

*Gutgeheissen vom Bundesrat am 30. September 2009*

## **Evaluation und Reformvorschläge zur Taggeldversicherung bei Krankheit**

**Bericht des Bundesrates**

in Erfüllung des Postulates 04.3000 der Kommission für soziale Sicherheit und  
Gesundheit des Nationalrates vom 16. Januar 2004

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Ausgangslage</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Die heutige gesetzliche Regelung</b> .....	<b>9</b>
2.1 Die Taggeldversicherung nach KVG.....	9
2.1.1 Gesetzliche Regelung.....	9
2.1.2 Allgemeine Vertragsbedingungen der Versicherer .....	11
2.1.3 Einzelversicherung und Kollektivversicherung .....	12
2.1.4 Versicherungsprämien.....	12
2.1.5 Koordination der Leistungen mit anderen Versicherungen.....	13
2.2 Die Taggeldversicherung nach VVG.....	13
2.2.1 Gesetzliche Auflagen an die Versicherer.....	13
2.2.2 Typischer Inhalt der allgemeinen Vertragsbedingungen .....	14
2.2.3 Versicherungsprämien.....	16
2.2.4 Freizügigkeitsabkommen.....	17
2.2.5 Koordination mit der Taggeldversicherung nach KVG.....	17
2.3 Lohnfortzahlung und Taggeldversicherung nach Arbeitsvertragsrecht.....	17
2.3.1 Lohnfortzahlung nach Gesetz und Rechtsprechung.....	17
2.3.2 Vertragliche Regelungen, insbesondere Gesamtarbeitsverträge .....	18
2.4 Regelungen zur Entschädigung des Erwerbsausfalles wegen Arbeitsunfähigkeit in anderen Sozialversicherungen.....	19
2.4.1 Unfallversicherung .....	19
2.4.2 Mutterschaftsentschädigung.....	20
2.4.3 Arbeitslosenversicherung .....	20
2.4.4 Invalidenversicherung (IV) .....	22
2.5 Koordinationsregeln nach den Freizügigkeitsabkommen mit der EU und dem EFTA-Abkommen .....	24
2.5.1 Rechtsgrundlagen und Geltungsbereich .....	24
2.5.2 Export von Taggeldleistungen .....	24
2.5.3 Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung.....	25
<b>3 Vergleich mit Nachbarstaaten</b> .....	<b>26</b>
<b>4 Der heutige Versicherungsmarkt</b> .....	<b>26</b>
4.1 Höchst versicherbares Taggeld in der Einzelversicherung nach KVG .....	26
4.2 Statistiken zu den Taggeldversicherungen nach KVG und VVG .....	26
4.3 Ad hoc durchgeführte Umfragen .....	27
4.4 Schlussfolgerungen .....	28
<b>5 Beurteilung der heutigen Regelung</b> .....	<b>29</b>
5.1 Versicherung des gleichen Risikos nach zwei unterschiedlichen Gesetzen.....	29
5.2 Die wichtigsten Unterschiede zwischen den beiden Versicherungssystemen.....	30
5.2.1 Gedeckte Risiken.....	30
5.2.2 Freizügigkeit .....	30
5.2.3 Leistungsanspruch nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.....	31
5.2.4 Leistungsdauer .....	31
5.2.5 Leistungscoordination.....	31
5.2.6 Die Früherfassung in der Invalidenversicherung .....	31
5.3 Gründe für die geringe Bedeutung der Taggeldversicherung nach KVG .....	32
5.3.1 Grössere Flexibilität in der Taggeldversicherung nach VVG .....	32
5.3.2 Der Schutz der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG .....	32
5.3.3 Eine freiwillige Sozialversicherung .....	33
<b>6 Vorschläge</b> .....	<b>34</b>
6.1 Vier mögliche Vorschläge .....	34
6.2 Vorschlag 1: Freiwillige soziale Taggeldversicherung als Grundversicherung und Zusatzversicherungen nach VVG .....	34

6.2.1	Abgrenzung der beiden Versicherungen durch Festlegung separater Geltungsbereiche .....	34
6.2.2	Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung .....	35
6.2.3	Beurteilung des Vorschlags 1 .....	36
6.3	Vorschlag 2: Freiwillige Taggeldversicherung ausschliesslich nach dem VVG .....	37
6.3.1	Verzicht auf eine soziale Taggeldversicherung nach KVG. Ergänzung des VVG mit Bestimmungen des KVG zum Schutz der Versicherten.....	37
6.3.2	Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung .....	37
6.3.3	Beurteilung des Vorschlags 2 .....	38
6.4	Vorschlag 3: Obligatorische Taggeldversicherung für unselbstständig Erwerbstätige .....	38
6.4.1	Gleicher Versicherungsschutz gegen den Erwerbsausfall infolge Krankheit wie bei Unfall für alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen.....	38
6.4.2	Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung .....	39
6.4.3	Beurteilung des Vorschlags 3 .....	39
6.5	Vorschlag 4: Obligatorische Erwerbsausfallversicherung für alle Erwerbstätigen ...	40
6.5.1	Ausdehnung der obligatorischen Versicherung gegen den Erwerbsausfall infolge Krankheit auf alle Erwerbstätigen .....	40
6.5.2	Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung .....	41
6.5.3	Beurteilung des Vorschlags 4 .....	42
<b>7</b>	<b>Bisherige Revisionsbestrebungen .....</b>	<b>42</b>
7.1	Frühere, in der Mehrzahl gescheiterte Gesetzgebungsversuche .....	42
7.2	Die Situation nach 1996.....	43
7.2.1	Das KVG.....	43
7.2.2	Parlamentarische Vorstösse.....	44
7.2.3	Volksinitiative „für ein sicheres Einkommen bei Krankheit (Taggeldinitiative)“ ..	44
7.2.4	Petition (00.2014; Für ein sicheres Einkommen bei Krankheit).....	44
7.2.5	Standesinitiative des Kantons Jura (03.301; Lücken und Unstimmigkeiten bei den Taggeldern).....	45
7.2.6	Parlamentarische Initiativen.....	45
<b>8</b>	<b>Schlussfolgerung.....</b>	<b>45</b>

#### **Anhang 1: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007**

T 6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- und Kollektivverträgen 2007 .....	47
--	----

#### **Anhang 2: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007**

T 9.17 Krankenversicherung bei den privaten Versicherungsunternehmen ab 1997 in Mio. Fr. ....	48
---	----

<b>Anhang 3: Vergleich mit Nachbarländern .....</b>	<b>49</b>
---	-----------

## Zusammenfassung

### Die heutige gesetzliche Regelung

Das Risiko eines vorübergehenden Erwerbsausfalles bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit kann heute nach zwei verschiedenen Gesetzen versichert werden, nämlich einerseits gestützt auf das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und andererseits gestützt auf das Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1). Die Taggeldversicherung nach dem KVG ist eine Sozialversicherung und wird von Krankenkassen durchgeführt. Die Taggeldversicherung nach dem VVG beruht auf einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Sie kann durch Versicherungsunternehmen im Sinne des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 2004 betreffend die Aufsicht über die Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) durchgeführt werden. Auch Krankenkassen können die Taggeldversicherung nach dem VVG durchführen, dies gestützt auf die Möglichkeit zur Durchführung von Zusatzversicherungen neben der Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Taggeldversicherung nach KVG anzubieten, und sie müssen dabei bestimmte Auflagen des Gesetzes beachten. Dazu zählen insbesondere:

- Die Aufnahmepflicht: Mit allen am Abschluss einer Versicherung interessierten Personen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren muss eine Versicherung abgeschlossen werden, wobei Versicherungsvorbehalte für bestehende Krankheiten spätestens nach fünf Jahren dahinfallen.
- Die gesetzliche Umschreibung des versicherten Risikos und der Mindestdauer der Leistungen: Die versicherten Leistungen sind bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, subsidiär auch bei Unfall und bei Mutterschaft auszurichten. Das Gesetz umschreibt die Mindestdauer dieser Leistungen.
- Die Pflicht zur Gleichbehandlung: Alle Bewerber müssen hinsichtlich der Höhe und der Dauer des Taggeldes gleich behandelt werden. Ebenso müssen die Krankenkassen für gleiche Leistungen die gleichen Prämien erheben. Diese Pflicht zur Gleichbehandlung besteht allerdings nur in der Einzelversicherung. In der Kollektivversicherung können von der Einzelversicherung abweichende (höhere) Leistungen vereinbart werden und die Prämien können nach dem Risiko des einzelnen Vertrages festgelegt werden.
- Das Recht auf Freizügigkeit und auf Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung: Muss die versicherte Person bei Aufnahme oder Beendigung eines Arbeitsverhältnisses den Versicherer wechseln, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden. Bei Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung besteht ein Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung zu den bisher versicherten Leistungen.
- Der Schutz zugunsten von arbeitslosen Versicherten: Diesen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 Prozent das halbe Taggeld und bei mehr als 50 Prozent das ganze Taggeld auszurichten. Zudem haben arbeitslose Versicherte gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag.

Die Höhe des versicherten Taggeldes wird zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart. Das Gesetz schreibt den Versicherern keine Mindesthöhe des Taggeldes vor. Die Versicherer sind also nicht verpflichtet, einem Bewerber einen Versicherungsschutz anzubieten, den dieser zur Deckung des voraussichtlichen Erwerbsausfalles bei Krankheit benötigt.

In der Taggeldversicherung nach dem VVG gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Es gibt also keine Aufnahmepflicht. Versicherungsvorbehalte für bestehende Krankheiten können zeitlich unbefristet angebracht und bestimmte Krankheitsrisiken von der Leistungspflicht ausgenommen werden. Höhe und Dauer der Leistungen können frei vereinbart werden. Das Gesetz garantiert kein Recht auf Freizügigkeit und auf Übertritt von der Kollektiv- in die Ein-

zelversicherung. Die Bestimmungen des KVG zum Schutz von arbeitslosen Versicherten müssen aber auch in Versicherungsverträgen nach VVG beachtet werden. Das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung ist in den Verträgen in der Regel vorgesehen. Ein Freizügigkeitsabkommen zwischen den Versicherern garantiert unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Freizügigkeit.

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird das Risiko eines Lohnausfalles bei Krankheit auch durch die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber, wie sie im OR (SR 220) und der Rechtsprechung festgehalten ist, abgedeckt. Diese Lohnfortzahlungspflicht hat sehr oft zur Folge, dass die Arbeitgeber Taggeldversicherungen nach dem KVG oder dem VVG abschliessen. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Taggeldversicherung ist meistens auch in Gesamtarbeitsverträgen festgehalten.

### **Keine obligatorische Versicherung**

Sowohl die Taggeldversicherung nach dem KVG wie jene nach dem VVG sind freiwillige Versicherungen. Die Folgen einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit sind also nicht durch eine obligatorische Sozialversicherung abgedeckt; dies im Gegensatz zu anderen Erwerbsauffallrisiken. Die obligatorische Unfallversicherung deckt für alle unselbstständig Erwerbstätigen das Erwerbsausfallrisiko bei Unfall umfassend ab. Die Mutterschaftsentschädigung garantiert allen erwerbstätigen Müttern einen bezahlten Mutterschaftsurlaub von 14 Wochen. Der Erwerbsausfall bei Arbeitslosigkeit ist für unselbstständig Erwerbstätige durch die Arbeitslosenversicherung abgedeckt. Die Invalidenversicherung deckt für die gesamte Bevölkerung das langfristige Erwerbsausfallrisiko wegen einer Krankheit, eines Unfalles oder eines Geburtsgebrechens ab.

### **Auswirkungen der heutigen Regelung**

Die Auswirkungen des geltenden Konzepts von freiwilligen Taggeldversicherungen nach zwei unterschiedlichen Gesetzen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Erwerbsausfall bei Krankheit wird auch ohne eine obligatorische Versicherung weitgehend durch Taggeldversicherungen abgedeckt, weil sowohl die Arbeitgeber wie die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen an solchen Versicherungen interessiert sind.
- Aus den vorhandenen Angaben lässt sich nicht erkennen, wie gross allfällige Lücken im Versicherungsschutz bei unselbstständig Erwerbstätigen sind.
- Die Taggeldversicherung nach dem KVG hat im Vergleich zu jener nach dem VVG nur noch eine geringe Bedeutung. Der Anteil der Taggeldversicherung nach KVG ist stark rückläufig. Auf die Taggeldversicherung nach VVG entfallen etwa 90 Prozent der Prämiensumme aller Taggeldversicherungen.
- An der Taggeldversicherung nach VVG haben die Krankenkassen einen grossen Anteil, allerdings in erster Linie über Tochtergesellschaften, welche als private Versicherungsgesellschaften im Sinne des VAG organisiert sind.

### **Beurteilung der heutigen Regelung**

Zwei Versicherungsmöglichkeiten bestehen somit heute ohne eindeutige Merkmale der Abgrenzung und Unterscheidung neben einander. Sie unterscheiden sich auch nicht in der Trägerschaft, weil die Krankenkassen zwar die Taggeldversicherung nach KVG anbieten müssen, sie gleichzeitig aber auch jene nach dem VVG anbieten können.

Das VVG bietet den Betrieben, welche kollektive Taggeldversicherungen abschliessen wollen, eine grössere Flexibilität in der Ausgestaltung der Versicherung. In der Mehrheit der Fälle ergeben sich bei Versicherungen nach dem VVG günstigere Prämien, weil die gesetzlichen Auflagen des KVG die Versicherung tendenziell verteuern. Diese Auflagen bestehen einerseits in der Aufnahmepflicht und in der gesetzlichen Umschreibung der Mindestdauer der Leistungen, andererseits beziehen sie sich auf aussergewöhnliche Fälle und insbeson-

dere auf die Zeit nach Beendigung eines Arbeitsverhältnisses und den Stellenwechsel. Diese Auflagen sind für die Arbeitgeber, welche in erster Linie ihre Lohnfortzahlungspflicht durch eine Versicherungslösung ersetzen wollen, von geringer Bedeutung. Auch die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen kümmern sich in der Regel erst dann um diese Fragen, wenn das Arbeitsverhältnis und damit der bisherige Versicherungsschutz beendet werden.

Das Nebeneinander von Taggeldversicherung nach KVG und nach VVG führt zum Resultat, dass die Taggeldversicherung nach KVG als Erwerbsausfallversicherung keine grosse Bedeutung mehr hat. Damit verlieren auch die gesetzlichen Schutzklauseln des KVG praktisch ihre Wirkung.

Diese Entwicklung ist im Grunde genommen nicht überraschend. Als freiwillige Versicherung ist die Taggeldversicherung nach KVG eine atypische Sozialversicherung. Die sozialpolitischen Auflagen verteuern eine Sozialversicherung für jene Personen, welche von diesen Auflagen nicht direkt profitieren. Besteht daneben die Möglichkeit, das gleiche Risiko auch mit einer Versicherung abzudecken, für welche diese Auflagen nicht zu beachten sind, wird diese benutzt. Damit kommt es zu einer Risikoselektion, was die Prämienunterschiede zwischen den beiden Versicherungsmöglichkeiten noch vergrössert.

Ein weiteres Merkmal der geltenden Gesetzgebung besteht darin, dass nur die Taggeldversicherung nach KVG in die Koordinationsregelungen zwischen den einzelnen Sozialversicherungen sowie in jene aufgrund der Freizügigkeitsabkommen mit der EU und dem EFTA-Abkommen einbezogen ist. Die mit der 5. IV-Revision eingeführten Bestimmungen über die Früherfassung und Frühintervention bei Personen mit einem erhöhten Risiko einer dauernden Erwerbsunfähigkeit schliessen zwar sowohl die Taggeldversicherung nach KVG wie jene nach VVG ein.

Schliesslich zeigt die Evaluation der heutigen Situation auf, dass die Bedeutung der Taggeldversicherung als Erwerbsausfallversicherung tendenziell nicht abnimmt, ungeachtet davon, dass die Taggeldversicherung nach KVG ihr Wirkungsfeld je länger je mehr der Versicherung nach VVG überlässt.

Ausserdem funktioniert das heutige System mit den sozialpartnerschaftlichen Lösungen für die Mehrheit der Versicherten zufrieden stellend. Im aktuellen politischen und wirtschaftlichen Umfeld ist eine Umgestaltung des heutigen Systems, die mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung für die Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einhergeht, kaum denkbar.

Obwohl es speziell ist, kann das heutige System weitergeführt werden, insofern es einen annehmbaren Schutz gegen das Erwerbsausfallrisiko bietet. Sollte jedoch eine Systemänderung erwogen werden, so kämen vier Varianten in Frage. Diese vier Varianten und ihre Beurteilung sind nachfolgend aufgeführt:

## **Mögliche Varianten**

### *Freiwillige soziale Taggeldversicherung als Grundversicherung und Zusatzversicherungen nach VVG*

Nach dieser Variante bleibt die Taggeldversicherung freiwillig und wie bisher ohne Beiträge der öffentlichen Hand. Dem vom Gesetzgeber erlassenen Sozialversicherungsrecht soll aber in der Weise zum Durchbruch verholfen werden, dass der Erwerbsausfall bei Krankheit innerhalb eines bestimmten Geltungsbereichs – vorzugsweise wie bei der obligatorischen Unfallversicherung bis zu 80 Prozent des versicherten Verdienstes – nur als Sozialversicherung abgeschlossen werden kann. Ausserhalb dieses Geltungsbereichs sind weiterhin Taggeld-

versicherungen nach VVG möglich. Diese werden gewissermassen zu Zusatzversicherungen neben der freiwilligen Grundversicherung nach KVG.

Beurteilung: Mit dem hier vorgeschlagenen Höchstbetrag des versicherten Verdienstes (gleich wie jener nach dem UVG) werden die meisten der bestehenden Versicherungen im bisherigen Leistungsumfang, aber auf der Grundlage des KVG, weitergeführt werden können. Die gesetzlichen Auflagen des KVG schützen die Versicherten insbesondere beim Wechsel der Arbeitsstelle und beim Verlust der Arbeitsstelle bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit. Dieser zusätzliche Schutz kann gewisse Prämien erhöhungen zur Folge haben. Diese sollten aber gering sein, weil sich die Auflagen nur für eine kleine Minderheit der Versicherten auswirken. Entscheidend für die Höhe der Prämien sind die versicherten Leistungen. Diese erfahren mit dem vorliegenden Vorschlag grundsätzlich keine Änderung. Es gelten die Bestimmungen des ATSG, was sich für alle spürbar in erster Linie bezüglich des Verfahrens und des Rechtsweges auswirkt. Die privaten Versicherungsgesellschaften, welche heute die obligatorische Unfallversicherung durchführen, wenden diese Bestimmungen bereits dort an. Sie sind für sie also nicht neu.

Die Grundproblematik einer freiwilligen Sozialversicherung bleibt bestehen (Versicherungsvorbehalte, Kollektivversicherungen als geschlossene Risikogemeinschaften mit entsprechenden Prämienunterschieden).

#### *Freiwillige Taggeldversicherung ausschliesslich nach dem VVG*

Hier besteht der Ansatz darin, dass die Taggeldversicherung nach KVG vollständig aufgehoben wird, nachdem sich erwiesen hat, dass diese in der Praxis mehr und mehr an Bedeutung verliert. Gleichzeitig sollen aber bestimmte im KVG enthaltene Einschränkungen der Vertragsfreiheit in das VVG übernommen werden. Dies betrifft neben dem bereits bestehenden Schutz für arbeitslose Versicherte insbesondere das Recht auf Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung sowie das Recht auf Freizügigkeit nach der bisherigen Regelung des KVG.

Beurteilung: Es wird ein konsistentes gesetzgeberisches Konzept für eine freiwillige Versicherung geschaffen, in welchem nicht mehr zwei gesetzliche Regelungen nebeneinander bestehen. Nachdem bereits heute die meisten Taggeldversicherungen auf der Basis des VVG abgeschlossen sind, dürfte sich der Widerstand gegen diesen Vorschlag in Grenzen halten. Die Diskussion über eine Ergänzung des VVG mit den aufgehobenen Bestimmungen des KVG wird aber nicht zu vermeiden sein. Je nach dem Resultat, wird der Vorschlag 2 sich materiell kaum von Vorschlag 1 unterscheiden, ausser dass das EU-Koordinationsrecht und die Bestimmungen des ATSG nicht anwendbar sind, was sich insbesondere bei der Koordination der Leistungen mit anderen Sozialversicherungen und bei den Regeln über das Verfahren und den Rechtsweg auswirkt.

In einer freiwilligen Privatversicherung – auch diese ohne Beiträge der öffentlichen Hand – wird trotz der Übernahme bestimmter Schutzklauseln des KVG die vom Gesetzgeber statuierte Solidarität zwischen den Versicherten immer lückenhaft sein.

#### *Obligatorische Taggeldversicherung für unselbstständig Erwerbstätige*

Bei dieser Variante wird eine obligatorische Taggeldversicherung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eingeführt, welche das mittelfristige Erwerbsausfallrisiko bei Krankheit abdeckt. Damit wird für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die zum Teil noch bestehende Lücke in der Abdeckung des Erwerbsausfalles wegen Krankheit bis zur Rentenzahlung behoben. Die Leistungsdauer der Versicherung ist zeitlich zu begrenzen. Die Versicherung des langfristigen Erwerbsausfalles bei Krankheit bleibt eine Aufgabe der Rentenversicherungen (Invalidenversicherung und 2. Säule).

Beurteilung: Bei dieser Variante ist der vorübergehende Erwerbsausfall bei Krankheit in gleicher Weise geschützt, wie jener bei einem Unfall. Die obligatorische Versicherung bringt für

die Versicherten beim Wechsel und bei einem Verlust der Arbeitsstelle eine wesentliche Verbesserung des Versicherungsschutzes. Wichtig ist dieser vor allem bei einer fort dauernden Arbeitsunfähigkeit nach einem Verlust der Arbeitsstelle. Die obligatorische Versicherung erleichtert zudem die Koordination mit anderen Sozialversicherungen sowie die Koordination mit den Versicherungssystemen in der EU.

Für die Mehrheit der Versicherten funktioniert das heutige System mit den sozialpartnerschaftlichen Lösungen zufrieden stellend. Ausgestaltungsmöglichkeiten durch die Sozialpartner sind bei einem Obligatorium gering. Im heutigen politischen und wirtschaftlichen Umfeld ist ein weiterer Ausbau der Sozialversicherungen mit zusätzlichen Arbeitgeberbeiträgen kaum denkbar.

