Das BVG gilt nur für Personen, die bei der eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) versichert sind (Art. 5 BVG).

Nach BVG obligatorisch versichert sind die Arbeitnehmer, die das 17. Altersjahr überschritten haben und bei einem Arbeitgeber einen Jahreslohn von mehr als 21'150 Franken beziehen. Bezüger von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung unterstehen für die Risiken Tod und Invalidität ebenfalls der obligatorischen BVG-Versicherung (Art. 2 BVG). Schliesslich können Berufsgruppen von selbständig Erwerbstätigen vom Bundesrat auf Antrag der obligatorischen BVG-Versicherung allgemein oder für einzelne Risiken unterstellt werden (Art. 3 BVG). Die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung

der Arbeitnehmer gelten sinngemäss, wenn selbständig Erwerbstätige obligatorisch versichert sind (Art. 42 BVG).

Zu versichern ist der Teil des Jahreslohnes von 24'675 bis und mit 84'600 Franken. Dieser Teil des Lohnes wird koordinierter Lohn genannt (Art. 8 BVG). Die Versicherung besteht für die Risiken Tod, Invalidität und Alter. Es wird dementsprechend zwischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenleistungen unterschieden (Art. 13 ff. BVG).

Arbeitgeber, die obligatorisch zu versichernde Arbeitnehmer beschäftigen, müssen eine in das Register für die berufliche Vorsorge eingetragene Vorsorgeeinrichtung errichten oder sich einer solchen anschliessen (Art. 11 BVG). Registrierte Vorsorgeeinrichtungen müssen die Rechtsform einer Stiftung haben oder eine Einrichtung des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit sein. Sie haben Leistungen nach den Vorschriften der obligatorischen Versicherung zu erbringen und müssen nach dem BVG organisiert, finanziert und verwaltet werden (Art. 48 BVG).

Die Vorsorgeeinrichtungen erlassen ein Vorsorgereglement, welches Bestimmungen über die Leistungen, die Organisation, die Verwaltung und Finanzierung, die Kontrolle und das Verhältnis zu den Arbeitgebern, den Versicherten und den Anspruchsberechtigten enthält. Die Vorschriften des BVG gehen den Reglementen der Vorsorgeeinrichtungen vor (Art. 50 BVG).

Bei den Vorsorgeeinrichtungen ist zwischen Einzeleinrichtungen (für Arbeitnehmer eines Unternehmens), Sammeleinrichtungen (für Arbeitnehmer mehrerer Unternehmen mit separaten Reglementen je Unternehmen) und Gemeinschaftseinrichtungen (für Arbeitnehmer mehrerer Unternehmen eines Verbandes mit einheitlichem Reglement) zu unterscheiden. Zudem kann zwischen Vorsorgeeinrichtungen unterschieden werden, die sich auf das Versicherungsobligatorium nach BVG beschränken, und Vorsorgeeinrichtungen, die auch vor- und/oder überobligatorische Leistungen umfassen (umhüllende Kassen). Wenn der Arbeitgeber eine eigene Stiftung errichtet, ergibt sich die Rechtsbeziehung zwischen ihm und der Stiftung aus dem Reglement und den Statuten der Stiftung. Wenn sich der Arbeitgeber einer Sammelstiftung anschliesst, wird ein Anschlussvertrag abgeschlossen, der kein Versicherungs-, sondern ein Innominatsvertrag ist, der den Regeln des OR untersteht.

Zwischen den Arbeitnehmern und der Vorsorgeeinrichtung besteht ein Vorsorgevertrag. Es handelt sich dabei um einen Innominatvertrag. Neben den vorsorgerechtlichen Bestimmungen (BVG/FZG) sind subsidiär auch die allgemeinen Bestimmungen des OR anwendbar. Im Bereich der obligatorischen Vorsorge entsteht der Vorsorgevertrag gewissermassen von Gesetzes wegen mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 BVG). Der Vertragsinhalt ergibt sich direkt aus dem Gesetz. Im Bereich der über- und ausserobligatorischen Vorsorge (umhüllende Vorsorgeversicherung) gilt für die weitergehende Versicherung das Reglement der Vorsorgeeinrichtung.

Zur gemeinsamen Anlage von Vorsorgegeldern können Stiftungen nach Art. 80-89a ZGB gegründet werden. Solche Anlagestiftungen sind Einrichtungen, die der beruflichen Vorsorge dienen und dem BVG unterstehen (Art. 53g BVG).