### *Obligatorische Erwerbsausfallversicherung für alle Erwerbstätigen*

Bei dieser Variante erstreckt sich die obligatorische Taggeldversicherung grundsätzlich auf alle Erwerbstätigen mit einem Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Erwerbstätigkeit im Sinne des AHVG. Nach dem Vorbild der Invalidenversicherung könnte sie sich auf eine Grundsicherung beziehen, mit welcher nur für einen Teil (z.B. etwa die Hälfte) der Erwerbstätigen der volle Verdienst versichert ist.

Beurteilung: Mit einer Ausdehnung der obligatorischen Versicherung auf alle Erwerbstätigen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Arbeitsstellen heute nicht mehr Lebensstellen sind und auch häufiger zwischen selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit gewechselt wird. Gerade beim Wechsel der Arbeitsstelle und beim Wechsel in eine selbstständige Erwerbstätigkeit hat das Obligatorium Vorteile für die Versicherten. Der Vorteil dieses Vorschlages liegt vor allem in der Förderung der Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt und in der Verbesserung der Koordination mit der IV bezüglich der Früherfassung einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit. Die interinstitutionelle Zusammenarbeit im Sinne von Artikel 68<sup>bis</sup> IVG wird auch institutionell auf eine sichere Basis gestellt. Erst damit lässt sich eine frühe Erfassung der Arbeitsunfähigkeit in komplexen Fällen konsequent und lückenlos organisieren. Eine umfassende Obligatoriumslösung ist politisch zurzeit nicht durchsetzbar. Eine Verpflichtung der Selbstständigerwerbenden zu einer Erwerbsausfallversicherung ist nicht systemkonform.

### **Schlussfolgerung**

Der Bundesrat erachtet den heutigen Zustand mit zwei nebeneinander bestehenden, unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen der Taggeldversicherung zwar nicht als ideal, stellt jedoch fest, dass die Mehrheit der unselbstständig Erwerbstätigen für den Erwerbsausfall bei Krankheit weitgehend gedeckt ist. Die geltende Regelung, die insbesondere auf sozialpartnerschaftlichen Lösungen beruht, hat sich grundsätzlich bewährt. Ein ausreichender Versicherungsschutz kann ebenfalls für einen Grossteil der unselbstständig Erwerbstätigen mittels einer fakultativen Versicherung gewährleistet werden. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Taggeldversicherung so, wie sie heute praktiziert wird, weitergeführt werden kann. In Anbetracht der wirtschaftspolitischen Ausgangslage und der noch laufenden Reformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erachtet er eine Änderung des bestehenden Systems der Taggeldversicherung gemäss den im vorliegenden Bericht aufgezeigten möglichen Varianten nicht als opportun. Nach Ansicht des Bundesrates ist prioritär die Konsolidierung und Systemoptimierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu realisieren.

## **1 Ausgangslage**

Die Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit kann heute nach zwei verschiedenen Gesetzen versichert werden, nämlich einerseits gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und andererseits gestützt auf das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). In beiden Fällen handelt es sich um eine freiwillige Versicherung. Die Versicherung nach dem KVG gilt als Sozialversicherung im Sinne des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Sie muss von Versicherern angeboten werden, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen. Die Versicherungen nach dem VVG werden durch private Versicherungsunternehmen durchgeführt, welche dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstehen.

In verschiedenen politischen Vorstössen wird auf Probleme hingewiesen, die sich aus den heutigen Regelungen ergeben. Mit dem Postulat „Lücken und Unstimmigkeiten bei Taggeldern“ (04.3000) der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) vom 16. Januar 2004 wird der Bundesrat eingeladen, die bestehende KVG-Regelung der Taggeldversicherung und die Mängel der VVG-Praxis einer Evaluation zu unterziehen und einen Bericht mit allfälligen Gesetzgebungsvorschlägen entweder im OR, im KVG, im VVG oder im Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG; SR 837.0) zu unterbreiten. Dabei sind aktuelle gesetzgeberische Entwicklungen (Mutterchaftsversicherung und 5. IVG-Revision) in die Überlegungen einzubeziehen. Der Bundesrat hat dieses Postulat angenommen und in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2004 vorgeschlagen, zunächst die geforderte Evaluation vorzunehmen und in einem zweiten Schritt auf deren Grundlage einen Bericht mit gesetzgeberischen Änderungsvorschlägen zu erstellen und dem Parlament vorzulegen, sofern sich dies aufgrund der Evaluationsergebnisse als nötig erweisen sollte. Das Postulat wurde am 17. März 2004 im Nationalrat behandelt und angenommen.

Im vorliegenden Bericht werden zunächst die heutigen gesetzlichen Regelungen (Taggeldversicherung nach KVG und nach VVG, Lohnfortzahlung und Taggeldversicherung nach Arbeitsvertragsrecht, Entschädigung des Erwerbsausfalles wegen Arbeitsunfähigkeit in anderen Sozialversicherungen) sowie der heutige Versicherungsmarkt dargestellt und beurteilt. Anschliessend werden vier mögliche Lösungsansätze für eine allfällige Systemänderung skizziert. Auf eine detaillierte Beschreibung der Regelungen für die einzelnen Lösungen wird hier verzichtet.

Beim Postulat 04.3000 dürfte – ohne dass dies aus dem Wortlaut des Vorstosses eindeutig hervorgeht – nur die Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit interessieren. Die bisherigen Voten im Nationalrat vom 17. März 2004 waren klar dahingehend. Wie in nachfolgender Ziffer 2.4 aufgezeigt wird, ist denn heute auch mit Ausnahme der temporären Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit das Risiko eines Erwerbsausfalls bei Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen umfassend durch Sozialversicherungen geschützt. Im Bericht wird dementsprechend der Fokus auf die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gelegt.

## **2 Die heutige gesetzliche Regelung**

### **2.1 Die Taggeldversicherung nach KVG**

#### **2.1.1 Gesetzliche Regelung**

Das KVG kennt neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch die freiwillige Taggeldversicherung (3. Titel des KVG, Art. 67 ff.). Die Taggeldversicherung nach KVG ist damit ebenfalls eine Sozialversicherung im Sinne des ATSG. Als einzige Sozialversicherung

auf freiwilliger Basis stellt sie allerdings einen Sonderfall dar. Zudem können die Versicherer neben der Taggeldversicherung nach KVG auch Taggeldversicherungen als Zusatzversicherung nach VVG anbieten<sup>1</sup>. Auf diese Versicherungen ist das KVG nicht anwendbar<sup>2</sup>.

Jeder Versicherer, der eine Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besitzt, ist nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe d KVG verpflichtet, auch die Einzeltaggeldversicherung nach dem KVG durchzuführen. Die Versicherer müssen mit allen in der Schweiz wohnhaften oder erwerbstätigen Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren eine Taggeldversicherung abschliessen, wenn die betreffenden Personen dies beantragen (Aufnahmepflicht). Die Taggeldversicherung ist ein eigenständiger Versicherungszweig. Sie muss nicht beim gleichen Versicherer abgeschlossen werden wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist (Art. 72 Abs. 2 KVG). Die Taggeldversicherung ist also nach ihrem gesetzlichen Konzept eine Erwerbsausfallversicherung bei Krankheit und subsidiär auch bei Unfall (Art. 1a Abs. 2 Bst. b KVG). Das versicherte Taggeld ist auch bei Mutterschaft geschuldet (Art. 74 KVG).

Die Höhe des versicherten Taggeldes wird zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart. Das Gesetz schreibt den Versicherern keine Mindesthöhe des Taggeldes vor. Die Versicherer sind also nicht verpflichtet, einem Bewerber einen Versicherungsschutz anzubieten, den dieser zur Deckung des voraussichtlichen Erwerbsausfalls bei Krankheit benötigt<sup>3</sup>.

Die Versicherer müssen aber alle Bewerber hinsichtlich der Höhe und der Dauer des Taggeldes gleich behandeln (Art. 109 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, [KVV; SR 832.102])<sup>4</sup>.

Neben der Aufnahmepflicht haben die Versicherer in der Taggeldversicherung noch weitere gesetzliche Auflagen zu beachten, nämlich:

- Versicherungsvorbehalte für bestehende Krankheiten fallen spätestens nach fünf Jahren dahin (Art. 69 KVG).
- Bei einem Wechsel des Versicherers wegen Aufnahme oder Beendigung eines Arbeitsverhältnisses, wegen Verlassen des Tätigkeitsgebietes des Versicherers oder wenn der Versicherer die soziale Krankenversicherung nach KVG nicht mehr durchführt, dürfen keine neuen Vorbehalte angebracht werden und der neue Versicherer muss das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern (Art. 70 KVG), und zwar selbst dann, wenn das bisher versicherte Taggeld höher ist als das höchstversicherbare Taggeld des neuen Versicherers<sup>5</sup>.
- Beim Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung ist der Übertritt in die Einzelversicherung zu den bisher versicherten Leistungen möglich. Der Versicherer hat dafür zu sorgen, dass die Versicherten über dieses Recht informiert werden. Unterlässt er dies, bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung (Art. 71 KVG).
- Das versicherte Taggeld ist bei voller Arbeitsunfähigkeit während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt; bei einer Kürzung wegen Überentschädigung besteht ein Anspruch im Gegenwert von 720 vollen Taggeldern (Art. 72 KVG).

---

<sup>1</sup> Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, S. 773, Rz. 1095 (im Folgenden: Eugster, Krankenversicherung); BGE 126 V 499, 502 E. 3d.

<sup>2</sup> Für Arbeitslose im Sinne von Artikel 10 AVIG müssen aber gestützt auf Artikel 110 Absatz 2 VVG die Artikel 71 und 73 KVG beachtet werden, vgl. Ziff. 2.2.1.

<sup>3</sup> Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., Rz. 1101. Ebenso BGE 126 V 490, 495 E. 2.b.

<sup>4</sup> Faktisch gilt dieser Grundsatz allerdings nur innerhalb der Einzelversicherung, nicht aber zwischen Kollektiv- und Einzelversicherung, vgl. Ziff. 2.1.3.

<sup>5</sup> vgl. BGE 126 V 490, 497 f. E. 3.a.

- Arbeitlosen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 Prozent das halbe und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 Prozent das ganze Taggeld auszurichten (Art. 73 KVG).
- Bei Mutterschaft ist das versicherte Taggeld während 16 Wochen zu leisten, sofern die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war (Art. 74 KVG). Das Taggeld ist unter Berücksichtigung des Verbots der Überentschädigung (Art. 69 ATSG) subsidiär zu den Leistungen der Mutterschaftsentschädigung nach dem Bundesgesetz vom 25. September 1952 über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (Erwerbssersatzgesetz, EOG; SR 834.1) auszurichten (Art. 110 KVV).
- Der Versicherer muss für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien erheben. In der Kollektivversicherung können von der Einzelversicherung abweichende Prämien erhoben werden. Die Prämien sind nach den Grundsätzen des Ausgabenumlageverfahrens festzulegen (Art. 75 – 77 KVG). Die Prämientarife müssen durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigt werden (Art. 92 und 108 KVV).

Mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses verliert die versicherte Person jeden Anspruch auf die versicherten Leistungen, selbst wenn sie in diesem Zeitpunkt arbeitsunfähig ist<sup>6</sup>. Dafür haben die Versicherten das Recht auf einen Wechsel des Versicherers und auf Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung (Art. 70 und 71 KVG).

Die Bestimmungen von Artikel 70 KVG über den Wechsel des Versicherers werden durch ein Freizügigkeitsreglement von *santésuisse* ergänzt. Der sich bereits aus dem Gesetz ergebende Freizügigkeitsanspruch wird dadurch allerdings nicht erweitert. Das Reglement verweist auf das Freizügigkeitsabkommen des Schweizerischen Versicherungsverbandes/SVV (vgl. Ziff. 2.2.4). Damit wird aber keine Verpflichtung zu einer Freizügigkeit zwischen Taggeldversicherungen nach KVG und nach VVG eingeführt. Der Verweis bezweckt vielmehr, die Bestimmungen des Freizügigkeitsabkommens des SVV bezüglich der Ausstellung von Offerten an Versicherungsnehmer und die Verfahrensregeln über die Streitschlichtung zwischen Versicherern bei Wechsel eines Versicherers zu übernehmen.

### 2.1.2 Allgemeine Vertragsbedingungen der Versicherer

Die Versicherer können die Höhe ihrer Leistungen sowie die notwendigen Regelungen zur administrativen Durchführung der Taggeldversicherung in allgemeinen Versicherungsbedingungen festhalten. Das Rechtsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer beruht auf einem öffentlich-rechtlichen Vertrag<sup>7</sup>. Für die Versicherten wird der Inhalt der allgemeinen Vertragsbedingungen aber nur verbindlich, wenn dieser im einzelnen Versicherungsvertrag übernommen wird. Das gilt grundsätzlich auch für jede Änderung des Vertrages und der allgemeinen Vertragsbedingungen. Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) lässt allerdings zu, dass Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen durch Publikation in einem offiziellen Publikationsorgan des Versicherers erfolgen können. Die Übernahme dieser Rechtsprechung aus dem früheren Recht widerspricht dem Grundsatz des Vertragsrechts<sup>8</sup>, wonach der Vertrag nur im gegenseitigen Einvernehmen geändert werden kann. Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) beruhte die Krankenversicherung auf der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse<sup>9</sup>, weshalb die Kasse die Versicherungsbedingungen einseitig beschliessen konnte. Heute beruht die Versicherung aber auf einem Vertrag. Die einseitige Änderung des Vertrages ist nur möglich, wenn die allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Änderungsklausel enthalten.

<sup>6</sup> BGE 125 V 106 ff., 110 E. 3.

<sup>7</sup> Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., Rz. 1098.

<sup>8</sup> So auch Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., Rz. 1098. Vgl. die dort und in Rz. 1099 angeführte Rechtsprechung

<sup>9</sup> vgl. auch Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 202 (im Folgenden: Botschaft zum KVG)

### 2.1.3 Einzelversicherung und Kollektivversicherung

Das KVG verpflichtet die Versicherer nur zur Durchführung der Einzelversicherung, lässt aber auch die Taggeldversicherung als Kollektivversicherung zu. Möglich sind Kollektivversicherungen der Arbeitgeber für ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen und Berufsverbänden für ihre Mitglieder. Die Prämien der Kollektivversicherung können von jenen der Einzelversicherung abweichen. Sie werden von der Aufsichtsbehörde nicht genehmigt. Der Versicherer hat sie aber so festzulegen, dass die Kollektivversicherung als Ganzes mindestens selbsttragend ist (Art. 77 KVG).

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Kollektivversicherung weichen oft von jenen der Einzelversicherung ab. Während in der Einzelversicherung das Taggeld oft auf einen relativ geringen Höchstbetrag begrenzt ist, wird das Taggeld in der Kollektivversicherung meistens als Prozentsatz des effektiven Lohnes (in der Regel 80 Prozent) festgelegt und ein allfälliger Höchstbetrag des versicherbaren Jahreslohnes wird im einzelnen Versicherungsvertrag (Police) vereinbart. Dies führt im Ergebnis dazu, dass in der Einzelversicherung ein anderer Höchstbetrag gilt als in der Kollektivversicherung und in der Kollektivversicherung kann dieser von Vertrag zu Vertrag unterschiedlich sein. Der Grundsatz der Gleichbehandlung gemäss Artikel 109 KVV wird also in der Praxis nur innerhalb der Einzelversicherung sowie innerhalb des einzelnen Kollektivvertrages, nicht aber zwischen Einzelversicherung und Kollektivversicherung beachtet.

### 2.1.4 Versicherungsprämien

In der Einzelversicherung haben die Versicherer den vom BAG genehmigten Prämientarif anzuwenden. Die Prämie steht in einem direkten Verhältnis zur Höhe des versicherten Taggeldes. Sie kann nach Eintrittsalter und Regionen abgestuft werden. Wird eine Wartefrist von mehr als drei Tagen vereinbart, kann die Prämie entsprechend gekürzt werden. Bei einer Wartefrist von 30 Tagen ergibt sich im Jahr 2007 folgende monatliche Durchschnittsprämie pro versicherten Franken/Tag<sup>10</sup>:

<b>Eintrittsalter</b>	-20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65
<b>Krankheit</b>	1.36	1.42	1.52	1.60	1.63	1.75	1.94	2.23	2.39	2.73
<b>Krankh./Unfall</b>	1.44	1.50	1.63	1.74	1.78	1.95	2.18	2.57	2.77	3.22

In der Kollektivversicherung können die Versicherer von der Einzelversicherung abweichende Prämientarife verwenden. Die Prämien sind so festzulegen, dass die Kollektivversicherung mindestens selbsttragend ist. Sowohl die Höhe des Taggeldes wie die Prämie werden in der Regel als Prozentsatz des AHV-pflichtigen Lohnes festgelegt. Die Prämien können nach dem Risiko und dem Risikoverlauf des einzelnen Vertrages festgelegt werden. Dabei werden auch Überschussbeteiligungen vereinbart. Das KVG enthält indessen im Gegensatz zum VVG (vgl. Ziff. 2.2.2.5) keine Bestimmungen zur Überschussbeteiligung. Die Prämienrechnung geht an den Versicherungsnehmer (Arbeitgeber). Sie beruht in der Regel auf der AHV-pflichtigen Gesamtlohnsumme. Die Prämienzahlungspflicht der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ist Gegenstand des Arbeitsvertrages (vgl. Ziff. 2.3.1).

Die Prämien der Kollektivversicherung sind vom BAG nicht zu genehmigen, weshalb keine allgemein gültigen Angaben zur Höhe dieser Prämien verfügbar sind. Eine vom BAG im Dezember 2007 ad hoc durchgeführte Umfrage bei Krankenversicherern zeigt, dass es hier grosse Unterschiede gibt. Dies ist an sich nicht überraschend, nachdem in der Kollektivversicherung die Prämien nach dem Risiko des einzelnen Vertrages festgelegt werden können.

Aus dem Grundsatz, dass mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses auch der Anspruch auf Versicherungsleistungen aufhört (vgl. vorne Ziff. 2.1.1), folgt, dass das versicherte Taggeld nur ausbezahlt wird, wenn für den betreffenden Zeitraum auch die Prämie

<sup>10</sup> Angabe des BAG gestützt auf die zehn grössten Taggeldversicherer (nach Anzahl Versicherte in der Einzelversicherung).

bezahlt wird. In der Einzelversicherung ist also die Prämie auch während des Bezugs des versicherten Taggelds zu entrichten. Wird in der Kollektivversicherung die Prämie auf der Grundlage der AHV-pflichtigen Gesamtlohnsumme eines Betriebs erhoben, erfolgt die Taggeldzahlung, solange die anspruchsberechtigte Person zum versicherten Kollektiv zählt. In der Regel besteht deshalb die Versicherung für die Dauer des Arbeitsverhältnisses. Wird dieses aufgelöst, entsteht der Anspruch auf Übertritt in die Einzelversicherung. Ist die in die Einzelversicherung übertretende Person arbeitsunfähig, muss das versicherte Taggeld ohne neue Wartefrist ausbezahlt werden. Gleichzeitig ist aber die für die Einzelversicherung geltende Prämie zu bezahlen.

### 2.1.5 Koordination der Leistungen mit anderen Versicherungen

Für die Koordination der Leistungen mit anderen Sozialversicherungen sind die Bestimmungen des ATSG zu beachten. Insbesondere gilt der Grundsatz, dass das Zusammentreffen von Leistungen der Sozialversicherungen gleicher Art und Zweckbestimmung nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen darf (Art. 69 ATSG). Dabei gehen bei einem Zusammentreffen von Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen anderer Sozialversicherungen die Leistungen der anderen Sozialversicherungen vor (Art. 110 KVV). Die Leistungskürzung wegen Überentschädigung findet also auf den Taggeldern der Krankenversicherung statt.

Eine Kürzung der Leistungen wegen Überentschädigung im Sinne von Artikel 69 ATSG erfolgt auch, wenn jemand bei mehr als einem Taggeldversicherer nach KVG versichert ist. Die Kürzung erfolgt bei jedem Versicherer anteilmässig zum Gesamtbetrag der versicherten Taggelder (Art. 122 Abs. 2 KVV).

Die Koordinationsregeln des ATSG und des KVG gelten nur im Verhältnis unter Sozialversicherungen. Taggeldleistungen nach KVG können deshalb nicht unter Hinweis auf das Verbot der Überentschädigung gekürzt werden, wenn gleichzeitig noch ein Anspruch auf Taggeldleistungen einer Versicherung nach dem VVG besteht<sup>11</sup>. Hingegen kann der Versicherungsvertrag nach VVG eine Leistungskürzung wegen Überentschädigung vorsehen<sup>12</sup>. Im Verhältnis zwischen Taggeldversicherungen nach dem KVG und dem VVG erfolgt die Kürzung wegen Überentschädigung also faktisch bei der Versicherung nach dem VVG.

Spezielle Bestimmungen gelten für die Koordination mit der Arbeitslosenversicherung. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit sind die Leistungen der Arbeitslosenversicherung und der Taggeldversicherung gegenseitig abgestimmt (vgl. Art. 73 Abs. 1 KVG und Art. 28 Abs. 1 und 4 AVIG)<sup>13</sup>. Zudem haben arbeitslose Versicherte gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag. Dies unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung (Art. 73 Abs. 2 KVG).

## 2.2 Die Taggeldversicherung nach VVG

### 2.2.1 Gesetzliche Auflagen an die Versicherer

#### 2.2.1.1 Versicherungsvertragsgesetz

Neben der Taggeldversicherung nach KVG können Taggeldversicherungen auch gestützt auf das VVG abgeschlossen werden. Hier gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Das bedeutet insbesondere, dass die Versicherer

- selber entscheiden, mit wem sie einen Vertrag abschliessen (keine Aufnahmepflicht) und ob sie für bereits bestehende Risiken zeitlich unbefristete Versicherungsvorbehalte anbringen;

<sup>11</sup> RKUV 2005 KV 350, S. 421

<sup>12</sup> Vgl. Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., Rz. 1167.

<sup>13</sup> Vgl. auch hinten Ziff. 2.4.3.

- die Höhe des Taggeldes und die Leistungsdauer ohne gesetzliche Auflagen mit den Versicherten frei vereinbaren;
- bestimmte Risiken von der Versicherung ausnehmen können.

Das Fehlen einer Aufnahmepflicht hat zur Folge, dass die Versicherer bei einer Auflösung des Versicherungsverhältnisses infolge einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht verpflichtet sind, die bisher in einer Kollektivversicherung versicherte Person in die Einzelversicherung aufzunehmen. In den allgemeinen Versicherungsbedingungen wird aber in der Regel ein solches Übertrittsrecht eingeräumt (vgl. Ziff. 2.2.2). Eine gesetzliche Aufnahmepflicht besteht zugunsten von Versicherungsnehmern und Versicherten, die nach Artikel 10 AVIG als arbeitslos gelten. Hier haben die Versicherer gestützt auf Artikel 100 Absatz 2 VVG die Bestimmungen von Artikel 71 KVG (Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung) und Artikel 73 KVG (Koordination mit der Arbeitslosenversicherung) zu beachten. Die Bestimmung des KVG über die Freizügigkeit beim Wechsel des Versicherers (Art. 70 KVG) ist hingegen auf die Taggeldversicherungen nach VVG nicht anwendbar.

### *2.2.1.2 Versicherungsaufsichtsgesetz*

Versicherer, welche die Taggeldversicherung nach dem VVG durchführen wollen, unterstehen dem Versicherungsaufsichtsgesetz. Die Aufsicht wurde bisher durch das Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) ausgeübt. Seit dem 1. Januar 2009 ist die Eidg. Finanzmarktaufsicht (FINMA) dafür zuständig. Sie bezweckt den Schutz der Versicherten vor den Insolvenzrisiken der Versicherungsunternehmen und vor Missbräuchen. Dieser Aufsicht unterstehen nach Artikel 12 Absatz 2 KVG auch Krankenkassen, soweit sie gestützt auf das VVG neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anbieten (Art. 21 Abs. 2 KVG). Die Taggeldversicherung nach VVG gilt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Eidg. Versicherungsgericht) als Zusatzversicherung im Sinne von Artikel 12 Absatz 2 KVG<sup>14</sup>.

Mit Inkrafttreten des neuen VAG am 1. Januar 2006 ist die vorgängige Genehmigung der Tarifverträge durch die Aufsichtsbehörde (präventive Tarifkontrolle) grundsätzlich weggefallen. Eine Ausnahme besteht aber für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (Art. 4 Abs. 2 Bst. r VAG). Die kollektive Taggeldversicherung nach VVG gilt indes nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nicht als Zusatzversicherung im Sinne dieser Ausnahmeklausel des VAG<sup>15</sup>. Die Tarife der Einzeltaggeldversicherung unterstehen nach der Praxis der FINMA (bis zum 31. Dezember 2008 BPV) aber weiterhin der präventiven Tarifkontrolle.

## 2.2.2 Typischer Inhalt der allgemeinen Vertragsbedingungen

Das VVG enthält zum Inhalt des Vertragsverhältnisses praktisch keine zwingenden Vorschriften. Massgebend sind deshalb faktisch die von den Versicherern erstellten allgemeinen Versicherungsbedingungen. Für die Versicherungsnehmer werden diese nur verbindlich, wenn sie ausdrücklich in die einzelnen Verträge aufgenommen werden. Ihr typischer Inhalt lässt sich wie folgt zusammenfassen:

### *2.2.2.1 Abschluss der Versicherung*

Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt in der Einzelversicherung grundsätzlich gestützt auf eine Gesundheitsbefragung und allenfalls eine Gesundheitsprüfung. Stellt sich nachträglich heraus, dass ein Bewerber falsche Angaben gemacht hat, behalten sich die Versicherer eine rückwirkende Auflösung des Vertrages vor. In Kollektivverträgen mit Betrieben wird in der Regel auf eine Gesundheitsbefragung verzichtet. Die Versicherer gehen hier offenbar davon aus, dass sich bereits der Arbeitgeber beim Abschluss des Arbeitsvertrages Rechenschaft über den Gesundheitszustand seiner Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

<sup>14</sup> BGE 126 V 499, 502 E. 2.b.

<sup>15</sup> Vgl. dazu hinten Ziff. 2.2.3.

gibt. Zudem hat der Versicherer die Möglichkeit, die Prämien dem Risikoverlauf des einzelnen Kollektivvertrages anzupassen.

#### *2.2.2.2 Mutterschaft*

Ob bei Mutterschaft eine Leistungspflicht besteht, kann im einzelnen Versicherungsvertrag vereinbart werden. Bei einem Einschluss der Mutterschaft erhöht sich die Prämie entsprechend. Die Karenzzeit für Leistungen bei Mutterschaft ist oft länger als die 270 Tage gemäss der Taggeldversicherung nach KVG (Art. 74 Abs. 1 KVG). Falls Mutterschaftsleistungen eingeschlossen sind, werden diese nach den Regeln der Überversicherung nur subsidiär zu den Mutterschaftsleistungen gemäss EOG und KVG ausgerichtet.

#### *2.2.2.3 Ausschluss von Risiken*

Die allgemeinen Vertragsbedingungen enthalten in der Regel eine ausführliche Auflistung von Risiken, für welche keine Leistungen ausgerichtet werden. Dazu zählen insbesondere die vorsätzliche oder grobfahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen, der Konsum von Drogen und der Missbrauch von Alkohol und Medikamenten, die Teilnahme an Demonstrationen und Unruhen, die Beteiligung an Raufereien. Ausgeschlossen werden auch Taggeldleistungen nach bestimmten Behandlungen wie Abmagerungskuren und Kräftigungstherapien, kosmetischen Behandlungen sowie ganz generell bei Arbeitsunfähigkeit nach unwirtschaftlichen, unzweckmässigen und unwirksamen Behandlungen.

#### *2.2.2.4 Höhe der Leistungen*

Für Erwerbstätige werden in der Regel Taggelder vereinbart, welche den Erwerbsausfall bis zu einer maximalen Höhe (z.B. analog zum höchstversicherten Verdienst nach dem UVG<sup>16</sup>) voll oder zu einem bestimmten Prozentsatz (z.B. 80 Prozent) decken. Für Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit von Haushaltführenden liegt das maximal versicherbare Taggeld zwischen 40 und 100 Franken. Die maximale Leistungsdauer beträgt in der Regel entweder 730 oder 365 Tage.

Die Taggelder können als Schaden- oder als Summenversicherung definiert sein. Bei der Schadenversicherung kann das versicherte Taggeld wegen Mehrfachversicherung (Abschluss von mehreren Taggeldversicherungen) oder wegen Übererentschädigung (z.B. Zusammentreffen mit Leistungen von Sozialversicherungen) gekürzt werden. Bei Summenversicherungen wird das versicherte Taggeld immer ausgerichtet, wenn das versicherte Risiko (Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit) eingetreten ist.

#### *2.2.2.5 Prämien/Überschussbeteiligung*

Die Höhe der Prämie wird im Versicherungsvertrag vereinbart. In der Einzelversicherung wird die Prämie in der Regel in Prozent des versicherten Taggeldes definiert, in der Kollektivversicherung in Prozent des versicherten Verdienstes. Die Prämien können sowohl in der Einzel- wie in der Kollektivversicherung nach dem Risiko und dem Risikoverlauf festgelegt werden. In Kollektivverträgen kann die Erfahrungstarifizierung und eine Überschussbeteiligung vereinbart werden. Die Art der Berechnung des Überschusses muss im Vertrag vereinbart werden<sup>17</sup>. Im Prinzip handelt es sich um einen Vergleich zwischen einbezahlten Prämien und ausbezahlten Leistungen einschliesslich Verwaltungskosten, Rückstellungen und Reserven. Die Berechnung erfolgt in der Regel für eine Periode von drei Versicherungsjahren. Ein Anteil des Überschusses wird in der Regel dem Versicherungsnehmer ausbezahlt.

#### *2.2.2.6 Ende des Versicherungsschutzes/Übertritt in die Einzelversicherung*

In der Einzelversicherung endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung des Vertrages. In der Kollektivversicherung endet der Versicherungsschutz für die Versicherten zudem, wenn sie aus dem Kreis des versicherten Kollektivs ausscheiden, also insbesondere bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Für diesen Fall statuieren die Allgemeinen Versicherungs-

<sup>16</sup> Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, SR 832.20

<sup>17</sup> Vgl. Art. 123 der Verordnung vom 9. November 2005 über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Aufsichtsverordnung, AVO; SR 961.011)

bedingungen in der Regel ein Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung. Dabei wird die Pflicht zur Information der Versicherten dem Versicherungsnehmer übertragen. Die Versicherer selber haben also im Gegensatz zu Artikel 71 Absatz 2 KVG keine Verpflichtung, selber dafür zu sorgen, dass die versicherten Personen über dieses Recht informiert werden. Sie können demzufolge nicht verpflichtet werden, die bisher versicherte Person weiter zu versichern, wenn der Versicherungsnehmer seine Informationspflicht verletzt hat<sup>18</sup>. Dies hängt damit zusammen, dass die Versicherten dem Versicherer in der Regel nicht bekannt sind und auch nicht gemeldet werden. Für die Berechnung der Prämie wird meist nur die gesamte Lohnsumme nach AHV gemeldet.

Bezieht die versicherte Person aber im Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherten Kollektiv bereits Leistungen, muss der Versicherer diese auch nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses weiter leisten. Es gilt der Grundsatz, dass die versicherten Leistungen geschuldet sind, wenn der Schaden während der Dauer der Versicherung eintritt und die Leistungen sind solange zu erbringen, wie sie nach den vereinbarten Versicherungsklauseln gerechtfertigt sind<sup>19</sup>. Faktisch sind die Leistungen also für einen laufenden Fall bis zur Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit oder bis zum Erreichen der maximalen Leistungsdauer zu erbringen. Dies gilt allerdings nur, wenn der Vertrag nicht ausdrücklich etwas anderes vorsieht. Die meisten Verträge sehen heute eine Versicherung nur bis zum Austritt aus dem Kreis der Versicherten vor, allenfalls mit einer kurzen Nachdeckung von 30 Tagen. Die Fortsetzung des Versicherungsschutzes ist also nur bei Übertritt in die Einzelversicherung gewährleistet.

### 2.2.3 Versicherungsprämien

Nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe r VAG müssen die Versicherer bei Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung der Aufsichtsbehörde auch die Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Genehmigung unterbreiten (präventive Tarifkontrolle). Das BPV hat gestützt auf diese am 1. Januar 2006 in Kraft getretene Bestimmung zunächst festgestellt, die kollektive Taggeldversicherung gelte als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, weshalb die Prämientarife vor ihrer Anwendung von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden müssten. Das Bundesverwaltungsgericht ist indessen in seinem Urteil vom 25. Mai 2007<sup>20</sup> zur Auffassung gelangt, die kollektive Taggeldversicherung nach VVG könne nicht als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrachtet werden, denn es handle sich um eine selbstständige, umfassende Versicherung des Privatversicherungsrechts, welche ein Arbeitgeber für seine Angestellten abschliesse. Gestützt auf dieses rechtskräftig gewordene Urteil verlangt das BPV (heute die FINMA) nur noch in der Einzelversicherung eine vorgängige Genehmigung der Tarifverträge. Die Genehmigungspflicht wird damit in der Taggeldversicherung nach VVG gleich gehandhabt wie in der Taggeldversicherung nach KVG.

Auch für die Taggeldversicherung nach dem VVG fehlt es wie bei der Taggeldversicherung nach KVG an statistischen Angaben über die Höhe der Prämien. Nach Auskunft des BPV gibt es sehr grosse Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Kollektivverträgen und auch grosse Prämienunterschiede zwischen der Kollektiv- und der Einzelversicherung. Die Prämien der Kollektivversicherungen sind in der Regel tiefer als die Prämientarife der Einzelversicherung. Dies ist in erster Linie auf Unterschiede in der Risikostruktur und die Überführung von laufenden Schadenfällen (nach der Kündigung durch den Arbeitgeber) gestützt auf das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung zurückzuführen. Die Feststellungen des BPV werden durch die Ergebnisse einer Umfrage des BAG bei grösseren Krankenkassen, welche auch die Taggeldversicherung nach VVG durchführen, bestätigt.

<sup>18</sup> Vgl. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 14. August 2007, E. 4.2.3.3.

<sup>19</sup> BGE 127 III 106, 109 E. 3.b.

<sup>20</sup> Entscheide des Schweizerischen Bundesverwaltungsgerichts [BVGE] 2007/50 S. 670

## 2.2.4 Freizügigkeitsabkommen

Mitglieder des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) und Krankenversicherer nach Artikel 12 KVG können einem vom SVV ausgearbeiteten Freizügigkeitsabkommen beitreten. Das Abkommen bezieht sich auf Kollektivtaggeldverträge nach VVG und KVG, nicht aber auf KVG-Fälle unter Krankenversicherern. Die Einzeltaggeldversicherung fällt nicht unter das Abkommen<sup>21</sup>. Das Abkommen bezieht sich auf die Risiken Krankheit und Schwangerschaftskomplikationen, nicht aber auf die Niederkunft (Taggeld bei Mutterschaft).

Kommt das Abkommen zur Anwendung, darf der neue Versicherer keine neuen Vorbehalte anbringen, soweit damit nicht eine Höherversicherung verbunden ist. Kennt der neue Versicherer eine Altersabstufung nach dem Eintrittsalter, wird das beim Vorversicherer gültige Eintrittsalter übernommen. Nicht voll arbeitsfähige Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis stehen, müssen im Umfang der bestehenden Arbeitsfähigkeit beim neuen Versicherer weiterversichert werden. Laufende Schadenfälle gehen mit dem Datum des Versichererwechsels zu Lasten des neuen Versicherers.

Im Weiteren verpflichtet das Abkommen die bisherigen Versicherer eines Kollektivvertrages, einem anderen Versicherer, der zur Offertabgabe eingeladen worden ist, Angaben über Vertragsdauer, Deckungsumfang, abgerechnete Lohnsummen, Schadenerfahrung sowie laufende Schadenfälle und Vorbehalte zu machen.

## 2.2.5 Koordination mit der Taggeldversicherung nach KVG

Zwischen den Leistungen der Taggeldversicherung nach KVG und jenen nach VVG gibt es keine gesetzlichen Koordinationsregeln. Die Taggeldleistungen nach KVG können nicht gekürzt werden, wenn gleichzeitig noch ein Anspruch auf Leistungen nach VVG besteht<sup>22</sup>. Hingegen sehen die Allgemeinen Vertragsbedingungen nach VVG in diesen Fällen eine Kürzung wegen Überentschädigung vor. Fallen Taggeldleistungen nach VVG von mehreren Versicherern zusammen, können die Allgemeinen Vertragsbedingungen eine proportionale Kürzung vorsehen (vgl. Art. 71 Abs. 1 VVG).

## 2.3 Lohnfortzahlung und Taggeldversicherung nach Arbeitsvertragsrecht

### 2.3.1 Lohnfortzahlung nach Gesetz und Rechtsprechung

Im Falle von unverschuldeter Verhinderung an der Arbeitsleistung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Militärdienst usw. muss der Arbeitgeber gestützt auf das Arbeitsvertragsrecht des OR für eine beschränkte Zeit den Lohn fortzahlen. Hat das Arbeitsverhältnis mehr als drei Monate gedauert oder ist es für mehr als drei Monate eingegangen, ist der Lohn im ersten Dienstjahr während drei Wochen zu bezahlen, nachher für eine „angemessene längere Zeit“ (Art. 324a OR). Diese angemessene Dauer wird in der Rechtsprechung näher umschrieben. Dabei gelten folgende Skalen und Richtwerte:

Dienstjahre	Basler Skala	Berner Skala	Zürcher Skala
1. Dienstjahr	3 Wochen	3 Wochen	3 Wochen
2. Dienstjahr	2 Monate	1 Monat	8 Wochen
3. Dienstjahr	2 Monate	2 Monate	9 Wochen
4. Dienstjahr	3 Monate	2 Monate	10 Wochen
5. Dienstjahr	3 Monate	3 Monate	11 Wochen
6. Dienstjahr	3 Monate	3 Monate	12 Wochen
7. Dienstjahr	3 Monate	3 Monate	13 Wochen
8. Dienstjahr	3 Monate	3 Monate	14 Wochen
9. Dienstjahr	3 Monate	3 Monate	15 Wochen
10. Dienstjahr	3 Monate	4 Monate	16 Wochen
11. Dienstjahr	4 Monate	4 Monate	17 Wochen

<sup>21</sup> Es ist aber auch beim Übertritt von einer Einzelversicherung in eine Kollektivversicherung anwendbar, wenn die betreffende Person ursprünglich aufgrund eines Übertrittsrechts von einer Kollektivversicherung in die Einzelversicherung gewechselt hat.

<sup>22</sup> RKUV 2005 KV 350, S. 421

Beginnt während der Arbeitsverhinderung ein neues Dienstjahr, richtet sich der Anspruch nach dem neuen Dienstjahr.

### 2.3.2 Vertragliche Regelungen, insbesondere Gesamtarbeitsverträge

Durch schriftliche Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag (GAV) kann eine abweichende Regelung getroffen werden, wenn sie für den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin mindestens gleichwertig ist (Art. 324a Abs.4 OR). Eine solche vertragliche Regelung verpflichtet häufig den Arbeitgeber zum Abschluss einer Krankentaggeldversicherung für seine Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Nach Lehre und Rechtsprechung sind diese Versicherungslösungen auf jeden Fall gleichwertig, wenn sie im Krankheitsfall nach höchstens drei Karenztagen während 720 Tagen (innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen) 80 Prozent des Lohnes abdecken, und der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Versicherungsprämien bezahlt. Es können auch Versicherungen abgeschlossen werden, die nebst Leistungen bei Krankheit auch Leistungen bei Mutterschaft erbringen.

Im GAV wird häufig die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers ausgeweitet oder sie wird ganz oder teilweise durch eine Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abschluss einer Taggeldversicherung abgelöst. Regelungen mit einer Lohnfortzahlungspflicht von mehreren Monaten ohne Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abschluss einer Taggeldversicherung kommen zum Teil in öffentlich-rechtlichen Betrieben oder in Unternehmen vor, welche aufgrund ihrer Grösse in der Lage sind, das Risiko einer lang dauernden Lohnfortzahlungspflicht selber zu tragen. Bei einer Kombination der beiden Möglichkeiten wird die nach Lehre und Rechtsprechung geltende Minimalverpflichtung (Taggeld von 80 Prozent des Lohnes während einer Leistungsdauer von 720 Tagen, Leistungsbeginn nach höchstens drei Karenztagen, mindestens 50 Prozent der Prämie zulasten des Arbeitgebers) meistens durch eine oder mehrere der folgenden Regelungen zugunsten der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen abgeändert:

- Der Arbeitgeber entrichtet während einer bestimmten Dauer den vollen Lohn oder mindestens 80 Prozent des Lohnes. Die Leistungspflicht der Versicherung beginnt erst nach dieser Aufschubszeit. Die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ist in der Regel nicht von Dienstjahren abhängig, gilt aber oft erst nach Ablauf der Probezeit.
- Der Arbeitgeber verpflichtet sich zum Abschluss einer Taggeldversicherung für mehr als 80 Prozent des Lohnes.
- Der Arbeitgeber entrichtet mehr als die Hälfte der Prämie, beziehungsweise Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen müssen nur 50 Prozent der Prämie für eine Versicherung mit einer bestimmten Aufschubszeit entrichten oder sie bezahlen eine im GAV festgelegte fixe Prämie, welche weniger als 50 Prozent der geschuldeten Prämie entspricht.

Die Wahl des Versicherers liegt grundsätzlich in der Zuständigkeit des Arbeitgebers. Seit dem Inkrafttreten des KVG sind Auflagen in GAV, wonach die Taggeldversicherung nach dem KVG oder bei einer Krankenkasse im Sinne des KVG abgeschlossen werden muss, eher selten. Hingegen verlangen einzelne Verträge, dass ein Versicherer gewählt werden muss, welcher dem Freizügigkeitsabkommen von SVV und santésuisse<sup>23</sup> beigetreten ist. In den GAV wird teilweise auch verlangt, dass die Versicherungsbedingungen bei einem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis die Leistungen bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit weiter garantieren oder dass ein Übertritt in die Einzelversicherung gewährleistet ist. Dies dürfte dazu führen, dass die Versicherer ihre Verträge nach den Anforderungen der GAV ausrichten.

---

<sup>23</sup> Vgl. vorne Ziff. 2.2.4.

## 2.4 Regelungen zur Entschädigung des Erwerbsausfalles wegen Arbeitsunfähigkeit in anderen Sozialversicherungen

### 2.4.1 Unfallversicherung

Gestützt auf das UVG sind in der Schweiz alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen<sup>24</sup> bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Teilzeitbeschäftigte mit weniger als 8 Wochenstunden sind nur gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten<sup>25</sup> versichert. Die Versicherung wird je nach Art der Betriebe durch die SUVA, durch private Versicherungseinrichtungen, öffentliche Unfallversicherungskassen und durch Krankenkassen im Sinne des KVG durchgeführt (vgl. Art. 66 – 70 UVG). Selbstständigerwerbende und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienmitglieder können sich freiwillig nach dem UVG versichern.

Die obligatorische Unfallversicherung deckt neben dem Erwerbsausfall auch die Heilungskosten. Bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit werden Taggelder ausgerichtet. Bei einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) besteht ein Anspruch auf eine Invalidenrente. Im Weiteren gewährt die Unfallversicherung Hinterlassenenrenten sowie Integritäts- und Hilfenentschädigungen.

Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes und wird ab dem 3. Tag nach dem Unfalltag bis zur Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit bzw. bis zum Beginn einer allfälligen Invalidenrente für jeden Kalendertag periodisch ausbezahlt. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend gekürzt. Der höchstversicherte Verdienst beträgt gegenwärtig<sup>26</sup> 126'000 Franken im Jahr bzw. 346 Franken im Tag. Anspruch auf eine Invalidenrente hat ein Versicherter, der infolge des Unfalls zu mindestens zehn Prozent invalid ist<sup>27</sup>. Die Invalidenrente beträgt 80 Prozent des versicherten Verdienstes bei Vollinvalidität; bei Teilinvalidität wird sie entsprechend angepasst.

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 oder der Arbeitnehmerin. Abweichende Abreden zugunsten der Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerinnen bleiben vorbehalten. Der Arbeitgeber schuldet den gesamten Prämienbetrag. Er zieht den Anteil des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin vom Lohn ab (Art. 91 UVG).