Im Rahmen der beruflichen Vorsorge bestehen zudem ein Sicherungsfonds und eine Auffangeinrichtung, beide in Form einer Stiftung. Der Sicherungsfonds richtet etwa Zuschüsse an Vorsorgeeinrichtungen aus, die eine ungünstige Altersstruktur aufweisen, und stellt die gesetzlichen Leistungen von zahlungsunfähig gewordenen Vorsorgeeinrichtungen sicher. Die Auffangeinrichtung ist etwa verpflichtet, Arbeitgeber, die ihrer Pflicht zum Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung nicht nachkommen, anzuschliessen oder Personen als freiwillige Versicherte aufzunehmen (Art. 54 ff. BVG).

Die Vorsorgeeinrichtungen müssen Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können. Sie regeln das Beitragssystem und die Finanzierung auf eine Weise, dass die Leistungen im Rahmen des BVG bei Fälligkeit erbracht werden können. Sämtliche Verpflichtungen einer Vorsorgeeinrichtung müssen durch Vorsorgevermögen gedeckt sein (Grundsatz der Vollkapitalisierung) (Art. 65 BVG).

Die Kantone bezeichnen die zuständige Behörde für die Aufsicht über die Vorsorgeeinrichtungen mit Sitz im Kantonsgebiet. Der Bundesrat bestellt eine Oberaufsichtskommission, welche die Aufsichtsbehörden beaufsichtigt (Art. 61 ff. BVG).

Freiwillige Versicherung BVG

Arbeitnehmer und selbständig Erwerbstätige, die der obligatorischen BVG-Versicherung nicht unterstellt sind, können sich nach BVG freiwillig versichern lassen. Die Bestimmungen über die obligatori-

schen Versicherung gelten sinngemäss auch für die freiwillige Versicherung (Art. 4 BVG). Selbständig Erwerbstätige können sich bei der Vorsorgeeinrichtung ihres Berufes oder ihrer Arbeitnehmer versichern lassen (Art. 44 BVG). Nicht obligatorisch versicherte Arbeitnehmer, wenn sie im Dienste mehrerer Arbeitgeber stehen und gesamthaft einen Jahreslohn von über 21'150 beziehen, können sich entweder bei der Auffangeinrichtung oder bei der Vorsorgeeinrichtung, der einer seiner Arbeitgeber angeschlossen ist, freiwillig versichern lassen (Art. 46 BVG).

„Rückversicherung VVG“

Versicherungsart

Private Lebensversicherer versichern in der zweiten Säule die Risiken aus Alter, Invalidität und Tod. Sie sind für Vorsorge- und Sammeleinrichtungen tätig, die nicht gross genug sind, um autonom alle versicherten Risiken oder Teile davon selbst zu tragen. Dementsprechend können sowohl Einzel- als auch Sammeleinrichtungen einzelne Risiken (vor allem Invalidität und Tod) oder alle Risiken auf einen Lebensversicherer übertragen. Im einen Fall gilt die Vorsorgeeinrichtung als teilautonom und im anderen Fall als Vorsorgeeinrichtung mit Vollversicherung. Der Risikotransfer erfolgt über einen Kollektivlebensversicherungsvertrag zwischen Vorsorge- oder Sammeleinrichtung und Lebensversicherer.

Gesetz/Bewilligung/Aufsicht

Im Rahmen der beruflichen Vorsorge ist der Vertrag zwischen der Vorsorgeeinrichtung und dem Lebensversicherer der einzige Vertrag, der dem VVG untersteht. Dabei wird grundsätzlich von Erstversicherung und nicht von Rückversicherung ausgegangen, weil die Vorsorgeeinrichtung nicht der Aufsicht nach VAG untersteht (siehe Art. 101 Abs. 1 Ziff. 2 VVG). Zwischen den Arbeitnehmern und dem Lebensversicherer besteht kein Rechtsverhältnis (anders für Freizügigkeitspolice).

Der Lebensversicherer benötigt eine Bewilligung nach VAG, um das Geschäft der Kollektivlebensversicherung im Rahmen der beruflichen Vorsorge (Versicherungszweig A1) ausüben zu können. Er wird dabei von der FINMA beaufsichtigt.

Versicherungsdeckung

Die Kollektivversicherung in der beruflichen Vorsorge ist unter Umständen als *Mindestversicherung* zu verstehen: Gemäss Art. 39 VAG haben Versicherungsunternehmen, denen das Eigentum an den

Vermögenswerten der von ihnen errichteten und wirtschaftlich oder organisatorisch abhängigen Vorsorgeeinrichtungen übertragen wurde, mindestens die Leistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge zu erbringen. Weitergehende bzw. komplementäre Versicherungsdeckung wäre dementsprechend überobligatorische Versicherung.