Gestützt auf Artikel 22a Absatz 4 AVIG sind auch alle arbeitslosen Personen nach den Bestimmungen des UVG versichert. Die Versicherung wird für alle arbeitslosen Personen von der SUVA als eigenständiger Versicherungszweig durchgeführt. Die speziellen Bestimmungen sind in der Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen<sup>28</sup> festgehalten. Die Leistungen entsprechen grundsätzlich jenen des UVG. Das Taggeld der Unfallversicherung entspricht der Nettoentschädigung der Arbeitslosenversicherung. Die Versicherung endet 30 Tage nach Ende des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung. Die Prämie für die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen beträgt zur Zeit 4,37 Prozent der Arbeitslosenentschädigung. Die Arbeitslosenkasse zieht den von der versicherten Person zu übernehmenden Teil der Prämie (2,91 Prozent) von der Arbeitslosenentschädigung ab und entrichtet die gesamte Prämie der SUVA.

<sup>24</sup> Zum konkreten Kreis der versicherten Personen vgl. Art. 1a UVG sowie Art. 1-6 der Verordnung vom 20. Dezember 1985 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202).

<sup>25</sup> Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Berufskrankheiten sind von ihrem Ausbruch an den Berufsunfällen gleichgestellt.

<sup>26</sup> Der höchstversicherte Verdienst ist regelmässig der Lohnentwicklung anzupassen, vgl. Art. 15 Abs. 3 UVG.

<sup>27</sup> Zum Begriff der Invalidität vgl. Art. 8 ATSG.

<sup>28</sup> Verordnung vom 24. Januar 1996, SR 837.171

## 2.4.2 Mutterschaftsentschädigung

Die Mutterschaftsentschädigung ist kein eigenständiger Versicherungszweig, sondern sie ist in das EOG integriert, welches Erwerbsersatz für Dienstleistende in der Armee, im Rotkreuzdienst, im Zivildienst, im Zivilschutz und der Kaderbildung von J+S leistet. Erwerbstätige Frauen haben gestützt auf das EOG nach der Niederkunft Anspruch auf ein Taggeld (Mutterschaftsentschädigung) für eine Dauer von 14 Wochen. Während der Dauer der Lohnzahlung des Arbeitgebers wird das Taggeld diesem ausbezahlt (Art. 19 Abs. 2 ATSG).

Anspruchsberechtigt sind Frauen, die in den letzten neun<sup>29</sup> Monaten unmittelbar vor der Niederkunft im Sinne des AHVG<sup>30</sup> obligatorisch versichert waren und in dieser Zeit mindestens fünf Monate lang als Arbeitnehmerin oder Selbstständigerwerbende eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben. Darunter fallen auch die Frauen, die im Betrieb des Ehemannes oder eines Angehörigen mitarbeiten und einen Barlohn beziehen.

Der Anspruch auf das Mutterschaftsgeld besteht auch für Mütter, welche im Zeitpunkt der Geburt arbeitslos sind oder infolge Arbeitslosigkeit die erforderliche Mindesterdwerbbsdauer nicht erfüllen (Art. 29 EOV), sowie für Frauen, welche im Zeitpunkt der Geburt arbeitsunfähig sind oder infolge Arbeitsunfähigkeit die erforderliche Mindesterdwerbbsdauer nicht erfüllen, wenn sie bis zur Geburt ein Taggeld einer Taggeldversicherung nach KVG, UVG oder VVG oder ein Taggeld der IV bezogen haben (Art. 30 EOV).

Die Mutterschaftsentschädigung beträgt 80 Prozent des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches unmittelbar vor der Niederkunft erzielt wurde, höchstens aber 196 Franken pro Tag (Art. 16e und 16f EOG). Sie schliesst den Bezug von Taggeldern der ALV, IV, UV, MV und anderer Taggelder der EO aus (Art. 16g Abs. 1 EOG). Bestand aber bis zum Anspruchsbeginn auf die Mutterschaftsentschädigung ein Anspruch auf Taggelder der oben erwähnten Sozialversicherungen oder auf ein Taggeld nach KVG, dann entspricht die Mutterschaftsentschädigung mindestens dem bisher bezogenen Taggeld (Art. 16g Abs. 2 EOG). Keine Besitzstandsgarantie besteht indessen auf den Taggeldern nach VVG. Mit dieser Norm hat der Gesetzgeber die Leistungen der Sozialwerke privilegiert.

Durch die Integration der Mutterschaftsentschädigung in das EOG erfolgt die Finanzierung über die allgemeinen Beiträge an den Erwerbsersatzfonds. Diese werden als Zuschläge zu den Beiträgen an die AHV von je 0,15 Prozent für Arbeitgeber und die Arbeitnehmende erhoben.

Die Mutterschaftsentschädigung nach dem EOG ist eine Minimalversicherung. In Ergänzung dazu können die Kantone eine höhere oder eine länger dauernde Mutterschafts- oder auch eine Adoptionsentschädigung vorsehen und zu deren Finanzierung besondere Beiträge erheben. Einige Kantone als Arbeitgeber<sup>31</sup> sowie diverse private Arbeitgeber sehen heute Mutterschaftsentschädigungen vor, die über die Bundeslösung (14 Wochen, 80 Prozent) hinaus gehen. Häufig wird der Lohn 14-16 Wochen zu 100 Prozent weiterbezahlt. Der Bund als Arbeitgeber richtet den Lohn gemäss dem aktuellen Beschäftigungsgrad während vier Monaten zu 100 Prozent aus, wenn am Tag der Niederkunft der sechste Anstellungsmonat vollendet ist.

## 2.4.3 Arbeitslosenversicherung

Nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz sind alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Sinne des AHVG beitragspflichtig und gegen Arbeitslosigkeit versichert. Ein Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung entsteht grundsätzlich nur, wenn innerhalb einer zweijährigen

---

<sup>29</sup> 6 Monate im Falle der Niederkunft vor dem 7. Monat der Schwangerschaft, 7 Monate bei der Niederkunft vor dem 8. Monat der Schwangerschaft und 8 Monate im Falle der Niederkunft vor dem 9. Monat der Schwangerschaft

<sup>30</sup> Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10)

<sup>31</sup> etwa BS, BE, ZH, LU, GE, VD

Rahmenfrist während mindestens zwölf Monaten Beiträge geleistet worden sind. Angerechnet werden aber u.a. auch Zeiten, in denen Versicherte zwar in einem Arbeitsverhältnis stehen, aber wegen Krankheit oder Unfall keinen Lohn erhalten und daher keine Beiträge bezahlt haben. Ebenso werden Arbeitsunterbrüche wegen Mutterschaft, soweit sie durch Arbeitnehmerschutzbestimmungen vorgeschrieben oder gesamtarbeitsvertraglich vereinbart sind, angerechnet<sup>32</sup>. Unter anderen sind Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, die innerhalb der Rahmenfrist während insgesamt mehr als zwölf Monaten wegen einer Ausbildung, wegen Krankheit, Unfall oder Mutterschaft nicht in einem Arbeitsverhältnis standen, von der Beitragspflicht befreit, haben aber trotzdem Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung<sup>33</sup>.

Die Arbeitslosenentschädigung wird als Taggeld ausgerichtet. Für eine Woche werden fünf Taggelder ausbezahlt (Montag bis Freitag). Die versicherten Personen haben Anspruch auf ein Taggeld im Umfang von 80 Prozent des versicherten Verdienstes, wenn sie unterhaltspflichtig gegenüber Kindern sind, oder wenn ihr Taggeld 140 Franken nicht übersteigt, oder wenn sie invalid sind. Alle anderen versicherten Personen haben Anspruch auf ein Taggeld von 70 Prozent des versicherten Verdienstes<sup>34</sup>. Der versicherte Verdienst bemisst sich grundsätzlich nach dem AHV-pflichtigen Lohn in den letzten sechs, und falls vorteilhafter in den letzten zwölf Monaten vor der Arbeitslosigkeit. Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes beträgt analog zur Unfallversicherung 126'000 Franken. Liegt der Verdienst im Durchschnitt unter 500 Franken pro Monat, ist dieser nicht versichert. Für Versicherte, die im Anschluss an eine Berufslehre Arbeitslosenentschädigung beziehen, sowie für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind, gelten Pauschalansätze als versicherter Verdienst.

Das AVIG sieht eine maximale Bezugsdauer während einer Rahmenfrist von grundsätzlich zwei Jahren vor (Rahmenfrist für den Leistungsbezug). Dies entspricht maximal 520 Taggeldern. Innerhalb dieser Rahmenfrist bestimmt sich die Höchstzahl der Taggelder nach dem Alter der Versicherten sowie nach der Beitragszeit. Anspruch auf zusätzliche 120 Taggelder haben Versicherte, die innerhalb der letzten vier Jahre vor Erreichen des AHV-Rentenalters arbeitslos geworden sind. Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind, haben Anspruch auf höchstens 260 Taggelder.

Die Arbeitslosenentschädigung wird ausgerichtet, wenn die arbeitslose Person vermittlungsfähig ist, sie also dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und in der Lage und berechtigt ist, eine zumutbare Arbeit anzunehmen und an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Versicherte, die wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft vorübergehend nicht oder nur vermindert arbeits- und vermittlungsfähig sind, haben bei Erfüllung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, Anspruch auf das volle Taggeld der Arbeitslosenversicherung, längstens jedoch bis zum 30. Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit und maximal für 44 Tage innerhalb der Rahmenfrist für den Leistungsbezug (Art. 28 Abs. 1 AVIG). Taggelder der Kranken- oder Unfallversicherung, die Erwerbsersatz darstellen, werden von der Arbeitslosenentschädigung abgezogen (Art. 28 Abs. 2 AVIG). Nach ihrem Wortlaut bezieht sich diese Bestimmung auch auf die Taggeldversicherung nach VVG. Nach Ausschöpfung dieses Anspruchs wird das volle Taggeld der Arbeitslosenversicherung weiterhin ausgerichtet, wenn die weiterhin vorübergehend vermindert arbeitsfähige Person vermittlungsfähig und mindestens zu 75 Prozent arbeitsfähig ist, und das halbe Taggeld bei einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 Prozent (Art. 28 Abs. 4 AVIG). In Koordination mit der Arbeitslosenversicherung richtet die Taggeldversicherung nach KVG Arbeitslosen bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent das halbe Taggeld aus, sofern die Versicherer aufgrund ihrer Versicherungsbedingungen oder vertraglicher Vereinbarungen bei einem entsprechenden Grad der

<sup>32</sup> Vgl. Artikel 13 Absatz 2 Buchstaben c und d AVIG

<sup>33</sup> Vgl. Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b AVIG

<sup>34</sup> Vgl. Artikel 22 AVIG, Artikel 33 der Verordnung vom 31. August 1983 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (Arbeitslosenversicherungsverordnung, AVIV; SR 837.02)

Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich Leistungen erbringen (vgl. Art. 73 Abs. 1 KVG). Schliesslich haben arbeitslose Versicherte gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung (Art. 73 Abs. 2 KVG).

Auch eine arbeitslose Person, die keinen Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung besitzt, kann einen Erwerbsausfall erleiden, der durch eine bestehende Krankentaggeldversicherung zu ersetzen ist. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist allerdings, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die versicherte Person ohne Krankheit eine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Nach der Rechtsprechung sind grundsätzlich zwei Fallkategorien zu unterscheiden: Wenn eine versicherte Person ihre Stelle durch Kündigung zu einem Zeitpunkt verliert, da sie bereits infolge Krankheit arbeitsunfähig ist, gilt die Vermutung, dass sie – wie vor der Erkrankung – erwerbstätig wäre, wenn sie nicht erkrankt wäre. In solchen Fällen kann der Anspruch auf Krankentaggelder nur verneint werden, wenn konkrete Indizien dafür vorliegen, dass die versicherte Person, auch wenn sie nicht erkrankt wäre, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Erkrankt hingegen die versicherte Person, nachdem sie bereits zuvor arbeitslos geworden ist, ist von der Vermutung auszugehen, dass die versicherte Person, auch wenn sie nicht erkrankt wäre, weiterhin keine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Diese Vermutung kann indessen durch den Nachweis, dass die versicherte Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine konkret bezeichnete Stelle angetreten hätte, wenn sie nicht erkrankt wäre, widerlegt werden (mehrmals bestätigte Rechtsprechung des EVG).

Die Arbeitslosenversicherung wird durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber von je ein Prozent der AHV-pflichtigen Lohnsumme, durch Beiträge des Bundes an die Kosten für Vermittlung und arbeitsmarktliche Massnahmen von 0,15 Prozent der AHV-pflichtigen Lohnsumme und durch Vermögenserträge des Ausgleichsfonds finanziert (Art. 90 AVIG). Die Beitragssätze auf der Lohnsumme sind im Gesetz fixiert<sup>35</sup>. Reichen diese Beiträge nicht aus, um die Ausgaben der Versicherung zu finanzieren, gewährt der Bund Darlehen, welche zu Marktbedingungen verzinst werden müssen (Art. 90b AVIG). Dies war in den vergangenen Jahren regelmässig der Fall. Weitere Kosten bei Arbeitslosigkeit tragen die Kantone.

#### 2.4.4 Invalidenversicherung (IV)

##### 2.4.4.1 Leistungen der IV im Allgemeinen

Die Invalidenversicherung erbringt Leistungen im Zusammenhang mit einer bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit. Gestützt auf das Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) ist der gleiche Personenkreis versichert wie in der AHV, also alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sowie in der Schweiz erwerbstätige Personen.

Neben kollektiven Leistungen, die vorliegend nicht interessieren, erbringt die Invalidenversicherung individuelle Leistungen in Form von Eingliederungsmassnahmen und Geldleistungen. Eingliederungsmassnahmen sind die medizinischen Massnahmen (begrenzt bis zum vollendeten 20. Altersjahr), die Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, die Massnahmen beruflicher Art sowie die Abgabe von Hilfsmitteln.

Die Taggelder der Invalidenversicherung sind kein Erwerb ersatz bei Erwerbsunfähigkeit sondern eine akzessorische Leistung zu Eingliederungsmassnahmen. Sie werden während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen ausgerichtet. Versicherten in der erstmaligen beruflichen Ausbildung sowie Versicherten, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben und noch nicht erwerbstätig gewesen sind, wird ein Taggeld ausgerichtet, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise einbüssen. Der Höchstbetrag des Taggeldes ent-

---

<sup>35</sup> Vgl. Artikel 3 AVIG für die Beiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer und Artikel 90a AVIG für den Beitrag des Bundes.

spricht dem Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes nach dem UVG (346 Franken pro Tag). Übt eine versicherte Person während der Eingliederung eine Erwerbstätigkeit aus, so wird das Taggeld gekürzt, ebenfalls wenn die IV während einer Eingliederung vollständig für die Verpflegung aufkommt.

Als Geldleistungen gelten die Renten und die Hilflosenentschädigungen. Die Rente ist der Erwerbsersatz für „die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit“ (Invalidität, Art. 8 Abs. 1 ATSG). Nach dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ besteht der Anspruch auf eine IV-Rente erst nach erfolgloser Prüfung oder Durchführung von Eingliederungsmassnahmen und wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Die Höhe der IV-Rente und die Grundlagen für ihre Berechnung (massgebendes durchschnittliches Jahreseinkommen, Beitragsjahre im Verhältnis zur Beitragspflicht des Jahrgangs) entspricht jener der AHV.

Die Finanzierung der Invalidenversicherung erfolgt durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sowie durch Beiträge des Bundes. Der Bundesbeitrag beläuft sich auf 37,7 Prozent der jährlichen Ausgaben der Versicherung. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie deren Arbeitgeber entrichten einen Beitrag von je 0,7 Prozent des AHV-pflichtigen Lohnes, Selbstständigerwerbende grundsätzlich einen Beitrag von 1,4 Prozent, wobei aber für Erwerbseinkommen unter 48'300 Franken pro Jahr eine sinkende Beitragsskala gilt. Die Nichterwerbstätigen entrichten je nach ihren sozialen Verhältnissen einen Beitrag von 62 Franken bis 1'400 Franken pro Jahr. In den vergangenen Jahren haben die gesetzlich festgelegten Beiträge die Aufwendungen der Invalidenversicherung nicht vollständig gedeckt. Das Defizit wird dem AHV-Fonds belastet.

#### *2.4.4.2 Koordination der IV-Taggelder mit jenen der Krankenversicherung*

Die Leistungen der Invalidenversicherung gehen grundsätzlich jenen der Krankenversicherung vor. Dies gilt auch für die IV-Taggelder. Müssen Versicherte eine Eingliederungsmassnahme wegen Krankheit unterbrechen, wird ihnen das IV-Taggeld weitergewährt, wenn sie keinen Anspruch auf ein Taggeld einer anderen obligatorischen Sozialversicherung oder auf ein Taggeld einer freiwilligen Taggeldversicherung in mindestens der gleichen Höhe wie das Taggeld der Invalidenversicherung haben. Als freiwillige Taggeldversicherung ist sowohl jene nach KVG wie jene nach VVG zu verstehen. Der Anspruch auf ein Taggeld der IV besteht während längstens 30 Tagen pro Krankheitsfall und ist auf 60 Taggelder pro Jahr beschränkt. Eine Unterbrechung der Eingliederungsmassnahme infolge Unfall oder Schwangerschaft ist dem Krankheitsfall gleichgestellt. (Art. 20<sup>quater</sup> IVV).

Die Invalidenversicherung kann eine Entschädigung für Beitragserhöhungen der Krankentaggeldversicherung ausrichten, wenn die versicherte Person nach erfolgter Arbeitsvermittlung innert zwei Jahren wegen der vorbestehenden Erkrankung erneut arbeitsunfähig wird, oder wenn die Arbeitsunfähigkeit die Beitragserhöhungen verursacht (Art. 18 IVG).

#### *2.4.4.3 Früherfassung und Frühintervention*

Mit der 5. IV-Revision, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, erhielt die IV neue Instrumente zur Durchsetzung des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“. Bei Personen, welche längere Zeit oder regelmässig für eine kurze Dauer arbeitsunfähig sind, besteht ein erhebliches Risiko für eine dauernde Erwerbsunfähigkeit (Invalidität). Solche Personen sollen der IV möglichst frühzeitig bekannt werden. Dazu dient das Instrument der Früherfassung. Diese erfolgt in Zusammenarbeit mit Versicherungsträgern anderer Sozialversicherungen sowie mit Versicherungsunternehmen nach dem VAG (Art. 3a IVG). Die Früherfassung kann auf einer Meldung der versicherten Person selber oder auf Meldungen von anderen Personen und Institutionen, insbesondere auf Meldungen anderer Sozialversicherungen und Versicherungsunternehmen nach dem VAG beruhen (Art. 3b IVG). Gestützt darauf kann die IV-Stelle ein Beratungsgespräch durchführen, in welchem abgeklärt wird, ob Massnahmen zum Erhalt

des Arbeitsplatzes nötig sind. Möglich ist auch, dass anschliessend eine formelle IV-Anmeldung erfolgt. Gestützt darauf können Massnahmen der Frühintervention ergriffen werden (Art. 7d IVG). Ziel ist die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes. Um dieses Ziel zu erreichen, kann dem Arbeitgeber ein Einarbeitungszuschuss gewährt werden und es können ihm Entschädigungen für Beitragserhöhungen der beruflichen Vorsorge und der Krankentaggeldversicherung ausgerichtet werden<sup>36</sup>.

Diese neuen Massnahmen erfordern eine enge Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Institutionen, welche in die Früherfassung involviert sind. Neben Trägern und Durchführungsorganen der Sozialversicherungen sind dies auch kantonale Stellen und private Versicherungsunternehmen nach dem VAG. Diese interinstitutionelle Zusammenarbeit ist in Artikel 68<sup>bis</sup> IVG geregelt. Die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der Sozialversicherungen sind im Rahmen dieser interinstitutionellen Zusammenarbeit gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden. Gegenüber kantonalen Institutionen und privaten Versicherungsunternehmen entfällt die Schweigepflicht, wenn diese Gegenrecht gewähren<sup>37</sup>. Aus diesem Grund ist gleichzeitig auch das VVG ergänzt worden. Private Versicherungseinrichtungen dürfen zur Früherfassung und im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit den IV-Stellen und anderen Institutionen Daten bekannt geben, sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht<sup>38</sup>.

## **2.5 Koordinationsregeln nach den Freizügigkeitsabkommen mit der EU und dem EFTA-Abkommen**

### **2.5.1 Rechtsgrundlagen und Geltungsbereich**

Das Freizügigkeitsabkommen (FZA) zwischen der Europäischen Gemeinschaft (EG) und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweiz andererseits regelt die Koordinierung zwischen den nationalen Systemen der sozialen Sicherheit<sup>39</sup>. Anwendbar sind die innerhalb der EU anwendbaren Bestimmungen. Die materiellrechtlichen Bestimmungen sind in der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, die Regelungen zum Verfahren in der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 enthalten<sup>40</sup>. Gestützt auf das revidierte EFTA-Abkommen<sup>41</sup> sind diese Koordinationsregeln im Wesentlichen unverändert auch im Verhältnis zu Island, Liechtenstein und Norwegen anwendbar.

Die Abkommen betreffen die Erwerbstätigen, Rentnerinnen und Rentner und Arbeitslosen, welche Staatsangehörige eines EG-/EFTA-Staates oder der Schweiz sind. In den sachlichen Anwendungsbereich fallen die in Artikel 4 der VO 1408/71 abschliessend aufgelisteten Zweige der Sozialen Sicherheit, dazu zählen auch die „Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft“ (Art. 4 Abs. 1 Bst. a VO 1408/71). Darunter fällt unter anderem die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG. Hingegen sind die Abkommen nicht auf die Taggeldversicherung nach VVG anwendbar, weil diese keine Sozialversicherung ist.

In den von den Abkommen nicht erfassten Fällen kommt das schweizerische Recht zur Anwendung. Da heute viele Taggeldversicherungen nach VVG abgeschlossen sind, kann die Nichtanwendung des EU-Koordinationsrechts auf diese Versicherungen zu Lücken führen.

### **2.5.2 Export von Taggeldleistungen**

Leistungen der Krankenversicherung werden nach dem Territorialitätsprinzip grundsätzlich nur innerhalb der Schweiz ausbezahlt. Dieser Grundsatz wird durch die VO 1408/71 im Geltungsbereich der oben erwähnten Abkommen gelockert. Taggeldleistungen müssen aber nur

<sup>36</sup> Vgl. dazu Manuela Krasniqi, Adriano Vasella. Was bringen die neuen Eingliederungsinstrumente der IV den Arbeitgebern?, CHSS 6/2007, S. 297 ff.

<sup>37</sup> Artikel 68bis Absatz 3 IVG.

<sup>38</sup> Artikel 39a und 39b VVG

<sup>39</sup> SR 0.142.112.681; vgl. Artikel 8 FZA und Anhang II zum FZA.

<sup>40</sup> VO 1408/71; SR 0.831.109.268.1; VO 574/72; SR 0.831.109.268.11

<sup>41</sup> SR 0.632.31

in einen anderen Staat exportiert werden, wenn die VO 1408/71 dies ausdrücklich vorsieht, nämlich in folgenden Fällen:

- Besteht eine Taggeldversicherung nach KVG und wohnt die versicherte Person in einem EG-/EFTA-Staat – der typische Fall ist ein Grenzgänger – , hat der Versicherer die Leistungen auch ins Ausland auszubezahlen, wenn nach schweizerischem Recht ein Versicherungsfall eingetreten ist (Art. 19 VO 1408/71).
- Ebenfalls ins Ausland auszubezahlen sind Taggeldleistungen, wenn die versicherte Person während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats erkrankt (Art. 22 Abs. 1 Bst. a. VO 1408/71) oder wenn sie sich mit Genehmigung des Krankenversicherers in einem Mitgliedstaat aufhält, um dort eine ihrem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten (Art. 22 Abs. 1 Bst. c VO 1408/71), oder wenn der Versicherungsfall in der Schweiz eintritt und die versicherte Person nachträglich die Genehmigung des Versicherers erhält, den Wohnsitz in einen Mitgliedstaat zu wechseln (Art. 22 Abs. 1 Bst. b. VO 1408/71).

Was die Zahlungsmodalitäten angeht, können im Einvernehmen zwischen dem Versicherer und dem Träger des Wohn- bzw. Aufenthaltsorts die Leistungen vom Träger im EG-/EFTA-Staat für Rechnung des schweizerischen Versicherers gewährt werden (Art. 19 Abs. 1 Bst. b und 22 Abs. 1 ii) VO 1408/71).

In allen anderen Fällen sind die Taggeldleistungen nicht exportierbar, beziehungsweise der Leistungsexport richtet sich allein nach schweizerischem Recht. Dies gilt insbesondere, wenn die versicherte Person während ihrer Krankheit für Ferien ins Ausland geht.

### 2.5.3 Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung

Gestützt auf die Rechtsprechung konnten vor dem Inkrafttreten der Abkommen Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die aus der Kollektivversicherung ausschieden, nur dann in die Einzelversicherung übertreten, wenn sie in der benachbarten Grenzzone wohnten. Nach Artikel 9 der VO 1408/71 gilt nun, dass Beschränkungen des Freizügigkeitsrechts, durch welche die freiwillige Versicherung oder freiwillige Weiterversicherung davon abhängig gemacht wird, dass der Berechtigte im Gebiet dieses Staates wohnt, für Personen nicht gelten, die im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats wohnen, wenn für diese Personen zu irgendeiner Zeit ihrer früheren Laufbahn als Arbeitnehmer oder Selbstständige die Rechtsvorschriften des ersten Staates gegolten haben. Das Koordinationsrecht sieht die Ausstellung eines ärztlichen Gutachtens durch den aushelfenden Träger des Wohn- bzw. Aufenthaltsortes vor, um die medizinischen und administrativen Kontrollen bei Wohnsitz oder Aufenthalt in einem anderen Staat zu erleichtern. Diese Gutachten gelten als im Gebiet des zuständigen Staates angefertigt (Art. 87 VO 1408/71 und Art. 115 VO 574/72). Aus diesen Gründen haben seit dem Inkrafttreten der Abkommen Grenzgängerinnen und Grenzgänger bei Ausscheiden aus der Kollektivtaggeldversicherung das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten, und zwar unabhängig davon, ob sie in der benachbarten Grenzzone wohnen oder nicht. Das von der Rechtsprechung entwickelte Kriterium des Wohnens in der benachbarten Grenzzone wird gestützt auf das Koordinationsrecht hinfällig.

Der Übertritt von bisher in der Schweiz versicherten Personen in eine Taggeldversicherung in einem Staat der Europäischen Union oder des EWR ist nicht Gegenstand der Regelung der VO 1408/71. Hier kommt das jeweilige nationale Recht zur Anwendung. Ist eine solche Person in einem anderen Staat unselbstständig erwerbstätig, untersteht sie dort der obligatorischen Taggeldversicherung (vgl. unten Ziff. 3). Ist eine solche Person nicht mehr erwerbstätig oder selbstständig erwerbstätig, hat sie wie erwähnt gestützt auf die VO 1408/71 das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung. Der Anwendungsbereich der VO 1408/71 beschränkt sich aber auf Taggeldversicherungen nach KVG.

### 3 Vergleich mit Nachbarstaaten

Alle Nachbarstaaten kennen eine obligatorische Taggeldversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Die Versicherung wird durch Arbeitnehmende und Arbeitgebende gemeinsam finanziert, in Italien ausschliesslich durch die Arbeitgebenden. Deutschland und Österreich kennen Bemessungsgrenzen für Beiträge und Leistungen, welche deutlich unter der Bemessungsgrenze der Unfallversicherung in der Schweiz liegen. Bezüglich Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen gibt es grosse Unterschiede. Das Taggeld beträgt zwischen 50 und 90 Prozent des tatsächlichen Verdienstes, teilweise bis zu einer Bemessungsgrenze. Die Leistungsdauer liegt zwischen 6 und 36 Monaten<sup>42</sup>.

### 4 Der heutige Versicherungsmarkt

#### 4.1 Höchst versicherbares Taggeld in der Einzelversicherung nach KVG

Zahlreiche Krankenkassen, darunter die sieben grössten (nach Anzahl obligatorisch Versicherte), bieten in der Einzeltaggeldversicherung nach KVG nur noch ein höchst versicherbares Taggeld zwischen 5 und 40 Franken an. Immerhin gut 20 Kassen lassen ein Taggeld bis maximal 350 Franken pro Tag zu, und fünf weitere Kassen eines bis 550 Franken bzw. ohne Beschränkung. Es erstaunt deshalb nicht, dass – aufgrund der Angaben der Versicherer – heute nur noch wenige Tausend Verträge in der Einzeltaggeldversicherung mit einem vereinbarten Taggeld von 200 Franken und mehr bestehen. Ein eigentlicher Markt herrscht in der Taggeldversicherung nach KVG heute nicht mehr.

#### 4.2 Statistiken zu den Taggeldversicherungen nach KVG und VVG

Die statistischen Angaben zum Versicherungsmarkt der Taggeldversicherungen sind lückenhaft. Das BAG publiziert in seiner Statistik zur obligatorischen Krankenversicherung auch Zahlen zur freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG<sup>43</sup>. Gleichzeitig publiziert das BAG auch einen Vergleich zwischen den Taggeldversicherungen nach dem KVG und jenen nach dem VVG bezüglich Prämieinnahmen und Leistungen<sup>44</sup>. Für die Taggeldversicherungen nach VVG fehlen Angaben oder Schätzungen zur Zahl der versicherten Personen. Ebenso ist die Zahl der in der Kollektivversicherung nach KVG versicherten Personen nicht bekannt. Für beide Versicherungssysteme fehlen Angaben über die Zahl der Erkrankten und damit auch Angaben über die durchschnittlichen Leistungen pro erkrankte Person.

Aus den vorhandenen Angaben lassen sich aber doch einige Schlüsse zur Bedeutung der Taggeldversicherung insgesamt und zur Bedeutung der beiden Versicherungssysteme ziehen.

- Mit Bezug auf die Entwicklung der Taggeldversicherung seit dem Inkrafttreten des KVG lässt sich feststellen, dass die Bedeutung der Taggeldversicherung nach KVG abgenommen und jene der Taggeldversicherung nach VVG zugenommen hat. Im Jahr 1996 lag die Prämiensumme der Taggeldversicherung nach KVG bei total 832 Mio. Franken. Im Jahr 2007 betrug sie nur noch 299,3 Mio. Franken. In der Taggeldversicherung nach dem VVG (KVG-Versicherer und Privatversicherer) ist die Prämiensumme dagegen angestiegen. Sie lag im Jahr 1996 bei total 1'159,2 Mio. Franken und im Jahr 2007 bei 2'696,6 Mio. Franken<sup>45</sup>.
- Bei den KVG-Versicherern steht der oben erwähnten Abnahme der Prämiensumme bei der Taggeldversicherung nach KVG eine Zunahme bei der Taggeldversicherung nach VVG gegenüber: 1996 180,9 Mio. Franken und 2007 544,4 Mio. Franken<sup>46</sup>. Die KVG-

<sup>42</sup> Eine detaillierte Übersicht findet sich in Anhang 3.

<sup>43</sup> Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabellen 6.01 bis 6.6 (Tabelle 6.03 in Anhang 1)

<sup>44</sup> Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 9.17 (vgl. Anhang 2)

<sup>45</sup> Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 9.17

<sup>46</sup> Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 9.17

Versicherer sind also zunehmend im Bereich der Taggeldversicherungen nach dem VVG tätig.

- Die Einzeltaggeldversicherung nach KVG hat nur noch eine geringe Bedeutung. Von der Prämiensumme der Taggeldversicherungen nach KVG (rund 302 Mio. Franken) entfallen bloss noch 65,7 Mio. Franken auf die Einzeltaggeldversicherung<sup>47</sup>.
- Insgesamt ist die Prämiensumme der Taggeldversicherung (KVG+VVG) um mehr als 50 Prozent gestiegen, nämlich von 1'991,2 Mio. Franken im Jahr 1996 auf 2'995,8 Mio. Franken im Jahr 2007.

Für das Jahr 2007 lassen sich mit Bezug auf Prämiensumme, Leistungen, Bedeutung der Einzelversicherung nach KVG und Vergleich zwischen Versicherern und Versicherungen nach KVG und VVG folgende Angaben zu Prämien und Leistungen<sup>48</sup> machen<sup>49</sup>:

	Einzelversicherung KVG	Kollektivversicherung KVG	Total KVG	VVG durch KVG-Versicherer	VVG durch Privatversicherer	Total VVG
Prämien soll (in Mio. CHF)	65.768	236.486	<b>302.255</b>	544.4	2'152.2	<b>2'696.6</b>
Leistungen (in Mio. CHF)	47.703	160.016	<b>207.719</b>	361.8	1'413.6	<b>1'775.4</b>
Anteil Leistungen vom Prämien soll (in Prozent)	72,53%	67,66%	<b>68,72%</b>	66,45%	65,68%	<b>65,83%</b>
Versicherte	342'047					
Prämien/ Versicherten	192					
Leistungen/ Versicherten	139					

Die vorhandenen statistischen Angaben liefern keinen unmittelbaren Anhaltspunkt über die Zahl der versicherten Personen und damit auch keine Antwort auf die Frage über die Verbreitung der Taggeldversicherung als Erwerbsausfallversicherung bei Krankheit. Immerhin ergibt der Vergleich der ausbezahlten Taggelder mit den Taggeldleistungen in der obligatorischen Unfallversicherung, dass in den Taggeldversicherungen nach KVG und VVG insgesamt mehr Taggeldleistungen ausgerichtet werden als in der obligatorischen Unfallversicherung. In der obligatorischen Unfallversicherung sind im Jahr 2006 insgesamt 1'553 Mio. Franken für Taggelder aufgewendet worden<sup>50</sup>, gegenüber 2'040 Mio. Franken in der Krankentaggeldversicherung (KVG+VVG). Dass die Taggeldleistungen nach KVG und VVG zusammen höher sind als jene nach dem UVG, ist zwar auch auf den Umstand zurückzuführen, dass die Taggeldversicherungen auch selbstständig Erwerbstätige umfassen, während nach dem UVG nur Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen obligatorisch versichert sind. Auf der anderen Seite ist aber zu berücksichtigen, dass nach dem UVG das Taggeld immer nach einer Karenzfrist von drei Tagen ausgerichtet wird, während in den Taggeldversicherungen nach KVG und VVG sehr oft längere Wartefristen vereinbart werden.

### 4.3 Ad hoc durchgeführte Umfragen

Aus einer Umfrage, welche das BAG im Zusammenhang mit dem vorliegenden Bericht im Dezember 2007 bei grösseren Krankenversicherern durchgeführt hat, ergeben sich mit Bezug auf die Versicherungsangebote von Krankenkassen im Sinne des KVG die folgenden Feststellungen:

<sup>47</sup> Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 6.03. Die Angaben zur Summe der Prämien der Taggeldversicherung nach KVG sind in Tabelle 6.03 und Tabelle 9.17 nicht identisch (302,2 und 299,3 Mio.)

<sup>48</sup> Die Angaben zu den Leistungen schliessen die Veränderungen bei den Rückstellungen nicht ein. Die Schadenquote (Anteil Leistungen am Prämien soll) ist mit dieser Einschränkung zu betrachten.

<sup>49</sup> Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabellen 6.03 und 9.17

<sup>50</sup> Quelle: Unfallstatistik UVG 2008, S. 20. [www.unfallstatistik.ch](http://www.unfallstatistik.ch)

- Die meisten Krankenkassen bieten auch Taggeldversicherungen nach VVG an. Sie sind aber in der Regel bei den VVG-Versicherungen nicht Direktversicherer, sondern der Risikoträger ist eine von der Krankenkasse errichtete und mit ihr institutionell verbundene private Versicherungsgesellschaft (Tochtergesellschaft<sup>51</sup>). Nur wenige Krankenkassen beschränken sich auf die Durchführung der Taggeldversicherungen nach dem KVG.
- Mehr als 80 Prozent der Prämiensumme von VVG-Versicherungen, welche von Krankenkassen als Direktversicherer angeboten werden, entfällt auf drei Kassen.
- Mit zwei Ausnahmen führen die grösseren Krankenkassen die Taggeldversicherung nach VVG nicht selber durch, sondern bieten diese über Tochtergesellschaften an, wobei sich der grösste Teil des Geschäfts auf drei Versicherer konzentriert.
- Bei den VVG-Versicherungen hat die Einzeltaggeldversicherung eine noch geringere Bedeutung als bei den KVG-Versicherungen.

Gemäss einer Auskunft des BPV führten im Jahr 2006 insgesamt 52 Versicherer die Taggeldversicherung nach dem VVG durch.

- Auf die neun grössten Versicherer entfielen 82 Prozent des Prämienvolumens (Angabe für das Jahr 2006). Darunter befanden sich eine Krankenkasse als Direktversicherer und acht private Versicherungsunternehmen im Sinne des VAG, davon waren drei private Tochtergesellschaften von Krankenkassen.
- Die vier aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung stammenden Versicherer (drei private Versicherungsgesellschaften und eine Krankenkasse) hatten zusammen einen Marktanteil von knapp 40 Prozent.

#### 4.4 Schlussfolgerungen

Gestützt auf die vorhandenen Angaben zum Versicherungsmarkt lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- Der Erwerbsausfall bei Krankheit wird auch ohne eine obligatorische Versicherung weitgehend durch Taggeldversicherungen abgedeckt, weil sowohl die Arbeitgeber wie die Arbeitnehmer an solchen Versicherungen interessiert sind. Oft werden die Arbeitgeber gestützt auf Gesamtarbeitsverträge zum Abschluss von Taggeldversicherungen verpflichtet.
- Aufgrund der vorhandenen Angaben lässt sich nicht exakt festlegen, wie verbreitet die Taggeldversicherung als Erwerbsausfallversicherung bei unselbstständig Erwerbstätigen ist. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass im Versicherungsschutz bei unselbstständig Erwerbstätigen Lücken bestehen, wahrscheinlich vor allem in kleineren Betrieben.
- Die Taggeldversicherung nach dem KVG hat im Vergleich zu jener nach dem VVG nur noch eine geringe Bedeutung. Der Anteil der Taggeldversicherung nach KVG ist stark rückläufig. Aus den vorhandenen Statistiken ergibt sich für das Jahr 2007 für sämtliche Taggeldversicherungen eine Prämiensumme von 2'995,8 Mio. Franken. Davon entfallen auf Taggeldversicherungen nach VVG 2'696,6 Mio. Franken (90 Prozent) und auf Taggeldversicherungen nach KVG 299,3 Mio. Franken (10 Prozent).
- An der Taggeldversicherung nach VVG haben die Krankenkassen einen grossen Anteil, allerdings in erster Linie über Tochtergesellschaften, welche als private Versicherungsgesellschaften im Sinne des VAG organisiert sind. Der Prämienanteil von Krankenkassen als Direktversicherer nach dem VVG liegt mit 544,4 Mio. Franken bei 20,2 Prozent des Prämienvolumens nach VVG.

---

<sup>51</sup> Der Ausdruck „Tochtergesellschaft“ ist im vorliegenden Zusammenhang streng genommen nicht korrekt, weil nicht die Krankenkassen selber die Beteiligungen an den privaten Versicherungsgesellschaften halten. Als Dachgesellschaft besteht oft ein Verein, welcher sowohl die Beteiligungen an der Krankenkasse oder mehreren zu einer Gruppe zusammengefassten Krankenkassen wie auch an der privaten Versicherungsgesellschaft hält. Der Einfachheit halber wird aber im Folgenden der Ausdruck „Tochtergesellschaft“ verwendet.

## 5 Beurteilung der heutigen Regelung

### 5.1 Versicherung des gleichen Risikos nach zwei unterschiedlichen Gesetzen

Unterschiedliche gesetzliche Regelungen zur Versicherung ein und desselben Risikos sind durchaus üblich. So beruht die Altersvorsorge auf drei in verschiedenen Gesetzen geregelten Säulen und sie kann zudem noch durch Lebensversicherungen nach VVG ergänzt werden. Auch in der Krankenpflegeversicherung wird zwischen obligatorischer Grundversicherung und Zusatzversicherungen unterschieden. In den erwähnten Beispielen gibt es klare Abgrenzungen im Geltungsbereich der verschiedenen gesetzlichen Regelungen. Insbesondere wird dort zwischen obligatorischen Versicherungen mit einem gesetzlich definierten Leistungsbereich und freiwilligen Versicherungen mit darüber hinaus gehenden Leistungen unterschieden.

Die Besonderheit bei den Taggeldversicherungen nach KVG und nach VVG liegt in der Koexistenz zweier gesetzgeberischer Konzepte, ohne dass ein ordnendes Prinzip des Gesetzgebers die beiden Systeme von einander abgrenzen würde. Die Taggeldversicherung nach KVG gilt als Sozialversicherung, in welcher bestimmte Auflagen zu beachten sind, welche sich zugunsten der Versicherten auswirken sollen. Die Taggeldversicherung nach VVG beruht dagegen auf dem Grundsatz der Vertragsfreiheit. Dieser ist aber nicht konsequent eingehalten. Auch in der Taggeldversicherung nach VVG müssen gestützt auf Artikel 100 Absatz 2 VVG die Auflagen des KVG für arbeitslose Personen, aber nur für diese, beachtet werden.

Das Nebeneinander von zwei gesetzgeberischen Konzepten räumt den Versicherten und den Versicherungsnehmern Wahlmöglichkeiten ein. Das ist grundsätzlich positiv zu werten. Die rein begriffliche Unterscheidung zwischen Sozialversicherung und Versicherung nach Privatrecht ist für den durchschnittlichen Konsumenten abstrakt. Die Versicherungsnehmer und –nehmerinnen sind in erster Linie an der Höhe und der Dauer der Leistungen sowie an der Höhe der Prämien interessiert. Sie orientieren sich also beim Abschluss der Versicherung in erster Linie an diesen Merkmalen. In dieser Beziehung ist die Taggeldversicherung nach VVG flexibler und die Prämie in der Regel günstiger. Die Taggeldversicherung nach KVG kennt dagegen mehr Schutzklauseln zugunsten der Versicherten. Diese zeigen sich aber vorwiegend in Fragen, welche erst bei der Beendigung des Versicherungs- oder des Arbeitsverhältnisses auftauchen (vgl. Ziff. 5.2). Sie stehen deshalb beim Abschluss der Versicherung nicht im Vordergrund und werden von den Versicherten zu diesem Zeitpunkt kaum speziell beachtet.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen dass sich die Versicherungsträger in beiden Systemen bewegen können. Krankenkassen im Sinne des KVG müssen einerseits die Taggeldversicherung nach KVG anbieten, können aber andererseits auch die Taggeldversicherung nach VVG durchführen, weil diese nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (EVG) als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Artikel 12 Absatz 2 KVG gilt<sup>52</sup>, nicht hingegen nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts<sup>53</sup>,<sup>54</sup>. Selbst Privatversicherer im Sinne des VAG könnten, bzw. müssten Taggeldversicherungen nach

---

<sup>52</sup> BGE 126 V 499, 502 E. 2.b.

<sup>53</sup> Vgl. vorne Ziff. 2.2.3.

<sup>54</sup> In der Sache selbst überzeugt die Argumentation des Bundesverwaltungsgerichts mehr als jene des Eidgenössischen Versicherungsgerichts. Für das Bundesverwaltungsgericht haben die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung die Eigenheit, dass sie Leistungen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG mit zusätzlichen Leistungen ergänzen. Die Zusatzversicherungen weisen einen Bezug zur sozialen Krankenversicherung auf. Dagegen handelt es sich nach dem Gericht bei der kollektiven Taggeldversicherung nach VVG um eine selbstständige umfassende Versicherung des Privatrechts, die den Arbeitgeber gegen den Schaden bei einem krankheitsbedingten Ausfall seiner Angestellten versichert. Vgl. Entscheid des Schweizerischen Bundesverwaltungsgerichts [BVGE] 2007/50 S. 670 E. 2.2 und 2.3.

Eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung läge gestützt auf diese Rechtsprechung nur vor, wenn die Taggeldversicherung nach VVG in Ergänzung zu einer Taggeldversicherung nach KVG abgeschlossen würde. Dies ist aber in der Praxis nicht der Fall.

KVG anbieten, wenn sie gestützt auf Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe b KVG die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen. Es gibt zurzeit allerdings kein privates Versicherungsunternehmen, das von dieser Möglichkeit Gebrauch macht.

## 5.2 Die wichtigsten Unterschiede zwischen den beiden Versicherungssystemen

### 5.2.1 Gedeckte Risiken

Die Taggeldversicherung nach KVG erbringt die versicherten Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft, subsidiär auch bei Unfall. Der Begriff der Krankheit richtet sich nach der Definition von Artikel 3 ATSG. In der Taggeldversicherung nach VVG können demgegenüber die Leistungen bei bestimmten selbstverschuldeten Beeinträchtigungen der Gesundheit gestützt auf Vorbehaltsklauseln in den allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossen werden. Ob bei Mutterschaft eine Leistungspflicht besteht, kann im einzelnen Versicherungsvertrag vereinbart werden (vgl. vorne Ziff. 2.2.2.2 und 2.2.2.3).