Die Versicherungsnehmer haben Anspruch auf Überschussanteile. Die Überschussbeteiligung bzw. Überschusszuweisung ist auf der Grundlage der Betriebsrechnung zu ermitteln. Dabei sind die Erfolgspositionen nach Spar-, Risiko- und Kostenprozess aufzuteilen. Die Berechnung richtet sich nach den Vorschriften der AVO (Art. 141 ff.).

Präventive Produktkontrolle

Es besteht eine präventive Produktkontrolle für die Tarife und AVB der Versicherung sämtlicher Risiken in der beruflichen Vorsorge (Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG; Art. 38 VAG).

Literaturverzeichnis

BAG/BSV, Ratgeber Sozialversicherungen, Ein Praktischer Führer für KMU, Stand 1.1.2016

Boll Christian, Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (BSK-VVG), Art. 71 N 1 ff., Basel 2000

Boll Christian/Stöckli Andrea Stadelmann, Versicherungsvertragsgesetz Nachführungsband (BSK VVG Nachf.Bd.), Art. 71, Basel/Zürich 2012

Bollier Gertrud E., Leitfaden schweizerische Sozialversicherung, 14. überarbeitete Auflage, Pfaffhausen 2015

Burri Jürg, Unfallversicherung nach UVG und ihre Finanzierung, in Soziale Sicherheit CHSS 3/2010, S. 170 ff.

Frey Christoph, Basler Kommentar zum Versicherungsaufsichtsgesetz (BSK-VAG), Art. 33, Basel 2013

Fuhrer Stephan, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Zürich/Basel/Genf 2011

Lacher Alexander, Basler Kommentar zum Versicherungsaufsichtsgesetz (BSK-VAG), Art. 31, Basel 2013

Riemer-Kafka, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 5. Auflage, Bern 2016

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts von 2000

AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen	UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung von 1981
AVO	Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen von 2005	UVG-Z	Kollektive UVG-Zusatzversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit	UVV	Verordnung über die Unfallversicherung von 1982
BGE	Bundesgerichtsentscheid	VAG	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die Versicherungsunternehmen von 2004
BSK	Basler Kommentar	VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag von 1908
BUV	Berufsunfallversicherung	VVV	Verkehrsversicherungsverordnung von 1959
BV	Bundesverfassung		
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge von 1982		
BVGE	Bundesverwaltungsgerichtsentscheid		
BVV 2	Verordnung über die berufliche Alters-Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge von 1984		
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren		
EFTA	European Free Trade Association		
EU	European Union		
E-VVG	Entwurf des Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag von 2011		
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht		
FINMA-RS	Rundschreiben der FINMA		
FINMAG	Bundesgesetz über die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht von 2007		
FZA	Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit von 1999		
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1995		
KVAG	Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung von 2014		
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung von 2015		
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1994		
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung von 1995		
LFG	Bundesgesetz über die Luftfahrt von 1948		
LFV	Verordnung über die Luftfahrt von 1973		
MFZ	Motorfahrzeug		
NBUV	Nichtberufsunfallversicherung		
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) von 1911		
PV	Privatversicherer		
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt		
SVG	Strassenverkehrsgesetz von 1958		