### 5.2.2 Freizügigkeit

Für die Taggeldversicherung nach KVG sind sowohl die Freizügigkeit beim Wechsel des Versicherers wie das Recht auf Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung im Gesetz selbst geregelt. Zudem muss der Versicherer dafür sorgen, dass die Versicherten über ihre Rechte informiert werden. Erfüllen die Versicherer diese Verpflichtung nicht, bleibt die bisherige Versicherung bestehen.

Ein gesetzlicher Anspruch auf Übertritt in die Einzelversicherung besteht in der Taggeldversicherung nach VVG nur für arbeitslose Personen. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen von kollektiven Versicherungsverträgen statuieren aber in der Regel ein Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung. Dieser Anspruch der Versicherten ist aber schwächer geschützt als beim gesetzlichen Übertrittsrecht nach KVG. Die Pflicht zur Information der Versicherten hinsichtlich des Rechts auf Übertritt in die Einzelversicherung trifft nämlich lediglich die Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) nicht aber die Versicherer. Kommt der Arbeitgeber seiner Pflicht nicht nach und versäumt der Versicherte deshalb die Frist zum Übertritt, ist das Übertrittsrecht verwirkt<sup>55</sup>. Gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen besteht ein Recht auf Freizügigkeit zwischen Versicherern nur innerhalb der Kollektivversicherung (vgl. Ziff. 2.2.4).

Sowohl in der Taggeldversicherung nach KVG wie nach VVG hat das Recht auf Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung in der Praxis sehr oft einen geringen Wert, weil der Versicherungswechsel mit einer starken Prämienerrhöhung verbunden sein kann. Das Prämienniveau ist in der Einzelversicherung allgemein höher als in der Kollektivversicherung. Dies gilt insbesondere für ältere Versicherte in Versicherungen nach VVG, weil dort die Prämientarife Abstufungen nach dem effektiven Alter vorsehen können. Die Prämienerrhöhungen können massiv sein<sup>56</sup>. Die grossen Prämienunterschiede zwischen Kollektiv- und Einzelversicherung, die auf eine unterschiedliche Risikostruktur zurückzuführen sind, stellen eines der hauptsächlichen Merkmale des heutigen Systems der Taggeldversicherung dar. Ein Übertritt in die Einzelversicherung macht in der Regel nur bei einem laufenden Schadenfall Sinn. Bei den Versicherungen nach KVG bietet das Verbot der Prämienabstufung nach dem effektiven Alter noch einen gewissen Schutz<sup>57</sup>.

Keinen Anspruch auf Freizügigkeit haben Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, für welche der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung bei Krankheit ohne Taggeldversicherung selber garantiert, weil hier gar keine Versicherung besteht.

<sup>55</sup> Vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 14. August 2007, E. 4.2.3.3.

<sup>56</sup> In einem konkreten Fall ist für einen 57-jährigen Versicherten für ein Taggeld von 234 Franken bei einer Wartezeit von 30 Tagen eine Jahresprämie von 10'441.10 Franken verlangt worden. Dies entspricht einem Prämienersatz von 44.62 pro versicherten Franken.

<sup>57</sup> Vgl. dazu auch Begründung und Stellungnahme des Bundesrates zur Motion 05.3626.

### 5.2.3 Leistungsanspruch nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Bei der Taggeldversicherung nach KVG erlischt der Anspruch auf Leistungen mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, auch wenn die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch arbeitsunfähig ist<sup>58</sup>. Der Anspruch auf das Taggeld dauert also nur fort, wenn die versicherte Person rechtzeitig in die Einzelversicherung übertritt und sie bereit und in der Lage ist, die dort verlangte Prämie zu bezahlen. In der Taggeldversicherung nach VVG gilt hingegen der Grundsatz, dass das Taggeld trotz Beendigung des Versicherungsverhältnisses weiterhin geschuldet ist, sofern der Schaden während der Dauer des Versicherungsverhältnisses eingetreten ist<sup>59</sup>. Das Taggeld kann also ohne Prämienzahlung weiterhin ausgerichtet werden. Dieser Grundsatz kann allerdings im Versicherungsvertrag aufgehoben werden.

### 5.2.4 Leistungsdauer

Für die Versicherungen nach KVG ist die Leistungsdauer im Gesetz geregelt. Wird das Taggeld wegen Überentschädigung gekürzt, verlängert sich der Anspruch entsprechend. Bei der Versicherung nach VVG ist die Umschreibung der Leistungsdauer Gegenstand des Vertrages, wobei zwischen zwei Systemen (Schadenversicherung, Summenversicherung) unterschieden wird. Bei der Summenversicherung hat eine Kürzung des Taggeldes wegen Überentschädigung den gleichen Effekt wie die Regelung des KVG.

### 5.2.5 Leistungskoordination

Zwischen den Sozialversicherungen ist die Leistungskoordination umfassend geregelt. Die Taggeldversicherung nach KVG ist in diese Leistungskoordination eingebunden, was zu Kürzungen des Taggeldes führen kann. In der Taggeldversicherung nach KVG darf hingegen keine Leistungskürzung wegen Überversicherung vorgenommen werden, wenn gleichzeitig noch ein Taggeld nach VVG ausgerichtet wird. Dagegen können die Versicherungsbedingungen der Taggeldversicherung nach VVG vorsehen, dass bei einem Zusammentreffen mit Taggeldern nach KVG das Taggeld nach VVG gekürzt wird<sup>60</sup>. Bei Schadenversicherungen sehen die Versicherungsbedingungen nach VVG immer vor, dass die Leistungen nur subsidiär zu jenen der Sozialversicherungen erbracht werden. Die fehlende gesetzliche Koordination wirkt sich also zulasten der Taggeldversicherung nach KVG aus. In den übrigen Sozialversicherungen gibt es vereinzelt Koordinationsbestimmungen, welche sich sowohl auf die Taggeldversicherung nach KVG wie nach VVG beziehen (insbesondere in der IV und der Arbeitslosenversicherung).

Das Koordinationsrecht der bilateralen Abkommen mit der EU ist nur auf die Taggeldversicherung nach KVG anwendbar<sup>61</sup>.

### 5.2.6 Die Früherfassung in der Invalidenversicherung

Die Früherfassung von Personen mit einem erhöhten Risiko einer dauernden Erwerbsunfähigkeit in der Invalidenversicherung und die damit verbundene interinstitutionelle Zusammenarbeit schliesst sowohl die Taggeldversicherung nach KVG wie jene nach VVG ein (vgl. vorne Ziff. 2.4.4.3). Nachdem die entsprechenden Gesetzesänderungen erst am 1. Januar 2008 in Kraft getreten sind, lässt sich noch nicht sagen, ob der Umstand, dass die Taggeldversicherung freiwillig ist und sie zum grössten Teil als Versicherung nach VVG durchgeführt wird, die interinstitutionelle Zusammenarbeit erschwert.

---

<sup>58</sup> BGE 125 V 106 ff., 110, E.3.

<sup>59</sup> BGE 127 III 106 ff., 109 E.3.b.

<sup>60</sup> vgl. vorne Ziff. 2.1.5 und 2.2.2.4

<sup>61</sup> vgl. vorne Ziff. 2.5

### 5.3 Gründe für die geringe Bedeutung der Taggeldversicherung nach KVG

#### 5.3.1 Grössere Flexibilität in der Taggeldversicherung nach VVG

Die Auswirkungen der heutigen Gesetzgebung im Versicherungsmarkt sind eindeutig. Die Taggeldversicherung nach KVG hat im Vergleich zu jener nach VVG nur eine geringe Bedeutung. Das gilt insbesondere für die typischen Erwerbsausfallversicherungen, nämlich für die von Unternehmen für ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen abgeschlossenen Kollektivversicherungen. Das Prämienvolumen der Kollektivversicherungen nach KVG liegt bei knapp acht Prozent des gesamten Prämienvolumens der Taggeldversicherungen (vgl. Ziff. 4.2). Anzumerken ist, dass auch die Krankenversicherer im Sinne des KVG mehr Taggeldversicherungen nach VVG als nach KVG abschliessen.

Diese Entwicklung zugunsten der Taggeldversicherung nach VVG ist in erster Linie auf die grössere Flexibilität in der Ausgestaltung der Versicherung zurückzuführen. Neben den Versicherungsgesellschaften profitiert die grosse Mehrheit der Betriebe, die dadurch eine günstigere Prämie erhalten. Die Schutzklauseln des KVG zugunsten der Versicherten (Aufnahmepflicht, beschränkte Dauer von Versicherungsvorbehalten, Solidarität in der Prämiengestaltung, Freizügigkeit) verteuern nämlich einerseits die Versicherung, sie sind aber andererseits kein wichtiges Argument für eine Wahl der Versicherung nach KVG.

Aus der Sicht der Arbeitgeber, welche die Taggeldversicherung abschliessen, ist dies verständlich. Für sie haben beim Abschluss einer Kollektivversicherung die Auflagen des KVG über die Prämiengestaltung keine Bedeutung. In der Regel werden ohnehin alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen eines Unternehmens unabhängig von ihrem Alter zu den gleichen Bedingungen versichert. Die übrigen Auflagen beziehen sich auf die Zeit nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Um diese Fragen muss sich der Arbeitgeber im Grunde genommen nicht kümmern. Für ihn ist die Taggeldversicherung ein Instrument zur Versicherung des Lohnausfalles während der Dauer des Arbeitsverhältnisses und zur Ablösung seiner Lohnfortzahlungspflicht.

Auch die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen werden sich beim Abschluss des Arbeitsvertrages oder im Fall eines Mitspracherechts beim Abschluss der Taggeldversicherung kaum darum kümmern, was nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit Bezug auf die Taggeldversicherung gilt. Bei einem normalen Stellenwechsel ist dies ja in der Regel auch kein Problem.

Die gesetzlichen Auflagen des KVG beziehen sich auf aussergewöhnliche Fälle und damit auf eine Minderheit von Personen. Sie schützen insbesondere ältere und bereits erkrankte Versicherte beim Wechsel oder einem Verlust ihrer Arbeitsstelle. Versicherungstechnisch gesprochen handelt es sich bei diesen Personen um schlechte Risiken. Wenn der Versicherer weiss, dass er solche Personen unter Umständen nach dem Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag weiterversichern muss, dann wird er dafür bereits in der Prämie der Kollektivversicherung einen Zuschlag erheben. In der Einzelversicherung führen die gesetzlichen Schutzklauseln zugunsten von schlechten Risiken zu einer Verschlechterung der Risikostruktur mit den entsprechenden Folgen für die Prämien dieses Versicherungszweiges.

#### 5.3.2 Der Schutz der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG

Sozialpolitische Auflagen, welche dem privatrechtlichen Versicherungsprinzip widersprechen, sind ein typisches Merkmal von Sozialversicherungen. Sie begünstigen bestimmte, als schutzbedürftig erachtete Personengruppen. Dieser Schutz wird in einer Sozialversicherung von der ganzen Versichertengemeinschaft solidarisch mitgetragen. Für Versicherte, die auf diesen Schutz nicht angewiesen sind, verteuern die sozialpolitischen Auflagen die Versicherung im Vergleich zu einer privatrechtlichen Versicherung ohne solche Auflagen.

Sozialversicherungen sind im Normalfall für einen bestimmten Kreis von Personen obligatorisch. Dadurch wird es möglich, die sozialpolitischen Auflagen über die Beiträge der Versi-

cherten solidarisch, also ohne Berücksichtigung des individuellen Versicherungsrisikos zu finanzieren. Der Sinn einer obligatorischen Sozialversicherung liegt also nicht nur darin, einen bestimmten Personenkreis zum Abschluss einer Versicherung zu verpflichten. Das Versicherungsobligatorium ist auch ein Instrument, um bestimmte, vom Gesetzgeber gewollte Solidaritäten innerhalb eines bestimmten Personenkreises faktisch durchzusetzen<sup>62</sup>.

Eine freiwillige Sozialversicherung ist eine atypische Sozialversicherung. Bei der freiwilligen Krankenversicherung bis zum Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 kamen die sozialpolitischen Auflagen dadurch zum Tragen, dass sie durch die öffentliche Hand finanziert wurde. Mit der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG hat der Gesetzgeber einen neuen Weg versucht. Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, werden verpflichtet, auch die freiwillige Taggeldversicherung nach dem KVG anzubieten. Das Gesetz schreibt aber nicht einen Mindestbetrag für das versicherbare Taggeld vor, sondern es verlangt nur, dass die Versicherer alle Bewerber gleich behandeln (Art. 109 KVV). Jeder Bewerber hat also das Recht, den Abschluss einer Taggeldversicherung in jener Höhe zu verlangen, in welcher der Versicherer bereits mit einem anderen Bewerber eine Taggeldversicherung abgeschlossen hat<sup>63</sup>. In der Annahme, dass die Versicherer aus eigenem Interesse auch echte Lohnausfallversicherungen anbieten würden, sollte so mit Hilfe des Grundsatzes der Gleichbehandlung dieses Angebot allen anderen Interessierten ebenfalls offen stehen.

Aus welchen Gründen ist dies in der Realität nicht eingetroffen? Zunächst weil der Grundsatz der Gleichbehandlung nicht konsequent umgesetzt ist. Die Aufsichtsbehörde verlangt eine rechtsgleiche Behandlung bezüglich der Höhe des Taggeldes nur innerhalb der Einzelversicherung, nicht aber zwischen Einzel- und Kollektivversicherung. Bietet eine Krankenkasse in Kollektivverträgen eine echte Erwerbsausfallversicherung an, so kann sie in der Einzelversicherung trotzdem nur ein minimales Taggeld vorsehen. Allerdings würde eine Verpflichtung, auch in der Einzelversicherung eine echte Erwerbsausfallversicherung anzubieten, kaum viel ändern. In der Kollektivversicherung können nämlich gemäss Artikel 77 KVG von der Einzelversicherung abweichende Prämien festgelegt werden. Eine solidarische Finanzierung der sozialpolitischen Auflagen für die gesamte Taggeldversicherung (Einzel- und Kollektivversicherung) ist also zum vorneherein ausgeschlossen. Die Prämien der Einzelversicherung werden deshalb immer deutlich über jenen der Kollektivversicherung liegen.

### 5.3.3 Eine freiwillige Sozialversicherung

Die beschriebenen Eigenschaften der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG weisen auf die Grundproblematik von freiwilligen Sozialversicherungen hin. Eine freiwillige Sozialversicherung ist nicht nur eine atypische Sozialversicherung. Sie wird immer Mängel aufweisen, welche früher oder später zu Tage treten. Dies zeigte sich sehr deutlich auch in den letzten Geltungsjahren bei der freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach dem KUVG. Die vom Gesetzgeber gewollten Solidaritäten zwischen Gesunden und Kranken wurden mehr und mehr innerhalb des Systems der freiwilligen Sozialversicherung umgangen und ausgehebelt, insbesondere durch Kollektivversicherungen und Privatpatientenversicherungen als geschlossene Risikogemeinschaften sowie durch die Errichtung neuer Krankenkassen mit guter Risikostruktur (Billigkassen) und durch Fusionen von Krankenkassen und der damit ermöglichten Umteilung von älteren Versicherten in höhere Eintrittsaltersgruppen. Einer der Gründe für diese Entwicklung war, dass der Bund ab 1976 seine Subventionen an die Krankenkassen nicht mehr der Kostenentwicklung angepasst hat. Die Entschädigung für die Abgeltung der Sozialauflagen hat so nach und nach an Wert verloren.

---

<sup>62</sup> Vgl. Botschaft zum KVG, BBl 1992 I 125 f.: Der Bundesrat führt dort zur beantragten Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus: „In diesem Sinn ist das Versicherungsobligatorium kein Selbstzweck, sondern ein unverzichtbares Instrument, um die erforderliche Solidarität zu gewährleisten. Es erlaubt ausserdem, gewisse Nachteile der freiwilligen Versicherung zu beseitigen wie etwa die Auferlegung von Versicherungsvorbehalten oder die Prämienungleichheit von Männern und Frauen“.

<sup>63</sup> Vgl. Botschaft zum KVG, BBl 1992 I 202

Die Evaluation der heutigen Situation zeigt auch auf, dass die Bedeutung der Taggeldversicherung als Erwerbsausfallversicherung tendenziell nicht abnimmt, ungeachtet davon, dass die Taggeldversicherung nach KVG ihr Wirkungsfeld je länger je mehr der Versicherung nach VVG überlässt. Tatsächlich wird der Erwerbsausfall infolge von Krankheit massgeblich durch Taggeldversicherungen gedeckt, weil sowohl die Arbeitgeber wie die Arbeitnehmer an derartigen Versicherungen interessiert sind. Oft verpflichten sich die Arbeitgeber in den Gesamtarbeitsverträgen zum Abschluss einer solchen Versicherung.

## 6 Vorschläge

### 6.1 Vier mögliche Vorschläge

Wenn eine Revision des Systems der Taggeldversicherung erwogen werden sollte, würden sich im Hinblick auf eine künftige gesetzliche Regelung folgende Fragen stellen:

- Soll die Taggeldversicherung weiterhin sowohl als Sozialversicherung wie als Versicherung nach dem VVG abgeschlossen werden können?
- Wenn ja, nach welchem ordnenden Prinzip wird die Sozialversicherung von der Versicherung nach dem VVG abgegrenzt und wird dafür gesorgt, dass die sozialpolitischen Auflagen in dem vom Gesetzgeber definierten Geltungsbereich der Sozialversicherung auch tatsächlich zur Anwendung gelangen?
- Ist das ordnende Prinzip wie in allen übrigen Bereichen des Sozialversicherungsrechts eine obligatorische Versicherung, sei es für alle oder für einen Teil der Bevölkerung?
- Welche ordnenden Prinzipien gelten im Fall des Verzichts auf eine obligatorische Versicherung?

Im Folgenden werden vier Varianten einer künftigen gesetzlichen Regelung skizziert. Es geht hier vor allem darum, die Hauptunterschiede zwischen diesen Varianten darzustellen, um so eine Grundlage für einen Entscheid zu bieten, welche dieser Varianten gegebenenfalls weiter zu verfolgen sind.

### 6.2 Vorschlag 1: Freiwillige soziale Taggeldversicherung als Grundversicherung und Zusatzversicherungen nach VVG

#### 6.2.1 Abgrenzung der beiden Versicherungen durch Festlegung separater Geltungsbereiche

Bleibt die Taggeldversicherung weiterhin freiwillig, so macht das Nebeneinander einer Taggeldversicherung als Sozialversicherung und einer Taggeldversicherung nach VVG nur Sinn, wenn für die soziale Taggeldversicherung ein gesetzlich definierter Geltungsbereich reserviert ist, in welchem die Taggeldversicherung nach VVG keinen Platz hat. Der Geltungsbereich lässt sich grundsätzlich auf bestimmte Personen oder auf bestimmte Leistungen beschränken. Der persönliche Geltungsbereich einer Erwerbsausfallversicherung bei Krankheit kann sich grundsätzlich auf alle erwerbstätigen Personen beziehen. Will man innerhalb dieses Personenkreises noch Einschränkungen vornehmen, so bietet sich die Unterscheidung zwischen selbstständig Erwerbstätigen und unselbstständig Erwerbstätigen an. Bezüglich der Leistungen steht praktisch nur eine Einschränkung in der Höhe des versicherten Erwerbs, beziehungsweise in der Höhe des Taggelds offen<sup>64</sup>.

Gestützt auf diese Überlegungen kommt für die Definition des Geltungsbereichs der sozialen Taggeldversicherung und damit für die Abgrenzung zur Versicherung nach VVG folgende Lösung in Frage:

- Einrichtung einer freiwilligen Taggeldversicherung bei Krankheit und subsidiär bei Unfall als Sozialversicherung im Sinne des ATSG (als Teil des KVG oder als Spezialgesetz) mit bestimmten Auflagen zur Sicherung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken

---

<sup>64</sup> Die ebenfalls noch mögliche Einschränkung bezüglich des Beginns der Leistungen (Wartefrist) eignet sich kaum zur Abgrenzung zwischen zwei nach dem anwendbaren Recht getrennten Versicherungen.

unabhängig von deren Alter und Geschlecht. Insoweit kann grundsätzlich die heutige Regelung im KVG übernommen werden. Ob allenfalls die gesetzlichen Auflagen noch erweitert werden sollen, kann hier offen bleiben.

- Umschreibung eines sachlichen Geltungsbereichs innerhalb dessen das Risiko des temporären Erwerbsausfalls bei Krankheit nur gestützt auf das Sozialversicherungsrecht versichert werden kann. In Frage kommt die Festlegung einer bestimmten Höhe des Erwerbs oder einer bestimmten Höhe des Taggeldes bis zu welcher nur eine soziale Taggeldversicherung abgeschlossen werden kann<sup>65</sup>.
- Der Anwendungsbereich kann allenfalls auf bestimmte Personengruppen eingeschränkt werden. In Frage kommt eine Beschränkung auf Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Das würde also bedeuten, dass selbstständig Erwerbstätige nicht verpflichtet sind, bis zu einer bestimmten Höhe des Taggeldes die soziale Taggeldversicherung zu wählen. Sie können ihre Erwerbsausfallversicherung vollständig nach dem VVG abschliessen. Es sollte aber mindestens vorgesehen werden, dass die soziale Taggeldversicherung auch selbstständig Erwerbstätigen und bis zu einer bestimmten Obergrenze auch Nichterwerbstätigen offen steht.
- Ausserhalb des sachlichen und des persönlichen Anwendungsbereichs der sozialen Taggeldversicherung können Taggeldversicherungen nach dem VVG abgeschlossen werden. Im Sinne einer klaren Abgrenzung zwischen Sozialversicherung und Privatversicherung sollte auch vorgesehen werden, dass die soziale Taggeldversicherung nur bis zur gesetzlich bestimmten maximalen Höhe des Taggeldes abgeschlossen werden kann. Weitergehende Taggeldleistungen können nur nach dem VVG versichert werden. Damit wird die soziale Taggeldversicherung zur Grundversicherung und die Taggeldversicherung nach VVG zur Zusatzversicherung.  
Die Höchstgrenze des in der Grundversicherung versicherbaren Verdienstes, bzw. des versicherbaren Taggeldes, ist das entscheidende Kriterium für die Abgrenzung zwischen der sozialen Taggeldversicherung und der Zusatzversicherung nach VVG. Diese Grenze kann vom Gesetzgeber grundsätzlich nach freiem Ermessen festgelegt werden. Soll die soziale Taggeldversicherung eine praktische Bedeutung erlangen, muss die Höchstgrenze eine substantielle Absicherung des Erwerbsausfalles ermöglichen.
- In der Frage der Trägerschaft sind grundsätzlich zwei Varianten denkbar:
  - Variante 1: Klare Trennung der Trägerschaft: Die Grundversicherung nach KVG wird nur durch Krankenkassen im Sinne des Sozialversicherungsrechts durchgeführt. Privaten Versicherungsgesellschaften steht es aber frei, Krankenkassen zu gründen. Ebenso können Krankenkassen wie bisher, für die Durchführung von Zusatzversicherungen private Versicherungsgesellschaften errichten.
  - Variante 2: Gemischte Trägerschaft: In Analogie zur obligatorischen Krankenpflege- und zur obligatorischen Unfallversicherung kann die Grundversicherung auch von privaten Versicherungsgesellschaften durchgeführt werden.

### 6.2.2 Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung

Für die Versicherungen nach KVG werden folgende Höchstgrenzen vorgeschlagen:

- Für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen: Ein Taggeld bis zu 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Definition des versicherten Verdienstes gemäss Artikel 22 Absatz 2 UVV. Übernahme des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes nach Artikel 22 Absatz 1 UVV<sup>66</sup>.
- Für selbstständig Erwerbstätige: Ein Taggeld bis zu 80 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes pro Tag nach Artikel 22 Absatz 1 UVV.
- Für nicht Erwerbstätige: Ein Taggeld bis höchstens 100 Franken (deckt Zusatzkosten für Aushilfe im Haushalt bei Arbeitsunfähigkeit, wird nur ausgerichtet, wenn die Zusatzkosten belegt sind).

<sup>65</sup> Zur möglichen Höhe dieser Erwerbsgrenze siehe auch die in Ziffer 6.4 und 6.5 erwähnten Höchstgrenzen des versicherten Verdienstes.

<sup>66</sup> Die Höchstgrenze liegt gegenwärtig bei einem Jahresverdienst von 126'000 Franken (Art. 22 Abs. 1 UVV).

Bis zu diesen Höchstgrenzen besteht für die Versicherer eine Aufnahmepflicht. Für bestehende Krankheiten können aber zeitlich befristet Versicherungsvorbehalte angebracht werden. Darüber hinausgehende Leistungen können nur nach dem VVG abgeschlossen werden. Versicherungen nach dem VVG sind nur für Leistungen über der Höchstgrenze nach KVG zulässig. Wartefristen für Leistungen bis zur Höchstgrenze können nicht nach dem VVG versichert werden.

Im heutigen politischen und wirtschaftlichen Umfeld ist nur eine freiwillige Taggeldversicherung ohne Beiträge der öffentlichen Hand realistisch.

Als Versicherungsträger sind Krankenversicherer im Sinne des KVG und private Versicherungsgesellschaften nach VAG zugelassen.

### 6.2.3 Beurteilung des Vorschlags 1

#### 6.2.3.1 Positive Aspekte, Vorteile

Bei dieser Lösung geht es in erster Linie darum, dem vom Gesetzgeber erlassenen Sozialversicherungsrecht auch tatsächlich zum Durchbruch zu verhelfen. Mit dem hier vorgeschlagenen Höchstbetrag des versicherten Verdienstes (gleich wie jener nach dem UVG) werden die meisten der bestehenden Versicherungen im bisherigen Leistungsumfang, aber auf der Grundlage des KVG, weitergeführt werden können<sup>67</sup>. Faktisch wird sich damit für die Versicherten wenig ändern. Dass für die Versicherungen die Bestimmungen des KVG und des ATSG gelten, wirkt sich für alle spürbar in erster Linie bezüglich des Verfahrens und des Rechtsweges aus: Es gelten die Bestimmungen des ATSG. Die privaten Versicherungsgesellschaften, welche heute die obligatorische Unfallversicherung durchführen, wenden diese Bestimmungen bereits dort an. Sie sind für sie also nicht neu.

Die gesetzlichen Auflagen des KVG (vgl. vorne Ziff. 2.1.1) schützen die Versicherten insbesondere beim Wechsel der Arbeitsstelle und beim Verlust der Arbeitsstelle bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit. Dieser zusätzliche Schutz kann gewisse Prämien erhöhungen zur Folge haben. Diese sollten aber gering sein, weil sich die Auflagen nur für eine kleine Minderheit der Versicherten auswirken (vgl. vorne Ziff. 5.3.1). Entscheidend für die Höhe der Prämien sind die versicherten Leistungen. Diese erfahren mit dem vorliegenden Vorschlag grundsätzlich keine Änderung.

Die gesetzlichen Auflagen des KVG dürften politisch breit akzeptiert sein. Eine Ausdehnung dieser Auflagen auf alle Taggeldversicherungen bis zu einer gesetzlich umschriebenen Höchstgrenze, lässt sich daher schlüssig begründen.

Auf Taggeldversicherungen nach KVG ist das EU-Koordinationsrecht anwendbar.

#### 6.2.3.2 Nachteile

Es ist damit zu rechnen, dass innerhalb der sozialen Taggeldversicherung die vom Gesetzgeber angestrebten Solidaritäten unterlaufen werden (Versicherungsvorbehalte, Kollektivversicherungen als geschlossene Risikogemeinschaften). Personen in der Einzelversicherung und kleinere Betriebe werden also weiterhin benachteiligt sein.

Als Gegenmassnahme ist die Einführung eines einheitlichen Prämientarifs für alle Versicherten innerhalb einer Krankenkasse analog zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung denkbar. Dieser Vorschlag stünde allerdings in Widerspruch zur heutigen Praxis von betriebs- oder branchenbezogenen Prämientarifen, wie sie im Übrigen auch in der obligatorischen Unfallversicherung bestehen. Zudem sollten Anreize bestehen bleiben, dass auch die Betriebe an einer Vermeidung von übermässigen Taggeldzahlungen interessiert bleiben. Dies spricht für betriebs- und branchenbezogene Prämientarife.

Diese gegensätzlichen Interessen liessen sich am ehesten noch über einen für alle Krankenkassen einheitlichen, aber branchenbezogenen Prämientarif lösen, welcher innerhalb be-

---

<sup>67</sup> Denkbar wäre auch ein tieferer Höchstbetrag, wie in Vorschlag 4 (Ziff. 6.5.2). Das hätte aber den Nachteil, dass zahlreiche der heute bestehenden Kollektivversicherungen in zwei Verträge (einer nach KVG, einer nach VVG) aufgetrennt werden müssten. Bei einem Verzicht auf eine obligatorische Versicherung ist dies nicht sinnvoll.

stimmter Grenzen eine Bonus/Malus-Regelung zulässt. Man muss sich aber bewusst sein, dass es in einer freiwilligen Versicherung nie gelingen wird, eine Umgehung der gesetzlich gewollten Solidaritäten vollständig auszuschalten.

### **6.3 Vorschlag 2: Freiwillige Taggeldversicherung ausschliesslich nach dem VVG**

#### **6.3.1 Verzicht auf eine soziale Taggeldversicherung nach KVG. Ergänzung des VVG mit Bestimmungen des KVG zum Schutz der Versicherten**

Das geltende System mit zwei nebeneinander bestehenden Gesetzen und dem Ergebnis, dass in der Praxis die freiwillige Sozialversicherung keine grosse Bedeutung hat, könnte auch in dem Sinne revidiert werden, dass auf die Einrichtung einer freiwilligen sozialen Taggeldversicherung verzichtet wird und die Bestimmungen des KVG zur Taggeldversicherung aufgehoben werden. Alle Versicherungen für die Folgen einer Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit richten sich ausschliesslich nach dem VVG. Im Gegensatz zur Variante einer sozialen Taggeldversicherung als Grundversicherung bestehen hier keine Auflagen bezüglich der Ausgestaltung von Prämientarifen. Es gelten die allgemeinen Regeln des VAG.

Auch in diesem Fall bleibt es aber möglich, im VVG Einschränkungen der Vertragsfreiheit vorzusehen, wie das ja bereits heute, allerdings nur zugunsten von arbeitslosen Personen, der Fall ist. Nach Artikel 100 Absatz 2 VVG sind heute die Artikel 71 KVG (Ausscheiden aus der Kollektivversicherung) und Artikel 73 KVG (Koordination mit der Arbeitslosenversicherung) ebenfalls für Versicherte nach dem VVG, welche arbeitslos werden, anwendbar. Es stellt sich deshalb die Frage, ob diese in das VVG zu überführen sind, damit für arbeitslose Versicherte keine Verschlechterung des Versicherungsschutzes resultiert. Damit dürfte aber eine Diskussion darüber ausgelöst werden, den Geltungsbereich dieser Bestimmungen nicht für arbeitslose Versicherte zu erhalten, sondern generell die bisherigen Bestimmungen des KVG zum Schutz der Versicherten oder jedenfalls einen Teil davon in das VVG zu überführen.

Falls solche Auflagen in das VVG aufgenommen werden, stellt sich die Anschlussfrage, ob diese nur bis zu einer bestimmten Höhe der Leistungen gelten sollen.

Träger dieser Taggeldversicherungen nach VVG können alle privaten Versicherungsunternehmen sein, die dem VAG unterstehen. Nachdem die Krankenversicherer jedoch heute Taggeldversicherungen nach VVG anbieten dürfen, muss ihnen dieses Recht wahrscheinlich auch bei dieser Lösung belassen werden.

Je nach dem Resultat, wird sich der Vorschlag 2 materiell kaum von Vorschlag 1 unterscheiden.

#### **6.3.2 Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung**

Die Bestimmungen des KVG zur Taggeldversicherung werden aufgehoben. Gleichzeitig wird das VVG mit den im KVG enthaltenen Einschränkungen der Vertragsfreiheit ergänzt. Es sind dies die folgenden:

- die Aufnahmepflicht mit beschränkter Dauer von Versicherungsvorbehalten (analog zu Art. 68 und 69 KVG).
- die Freizügigkeit in den heute nach Artikel 70 Absatz 1 KVG erwähnten Fällen.
- das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung bei Ausscheiden aus der Kollektivversicherung (analog zu Art. 71 KVG).
- die zwingende Verpflichtung der Versicherer, die versicherten Leistungen auch nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis, bzw. nach dem Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag weiter zu gewähren, wenn der Krankheitsfall vorher eingetreten ist<sup>68</sup>.
- Taggeld bei Mutterschaft (analog zu Art. 74 KVG)
- keine Prämienabstufungen nach dem effektiven Alter und dem Geschlecht, hingegen nach dem Eintrittsalter (vgl. Art. 76 KVG).

---

<sup>68</sup> Vgl. vorne Ziffer 2.2.2.6.

Zudem ist im VVG eine Mindesthöhe des Taggeldes, bis zu welcher die Einschränkungen der Vertragsfreiheit zu beachten sind, festzuhalten. In Frage kommt in erster Linie die Übernahme der gleichen Höchstgrenzen wie bei Vorschlag 1 für den Geltungsbereich der Grundversicherung nach KVG.

Bei einer freiwilligen Taggeldversicherung nach VVG kämen ebenfalls keine Beiträge der öffentlichen Hand in Frage.

Als Versicherungsträger sind, wie beim Vorschlag 1, Krankenversicherer im Sinne des KVG und private Versicherungsgesellschaften nach VAG zugelassen.

### 6.3.3 Beurteilung des Vorschlags 2

#### 6.3.3.1 *Positive Aspekte, Vorteile*

Für die Versicherung des Erwerbsausfalles bei Krankheit wird ein konsistentes gesetzgeberisches Konzept für eine freiwillige Versicherung geschaffen, in welchem nicht mehr zwei gesetzliche Regelungen nebeneinander bestehen. Grundsätzlich ist es möglich, im Gesetz Einschränkungen der Vertragsfreiheit vorzusehen, um den Erwerbstätigen den Zugang zu dieser Versicherung zu ermöglichen. Werden wie im Vorschlag in Ziffer 6.3.2 die Schutzklauseln der Taggeldversicherung des KVG bis zur gleichen Höhe wie beim Vorschlag 1 ins VVG übernommen, wird sich der Vorschlag 2 materiell kaum vom Vorschlag 1 unterscheiden, ausser dass die Bestimmungen des ATSG und das EU-Koordinationsrecht nicht anwendbar sind.

Nachdem bereits heute die meisten Taggeldversicherungen auf der Basis des VVG abgeschlossen sind, dürfte sich der Widerstand gegen diesen Vorschlag in Grenzen halten. Die Diskussion über eine Ergänzung des VVG mit den aufgehobenen Bestimmungen des KVG wird aber nicht zu vermeiden sein.

Die Verpflichtung zur weiteren Ausrichtung der versicherten Leistungen in einem Krankheitsfall nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses bietet den Versicherten aber einen zusätzlichen Schutz. Sie wird gleichzeitig zu einer gewissen Entlastung der Einzelversicherung führen.

#### 6.3.3.2 *Nachteile*

In einer freiwilligen Sozialversicherung wird die vom Gesetzgeber statuierte Solidarität zwischen den Versicherten lückenhaft sein. Die grossen Prämienunterschiede zwischen verschiedenen versicherten Kollektiven und zwischen Kollektiv- und Einzelversicherung werden weiter bestehen.

Die Nicht-Anwendbarkeit der Bestimmungen des ATSG wirkt sich insbesondere bei der Koordination der Leistungen mit anderen Sozialversicherungen und bei den Regeln über das Verfahren und den Rechtsweg aus.

Auch das EU-Koordinationsrecht ist auf VVG-Versicherungen nicht anwendbar, was zu Lücken führen kann.

## 6.4 **Vorschlag 3: Obligatorische Taggeldversicherung für unselbstständig Erwerbstätige**

### 6.4.1 Gleicher Versicherungsschutz gegen den Erwerbsausfall infolge Krankheit wie bei Unfall für alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen

Mit Ausnahme der temporären Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit ist heute das Risiko eines Erwerbsausfalls bei Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen umfassend durch Sozialversicherungen geschützt (vgl. vorne Ziff. 2.4). Es gibt eigentlich keinen sachlichen Grund, weshalb das Risiko des Erwerbsausfalls zwar bei Unfall nicht aber bei Krankheit durch eine Sozialversicherung abgedeckt sein soll. Zwar besteht für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen auch ein Schutz durch die Lohnfortzahlungspflicht nach dem OR und durch zusätzliche Regelungen in Arbeitsverträgen, insbesondere in Gesamtarbeitsverträgen. Diese Regelungen weisen aber häufig Mängel auf, welche sich vor allem bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder beim Stellenwechsel zeigen. Benachteiligt sind vor allem Personen, welche in diesem Zeitpunkt krank sind oder welche vorher eine Krankheit durchgemacht haben, welche zu Rückfällen führen kann.

Die Änderungen in der Arbeitswelt haben zur Folge, dass sich heute diese Mängel deutlicher und vermehrt zeigen. Arbeitsstellen sind heute kaum mehr Lebensstellen. Zudem nimmt auch die Bedeutung so genannter atypischer Arbeitsverhältnisse wie befristete Arbeitsverhältnisse, Temporärarbeit, Teilzeitarbeit, Arbeit auf Abruf usw. zu. Personen in solchen Arbeitsverhältnissen sind heute schlecht gegen das Lohnausfallrisiko bei länger dauernder Krankheit abgesichert<sup>69</sup>. Diese Makel könnten durch eine obligatorische Sozialversicherung weitgehend behoben werden.

Bei der Einrichtung einer Sozialversicherung stellt sich immer die Frage, für welchen Personenkreis diese Versicherung obligatorisch sein soll. Das traditionelle, auf die Sozialgesetzgebung von Bismarck zurückgehende Konzept ist die obligatorische Versicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. In der Schweiz hat man in wichtigen Bereichen der Sozialversicherung (AHV, IV, Krankenpflegeversicherung) ein anderes Konzept, nämlich die obligatorische Versicherung für die ganze Bevölkerung gewählt. Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung sind hingegen nur für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen obligatorisch. Auch bei den bisherigen Bestrebungen zur Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung bei Krankheit stand das Konzept einer Arbeitnehmerversicherung im Vordergrund<sup>70</sup>. Die nahe liegende Lösung ist deshalb die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Die entsprechende Regelung kann sich grundsätzlich nach dem Gesetzesentwurf des Bundesrates aus dem Jahr 1981 richten. Die wichtigsten Eckpunkte dieser Regelung waren:

- Obligatorische Versicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen bis zum Rentenalter der AHV.
- Taggeld von 80 Prozent des versicherten Verdienstes bis zu einer bestimmten Höchstgrenze (vorzugsweise gleich wie in der obligatorischen Unfallversicherung<sup>71</sup>).
- Leistungsbeginn ab dem 31. Tag nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
- Leistungsdauer von 540 Tagen.
- Recht auf Übertritt in die freiwillige Versicherung nach Ausscheiden aus der obligatorischen Versicherung.

#### 6.4.2 Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung

Die heutigen Bestimmungen des KVG zur freiwilligen Taggeldversicherung werden durch eine Regelung über eine obligatorische Taggeldversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit folgenden Eckpunkten ersetzt:

- Obligatorische Versicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen bis zum Rentenalter der AHV.
- Taggeld von 80 Prozent des versicherten Verdienstes bis zur gleichen Höchstgrenze wie in der obligatorischen Unfallversicherung.
- Leistungsbeginn ab dem 31. Tag nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
- Leistungsdauer von 540 Tagen.
- Recht auf Übertritt in die freiwillige Versicherung nach Ausscheiden aus der obligatorischen Versicherung.
- Durchführung durch Krankenkassen und private Versicherungseinrichtungen nach VAG.

Für Leistungen welche über die obligatorische Versicherung hinausgehen sowie für selbstständig erwerbstätige und nicht erwerbstätige Personen sind Versicherungen nach dem VVG möglich, wie dies heute auch neben der obligatorischen Unfallversicherung der Fall ist.

#### 6.4.3 Beurteilung des Vorschlags 3

##### 6.4.3.1 Positive Aspekte, Vorteile

<sup>69</sup> Vgl. Peter Böhringer, Michael Marti, Flexicurity: Bedeutung für die Schweiz, CHSS 1/2008, 39 ff.

<sup>70</sup> Vgl. Botschaft vom 19. August 1981 über die Teilrevision der Krankenversicherung, BBl 1981 II 1117 ff.

<sup>71</sup> Vgl. vorne Fussnote 67

Bei dieser Variante steht der Schutz der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit im Vordergrund. Der vorübergehende Erwerbsausfall bei Krankheit ist damit in gleicher Weise geschützt, wie jener bei einem Unfall. Es wird damit die letzte noch bestehende Lücke im Versicherungsschutz gegen den Erwerbsausfall von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen geschlossen.

Die obligatorische Versicherung bringt für die Versicherten beim Wechsel und bei einem Verlust der Arbeitsstelle eine wesentliche Verbesserung des Versicherungsschutzes. Wichtig ist dieser vor allem bei einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit nach einem Verlust der Arbeitsstelle. Die obligatorische Versicherung erleichtert zudem die Koordination mit anderen Sozialversicherungen sowie die Koordination mit den Versicherungssystemen in der EU.

Für Personen, welche nicht der obligatorischen Versicherung unterstehen, bleibt die Möglichkeit einer Versicherung nach dem VVG.

#### *6.4.3.2 Nachteile*

Für die Mehrheit der Versicherten würde die Einführung der obligatorischen Versicherung nicht spürbar sein. Für sie funktioniert das heutige System mit den sozialpartnerschaftlichen Lösungen zufrieden stellend. Der Versicherungsschutz kann für einen grossen Teil der Erwerbstätigen auch mit einer freiwilligen Versicherung ausreichend ausgestaltet werden. Der politische Druck zu einer Einführung der obligatorischen Versicherung ist heute deshalb nicht stark. Im heutigen politischen und wirtschaftlichen Umfeld ist ein weiterer Ausbau der Sozialversicherungen mit zusätzlichen Arbeitgeberbeiträgen kaum denkbar. Die Ausgestaltungsmöglichkeiten durch die Sozialpartner sind bei einem Obligatorium begrenzt. Für spezielle Situationen massgeschneiderte Lösungen wären ausgeschlossen.

### **6.5 Vorschlag 4: Obligatorische Erwerbsausfallversicherung für alle Erwerbstätigen**

#### **6.5.1 Ausdehnung der obligatorischen Versicherung gegen den Erwerbsausfall infolge Krankheit auf alle Erwerbstätigen**

Wenn die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung in Betracht gezogen wird, dann sollte auch geprüft werden, ob man weiterhin bei der traditionellen Lösung einer obligatorischen Versicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen bleiben will, oder ob man nicht eine obligatorische Versicherung für alle erwerbstätigen Personen errichten soll. Für die Ausdehnung der obligatorischen Versicherung auf alle erwerbstätigen Personen spricht, dass heute öfter als früher die Arbeitsstelle und auch häufiger zwischen selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit hin und her gewechselt wird. Auch in diesen Fällen würden mit einem umfassenden Obligatorium für alle Erwerbstätigen allfällige Lücken und Mängel im Versicherungsschutz bei Krankheit vermieden. Weiter spricht für ein umfassendes Obligatorium die Koordination mit anderen Sozialversicherungen und insbesondere die interinstitutionelle Zusammenarbeit zur rascheren Wiedereingliederung von Personen in den Arbeitsmarkt im Sinne von Artikel 68<sup>bis</sup> IVG. Zwar gibt es bis heute noch keine gesicherten Erfahrungen, wie diese Zusammenarbeit, welche auch die freiwillige Taggeldversicherung einschliesst, sich in der Praxis bewähren wird. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass diese Zusammenarbeit mit einer obligatorischen Versicherung einfacher und effizienter wäre als mit einer freiwilligen Versicherung. Bei Bestehen einer obligatorischen Erwerbsausfallversicherung liessen sich im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit rascher und zuverlässiger Informationen über eine gehäuft und immer wieder eintretende Erwerbsunfähigkeit gewinnen als im System der freiwilligen Versicherung.