Auf www.ruossvoegele.ch verfügbare Bulletins und Broschüren in PDF-Form

- 2016**
- Private Equity in der Schweiz: Regulierungsvermeidung + Strukturoptimierung (mit Rechtsprechung bis 2015)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Wirklichkeitsnahes Rechtsverständnis und Management von Rechtsrisiken
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Produktionsstandort Schweiz
SWISS MADE – Was gilt für industrielle Produkte?
Chasper Kamer, LL.M.
- 2015**
- Aufsichtsrechtliche Optimierung durch privatrechtliche Strukturierung (Beispiel Geldwäschereibekämpfung)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Neue Meldepflichten beim Erwerb von Aktien
Dr. Franziska Buob
 - Cloud Computing Hinweise zur Vertragsgestaltung
Chasper Kamer Rechtsanwalt, LL.M.
 - Multifunktionale Rückversicherung nach Schweizer Recht
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2014**
- Private Equity in der Schweiz:
Rechtlicher Grundriss und neuere Rechtsprechung bis 2014
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Mehr Schutz für Versicherungsnehmer am Point of Sale (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Praktische Hinweise zum Umgang mit der schweizerischen Finanzmarktaufsicht (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Arbeitszeit und deren Erfassung
Bigna Grauer
 - Regelung des Datenschutzes im multinationalen Konzern (eine Übersicht) (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2013**
- Wettbewerbsabreden und Marktbeherrschung unter besonderer Berücksichtigung des schweizerischen Versicherungsmarktes (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Geschäftsraummiete
Chasper Kamer, LL.M.
 - Aufsichtsrechtliche Optimierung in der unabhängigen Vermögensverwaltung (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Verantwortlichkeit und Haftung des Verwaltungsrats (eine Übersicht) (RVP)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Umstrukturierungen im Versicherungskonzern (eine Übersicht)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Der Vorsorgeauftrag – Delegieren Sie Ihre Sorge(n)
Bigna Grauer
- 2012**
- Entwicklungen im Unternehmens- Datenschutzrecht der Schweiz und der EU im Jahr 2011
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2011**
- Geplante Änderungen im schweizerischen Versicherungsvertragsrecht in Kürze (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im schweizerischen Versicherungsrecht 2011/1 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im schweizerischen Transaktionsrecht 2011/1 (RVP)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Vermeidung der Regulierung von Private Equity-Investitionen in der Schweiz (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.; Alfred Gilgen, LL.M., N.Y. BAR
 - Durchsetzung von Geldforderungen nach der neuen ZPO
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2010**
- Der Aktionärsbindungsvertrag
Chasper Kamer, LL.M.
 - Regulierte Vertragsverhältnisse im schweizerischen Versicherungsgeschäft (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im schweizerischen Transaktionsrecht 2010/1 (Deutsch und Englisch) (RVP)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im Unternehmens-Datenschutzrecht der Schweiz und der EU 1/2010
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- Entwicklungen im schweizerischen Banken- und Kapitalmarktrecht 2010/1 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im schweizerischen Versicherungsrecht 2010/1 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Rechtliche Rahmenbedingungen der Unternehmenssanierung (RVP)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2009**
- Entwicklungen im schweizerischen Transaktionsrecht 2009/2 (Deutsch und Englisch) (RVP)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Überstunden und Überzeit
Dr. Franziska Buob
 - Entwicklungen im schweizerischen Versicherungs-, Banken- und Kapitalmarktrecht 2009/2 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im Datenschutzrecht für Unternehmen in der Schweiz und der EU 2009/2
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Unternehmensleitung in Krisenzeiten
Worauf es zu achten gilt
Dr. Franziska Buob
 - Entwicklungen im schweizerischen Versicherungs-, Banken- und Kapitalmarktrecht 2009/1 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im Datenschutzrecht für Unternehmen in der Schweiz und der EU 2009/1 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Entwicklungen im schweizerischen Transaktionsrecht 2009/1 (RVP)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2008**
- Revision des Revisionsrechtes: Eine Übersicht über die wichtigsten Neuerungen
Sara Sager
 - Entwicklung im schweizerischen Versicherungs-, Banken- und Kapitalmarktrecht 2008/2 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Vom Prozessieren
Dr. Franziska Buob
 - Liegenschaften im Erbgang: Häufige Tücken und Fallen (Teil I: Nachlassplanung)
Pio R. Ruoss
 - Outsourcing
Dr. Marc M. Strolz
 - IP IT Outsourcing
Pascale Gola, LL.M.
 - Entwicklung im schweizerischen Versicherungs-, Banken- und Kapitalmarktrecht 2008/1 (Deutsch und Englisch)
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2007**
- Aktuelles aus dem Bereich des Immaterialgüter- und Firmenrechts
Dr. Martina Altenpohl
 - Die „kleine Aktienrechtsreform“ und Neuerungen im Recht der GmbH
Chasper Kamer, LL.M.
 - Swiss Insurance Law Update 2007/1
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Privatbestechung (Art. 4a UWG)
Dr. Reto T. Ruoss
 - Neue Phase der Freizügigkeit für EU/EFTA-Bürger, deren Familienangehörige und Erbringer von Dienstleistungen in der Schweiz
Alfred Gilgen, LL.M.
 - Revidiertes Datenschutzrecht für Unternehmen in der Schweiz
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Aktuelles aus dem Bereich des Wettbewerbs- und Immaterialgüterrechts
Chasper Kamer, LL.M.
 - Actions Required under New Swiss Collective Investment Schemes Act
Dr. Alois Rimle, LL.M.
- 2006**
- Dokumenten- und Datenaufbewahrung im schweizerischen Unternehmen
Dr. Alois Rimle, LL.M.
 - Schweizerische Versicherungs- und Vermittleraufsicht
Dr. Alois Rimle, LL.M.