Wird eine Erwerbsausfallversicherung für alle erwerbstätigen Personen eingerichtet, so stellt sich die Frage, ob die Höchstgrenze des versicherten Verdienstes gleich hoch angesetzt werden soll wie in der obligatorischen Taggeldversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, wo eine Übernahme der Höchstgrenze aus der obligatorischen Unfallversiche-

nung nahe liegt<sup>72</sup>. Für einen tieferen Grenzwert des höchstversicherten Verdienstes spricht insbesondere der Einbezug der selbstständig erwerbstätigen Personen. Bei diesen kann der Jahresverdienst sehr stark schwanken. Bereits mit einer Höchstgrenze, bei welcher für die Hälfte der erwerbstätigen Personen der volle Verdienst erfasst ist<sup>73</sup>, könnten die heute bestehenden Probleme beim Wechsel der Arbeitsstelle zu einem grossen Teil eliminiert werden und alle Erwerbstätigen könnten bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit zumindest auf eine Basisversicherung zählen. Denkbar ist auch, für unselbstständig Erwerbstätige und selbstständig Erwerbstätige unterschiedliche Höchstgrenzen für den obligatorisch versicherten Verdienst vorzusehen. Für den Erwerbsausfall über der Höchstgrenze wäre die Versicherung für alle Erwerbstätigen freiwillig. Ob für diese Zusatzversicherung ebenfalls das Sozialversicherungsrecht gelten soll, wird hier offen gelassen. Eine Versicherung nach dem VVG ist an sich die konsequentere Lösung. Jedenfalls müssten aber Grundversicherung wie Zusatzversicherung vom gleichen Versicherer angeboten werden können.

Für die obligatorische Erwerbsausfallversicherung würden also insbesondere folgende Grundsätze gelten:

- Das Versicherungsobligatorium bezieht sich grundsätzlich auf alle Erwerbstätigen mit einem Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Erwerbstätigkeit im Sinne des AHVG.
- Das Versicherungsobligatorium gilt aber nur bis zu einer gesetzlich umschriebenen Höchstgrenze, welche – jedenfalls für selbstständig Erwerbstätige – wesentlich tiefer liegen könnte als in einer obligatorischen Taggeldversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen.
- Daneben können die gleichen Grundsätze gelten wie bei einer obligatorischen Taggeldversicherung für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen.

#### 6.5.2 Vorschlag für die konkrete Ausgestaltung

Die heutigen Bestimmungen des KVG zur freiwilligen Taggeldversicherung werden durch eine Regelung über eine obligatorische Erwerbsausfallversicherung ersetzt. Obligatorisch versichert sind alle erwerbstätigen Personen im Sinne der Gesetzgebung zur AHV. Die Leistungen und die Leistungsdauer können grundsätzlich gleich wie in der obligatorischen Taggeldversicherung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geregelt werden, also:

- Taggeld von 80 Prozent des versicherten Verdienstes bis zu einer bestimmten Höchstgrenze (vgl. hierzu die untenstehenden Ausführungen).
- Leistungsbeginn ab dem 31. Tag nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
- Leistungsdauer von 540 Tagen.
- Recht auf Übertritt in eine freiwillige Versicherung nach Aufgabe der Erwerbstätigkeit bis zu einer bestimmten Höchstgrenze des versicherbaren Taggeldes (Deckung von Zusatzkosten im Haushalt bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit).
- Durchführung durch Krankenkassen und private Versicherungseinrichtungen nach VAG. Zusätzlich subsidiäre Ausrichtung bei Arbeitsunfähigkeit nach einem Unfall.

#### *Zur Höchstgrenze des versicherten Verdienstes*

Die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf alle Erwerbstätigen rechtfertigt es, die Höchstgrenze des versicherten Verdienstes tiefer anzusetzen als in der obligatorischen Unfallversicherung. Dies gilt vor allem mit Blick auf die selbstständig Erwerbstätigen, bei welchen einerseits das tatsächliche Fernbleiben von der Arbeit wegen Arbeitsunfähigkeit schwerer zu kontrollieren ist und andererseits das Einkommen stark schwanken kann. Die Höchstgrenze könnte so festgelegt werden, dass mindestens für die Hälfte der Erwerbstätigen der

<sup>72</sup> Nach Artikel 15 Absatz 2 UVG ist der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes so festzulegen, dass in der Regel zwischen 92 und 96 Prozent der versicherten Personen zum vollen Verdienst versichert sind. Die Höchstgrenze liegt gegenwärtig bei einem Jahresverdienst von 126'000 Franken (Art. 22 Abs. 1 UVV).

<sup>73</sup> Nach der Statistik der AHV liegt im Jahr 2005 diese Grenze (Median) bei den Männern bei 66'855 Franken und bei den Frauen bei 37'228 Franken. Die Grenze müsste aber für beide Geschlechter in gleicher Höhe festgelegt werden. Denkbar wäre auch, in dieser Versicherung die Höchstgrenze beim halben Betrag des höchstversicherten Verdienstes in der obligatorischen Unfallversicherung, also bei 63'000 Franken, festzulegen.

Erwerbsausfall vollständig abgedeckt ist. Das wird mit einer Höchstgrenze beim halben Betrag des höchstversicherten Verdienstes nach dem UVG sicher der Fall sein<sup>74</sup>.

### 6.5.3 Beurteilung des Vorschlags 4

#### 6.5.3.1 Positive Aspekte, Vorteile

Bei dieser Variante soll für alle erwerbstätigen Personen bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zumindest eine Grundsicherung garantiert werden, welche für die ganze Zeit der Erwerbstätigkeit lückenlos andauert. Für Personen, bei welchen der effektive Verdienst unter dem höchstversicherten Verdienst liegt, wäre der volle Verdienst versichert. Je nach der Höchstgrenze des versicherten Verdienstes könnte das die Mehrheit der Erwerbstätigen sein.

Mit der Ausdehnung der obligatorischen Versicherung auf alle erwerbstätigen Personen liegt diese Erwerbsausfallversicherung bezüglich der versicherten Personen näher bei der AHV und der IV als bei der obligatorischen Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Arbeitsstellen heute nicht mehr Lebensstellen sind und auch häufiger zwischen selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit gewechselt wird. Gerade beim Wechsel der Arbeitsstelle und beim Wechsel in eine selbstständige Erwerbstätigkeit hat das Obligatorium Vorteile für die Versicherten.

Der Vorteil dieses Vorschlages liegt vor allem in der Förderung der Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt und in der Verbesserung der Koordination mit der IV bezüglich der Früherfassung einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit. Die interinstitutionelle Zusammenarbeit im Sinne von Artikel 68<sup>bis</sup> IVG wird auch institutionell auf eine sichere Basis gestellt. Erst damit lässt sich eine frühe Erfassung der Arbeitsunfähigkeit in komplexen Fällen konsequent und lückenlos organisieren. Die Taggeldversicherer dürfen zwar bereits heute im Rahmen der Früherfassung mit der Invalidenversicherung zusammenarbeiten (vgl. Ziff. 2.4.4.3). Sie sind dazu aber gesetzlich nicht verpflichtet. Zwischen obligatorischen Sozialversicherungen kann der Gesetzgeber die Zusammenarbeit hingegen verbindlich regeln. Hier würde eine obligatorische Erwerbsausfallversicherung, die alle Erwerbstätigen umfasst, sicher Vorteile bringen.

#### 6.5.3.2 Nachteile

Eine umfassende Obligatoriumslösung ist politisch zurzeit nicht realisierbar. Die geltende Regelung, die v.a. auf sozialpartnerschaftlichen Lösungen aufbaut, hat sich trotz allem grundsätzlich bewährt. Ein ausreichender Versicherungsschutz kann für einen grossen Teil der Erwerbstätigen auch mit einer freiwilligen Versicherung erreicht werden.

Eine Verpflichtung der Selbstständigerwerbenden zu einer Erwerbsausfallversicherung ist nicht systemkonform.

## 7 Bisherige Revisionsbestrebungen

### 7.1 Frühere, in der Mehrzahl gescheiterte Gesetzgebungsversuche

Zunächst sollen kurz die einzelnen Reformvorhaben und Massnahmen seit dem Jahr 1972 betreffend Krankengeld-/Taggeldversicherung in Erinnerung gerufen werden.

11. Februar 1972: Bericht der Expertenkommission „für die Neuordnung der Krankenversicherung“ (sog. Flimser Modell). Es wird die Einführung einer obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer vorgeschlagen.

19. März 1973: Botschaft des Bundesrates zur SP-Initiative mit der Unterbreitung eines Gegenvorschlags (BBl 1973 I 940). Das Krankengeld sollte durch eine obligatorische Versicherung für Arbeitnehmer abgedeckt werden, finanziert durch lohnprozentuale paritätische Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber.

---

<sup>74</sup> Vgl. Bericht Ziff. 6.5.1 und dort insbesondere Fussnote 73.

8. Dezember 1974: Ablehnung der SP-Initiative und des Gegenvorschlags der eidgenössischen Räte durch Volk und Stände.

31. Januar 1975: Bundesbeschluss über den Abbau von Bundesbeiträgen (SR 611.02). Gestützt auf diesen Beschluss wurden die Bundesbeiträge an die Krankengeldversicherung aufgehoben.

5. Juli 1977: Bericht der Expertenkommission „für die Teilrevision der Krankenversicherung“: Es wird die Einführung einer obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer vorgeschlagen.

19. August 1981: Botschaft des Bundesrates über die Teilrevision der Krankenversicherung (KMVG-Vorlage; BBl 1981 II 1117). Der Bundesrat schlägt die Einführung einer für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen obligatorischen Krankengeldversicherung einschliesslich eines Mutterschaftstaggeldes vor, die durch paritätische, lohnprozentuale Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert wird.

17. März 1986: Einreichung der Volksinitiative „für eine gesunde Krankenversicherung“ durch die SP und den Schweizerischen Gewerkschaftsbund (SGB). Die Bundesverfassung soll wie folgt geändert werden: Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes. Die Versicherung wird finanziert durch Beiträge in Prozenten des versicherten Lohnes, wobei die Arbeitgeber mindestens die Hälfte tragen. Der Bund sorgt dafür, dass sich gesetzlich nicht versicherte Personen der Taggeldversicherung für Leistungen bei Krankheit oder Unfall anschliessen können.

20. März 1987: Verabschiedung der KMVG-Vorlage durch die eidgenössischen Räte (sog. Sofortprogramm). Auf die obligatorische Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer wurde verzichtet; das einstige Zugpferd der Vorlage war im Laufe der parlamentarischen Beratungen zunehmend unter Beschuss geraten. Stattdessen wurde die Einführung der obligatorischen Versicherung eines Mutterschaftstaggeldes für erwerbstätige und nicht erwerbstätige Mütter nach dem System der EO beschlossen.

6. Dezember 1987: Ablehnung der KMVG-Vorlage in der Volksabstimmung.

6. November 1991: Einreichung der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung (KVG-Botschaft) als indirekter Gegenentwurf zur Volksinitiative „für eine gesunde Krankenversicherung“. Der Bundesrat übernahm darin praktisch unverändert die geltende Regelung über die Taggeldversicherung (Erwerbsausfallversicherung), nachdem anlässlich des letzten Revisionsversuchs der Krankenversicherung (Botschaft vom 19. August 1981) bereits das Parlament die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung für Arbeitnehmer abgelehnt hatte und nachdem sich der Bundesrat mit seiner Vorlage auf die Krankenpflegeversicherung konzentrieren wollte.

4. Dezember 1994: Ablehnung der Volksinitiative „für eine gesunde Krankenversicherung“ in der Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 und Annahme des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) durch Volk und Stände.

## **7.2 Die Situation nach 1996**

### **7.2.1 Das KVG**

Die Bestimmungen des KVG über die freiwillige Taggeldversicherung (Artikel 67 – 77) haben seit der Inkraftsetzung des KVG am 1. Januar 1996 keine Änderungen erfahren, abgesehen von kleinen Anpassungen aufgrund der Einführung des ATSG.

In seiner Botschaft vom 21. September 1998 betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (BBl 1999 832) legte der Bundesrat dar, „dass die Probleme mit der Taggeldversicherung bei Krankheit nicht mit einfachen Gesetzeskorrekturen gelöst werden können. In diesem Stadium der Entwicklung der Taggeldversicherung könnte nur mit einer obligatorischen Taggeldversicherung ein wirklich soziales Taggeld realisiert werden. Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer haben verlangt, dass in die vorliegende Teilrevision eine obligatorische Taggeldversicherung in Höhe von 80 Prozent des Einkommens aufgenommen werde. Doch in Anbetracht der zusätzlichen finanziellen Belastung, welche eine derartige Änderung ergeben würde, schlagen wir vor, zum heutigen Zeitpunkt von einer solchen Änderung abzusehen. Dieses Thema könnte jedoch gegebenenfalls im Rahmen einer weiteren Revision aufgegriffen werden“ (Ziff. 33).

#### 7.2.2 Parlamentarische Vorstösse

In zahlreichen parlamentarischen Vorstössen (Interpellation Brunner vom 18. Juni 1996 [96.3283; KVG. Taggelder in der Krankenversicherung]; Motion Schmid vom 21. März 1997 [97.3173; KVG. Taggeldversicherung]; Motion Maury Pasquier vom 16. Juni 1997 [97.3294; KVG. Taggeldversicherung für den Krankheitsfall]; Einfache Anfrage Borel vom 19. Juni 1997 [97.1100; KVG. Taggeldversicherung. Beachtung des Gesetzes durch die Krankenkassen]; Interpellation Robbiani vom 14. Juni 2000 [00.3279; KVG. Taggeld bei Krankheit]; Motion SGK-NR (00.2014) vom 25. Februar 2000 [00.3420; KVG. Sicheres Einkommen bei Krankheit]; Einfache Anfrage Robbiani vom 10. Dezember 2002 [02.1140; VVG. Grenzgänger und bilaterale Verträge]; Motion Rennwald vom 3. Oktober 2002 [02.3578; VVG. Freizügigkeit in der Krankenversicherung im Rahmen der bilateralen Abkommen]; Postulat Robbiani vom 10. Dezember 2002 [02.3693; VVG. Lücke bei der Taggeldversicherung]; Motion Robbiani vom 22. September 2003 [03.3458; Ungleiche Behandlung der Grenzgänger]; Postulat SGK-NR vom 16. Januar 2004 [04.3000; KVG. Lücken und Unstimmigkeiten bei Taggeldern]; Motion Robbiani vom 6. Oktober 2005 [05.3626; KVG. Erschwingliche Taggeldversicherung für alle]; Postulat Graf-Litscher vom 20. Juni 2007 [07.3395; VVG. Hohe Prämien beim Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung]) wurde jedoch auf problematische Bestimmungen und auf Mängel hingewiesen, die sich in der Praxis gezeigt hatten.

Anlässlich der Beantwortung dieser Vorstösse hatte der Bundesrat die Gelegenheit, sich zur heutigen Regelung und zur Praxis der Taggeldversicherung zu äussern. Dabei hat er auch festgehalten, dass die aktuelle Situation aus sozialer Sicht nicht vollumfänglich zu befriedigen vermag, dass aber in der sozialen Krankenversicherung prioritär das Ziel einer Konsolidierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzugehen sei und die Taggeldversicherung zu einem späteren Zeitpunkt im Grundsatz angegangen werden kann.

#### 7.2.3 Volksinitiative „für ein sicheres Einkommen bei Krankheit (Taggeldinitiative)“

Im Jahre 1998 lancierte der Schweizerische Gewerkschaftsbund die Volksinitiative „für ein sicheres Einkommen bei Krankheit (Taggeldinitiative)“. Diese Initiative scheiterte im Sammelstadium. Sie hatte eine obligatorische Taggeldversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gefordert (inkl. Arbeitslose). Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit hätte das Taggeld mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes betragen und ab dem 31. Krankheitstag während mindestens 730 von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausbezahlt werden müssen. Die Versicherung wäre durch Beiträge der Versicherten zu finanzieren gewesen; ihre Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung hätten mindestens die Hälfte der Beiträge bezahlen müssen.

#### 7.2.4 Petition (00.2014; Für ein sicheres Einkommen bei Krankheit)

Im Nachgang zur im Sammelstadium gescheiterten Initiative reichte der Christlichnationale Gewerkschaftsbund der Schweiz (CNG) am 25. November 1999 eine Petition mit 17'000 Unterschriften ein, die den Bundesrat und das Parlament aufforderte, dafür zu sorgen, dass für kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer künftig eine obligatorische Taggeldversiche-

rung eingerichtet wird. Die Petenten schlugen eine Verfassungsänderung gemäss der gescheiterten Volksinitiative des SGB vor. In seiner Stellungnahme anerkannte das EDI Probleme bei der freiwilligen Taggeldversicherung und hielt fest, eine obligatorische Taggeldversicherung im Sinne des Petitionsvorschlages würde sicher einige der bestehenden Probleme lösen. Das EDI wies aber gleichzeitig darauf hin, dass die politischen Vorzeichen für eine grundlegende Revision kaum günstig stehen und fügte bei, von grundlegenden Korrekturvorschlägen in der Taggeldversicherung sehe das EDI derzeit ab, um die sich allmählich abzeichnende Konsolidierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu behindern. Die Entwicklung in der Taggeldversicherung sei aber zweifellos genau zu verfolgen. Sollte sich abzeichnen, dass sich die Nachteile des heutigen Systems in einem Mass zuspitzen, das nicht mehr zu verantworten wäre, müssten die geeigneten Vorkehrungen nötigenfalls auch auf Gesetzesebene ins Auge gefasst werden. Die beiden Räte überwiesen die Petition dem Bundesrat zur Kenntnisnahme.

#### 7.2.5 Standesinitiative des Kantons Jura (03.301; Lücken und Unstimmigkeiten bei den Taggeldern)

Gestützt auf die Bundesverfassung beantragte der Kanton Jura der Bundesversammlung, das KVG so zu ändern, dass die Deckung des Lohn- oder Verdienstaufschlags bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gewährleistet sei. Auf Antrag ihrer beiden behandelnden Kommissionen haben der Nationalrat am 16. Januar 2004 und der Ständerat am 16. Februar 2004 der Standesinitiative keine Folge gegeben.

#### 7.2.6 Parlamentarische Initiativen

Eine im Jahr 2003 eingereichte parlamentarische Initiative (03.403; Robbiani. Obligatorische Taggeldversicherung im Krankheitsfall) zog der Initiant am 16. Januar 2004 zurück, nachdem die SGK-NR das Postulat 04.3000 (KVG. Lücken und Unstimmigkeiten bei Taggeldern; vgl. vorne Ziff. 1) überwiesen hatte.

Nationalrat Robbiani schlug im Jahr 2004 mit einer weiteren parlamentarischen Initiative (04.427; VVG. Anpassung) die Aufnahme von spezifischen Bestimmungen über diejenigen Versicherungsbereiche, die mit Sozialversicherungen zusammenhängen, vor. Diese Initiative zog er am 5. November 2004 zurück.

## 8 Schlussfolgerung

Der Bundesrat erachtet den heutigen Zustand mit zwei nebeneinander bestehenden, unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen der Taggeldversicherung zwar nicht als ideal, stellt jedoch fest, dass die Mehrheit der unselbstständig Erwerbstätigen für den Erwerbsausfall bei Krankheit weitgehend gedeckt ist. Der Rückgang der Taggeldversicherung nach KVG ist nicht wirklich besorgniserregend, da er tendenziell durch die Taggeldversicherung nach VVG aufgefangen wird. Die geltende Regelung, die insbesondere auf sozialpartnerschaftlichen Lösungen beruht, hat sich trotz allem grundsätzlich bewährt. Ein ausreichender Versicherungsschutz kann ebenfalls für einen Grossteil der unselbstständig Erwerbstätigen mittels einer fakultativen Versicherung gewährleistet werden. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Taggeldversicherung so, wie sie heute praktiziert wird, weitergeführt werden kann.

Der Bundesrat wird diesen Bericht dem Parlament unterbreiten. In Anbetracht der wirtschaftspolitischen Ausgangslage und der noch laufenden Reformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erachtet er eine Änderung des bestehenden Systems der Taggeldversicherung, sei es in Form einer obligatorischen Versicherung im Sinne der Lösungsansätze 3 (vgl. Ziff. 6.4) und 4 (vgl. Ziff. 6.5) oder in Form einer fakultativen Versicherung gemäss den Ansätzen 1 und 2 (vgl. Ziff. 6.2 und 6.3), nicht als opportun. Für den Bundesrat steht nach wie vor die Konsolidierung und Systemoptimierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Vordergrund. Er erwartet, dass das Parlament prioritär die ihm in

den letzten Jahren wie auch in diesem Jahr unterbreiteten Gesetzesvorlagen zur Kosteneinsparung und Systemoptimierung an die Hand nimmt und über die Vorschläge entscheidet.

## Anhang 1

### Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007, Bundesamt für Gesundheit T 6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- und Kollektivverträgen<sup>1</sup> 2007

Anzahl / Betrag	Einzel- versiche- rung	Kollektiv- versiche- rung <sup>3</sup>	Total	Veränd. gegenüb. Vorjahr
<b>Anzahl Versicherer</b>	79	44	81	0.0%
<b>Versichertenbestand<sup>2</sup></b>				
Männlich	148'688	-	-	-9.2%
Weiblich	193'359	-	-	-9.0%
Total	342'047	-	-	-9.1%
<b>Prämiensoll in Franken</b>				
Männlich	39'176'718	162'525'955	201'702'673	-5.8%
Weiblich	26'592'271	73'960'061	100'552'332	-3.3%
Total	65'768'989	236'486'015	302'255'005	-5.0%
<b>Prämiensoll in Franken pro Versicherte(n)</b>				
Männlich	263	-	-	-6.0%
Weiblich	138	-	-	-4.7%
Total	192	-	-	-5.5%
<b>Leistungen in Franken</b>				
Männlich	30'659'743	120'207'636	150'867'379	-3.8%
Weiblich	17'043'709	39'808'403	56'852'111	-10.9%
Total	47'703'452	160'016'039	207'719'491	-5.8%
davon Mutterschaft	353'367	4'690'175	5'043'542	-4.6%
<b>Leistungen in Franken pro Versicherte(n)</b>				
Männlich	206	-	-	-6.5%
Weiblich	88	-	-	-5.2%
Total	139	-	-	-6.1%

Quelle: Formular EF3 [3.9]

1) Getrennte Rechnungsführung für die Einzel- und die Kollektivversicherung wird nur bei unterschiedlichen Prämientarifen verlangt (vgl. Art. 75 Abs. 2 KVG)

2) Versichertenbestand am 31.12.

3) In der Kollektivversicherung gibt es auch Lohnsummenverträge, bei denen die Zahl der Versicherten nicht bekannt ist.

## Anhang 2

### Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007, Bundesamt für Gesundheit T 9.17 Taggeldversicherung KVG/VVG ab 1997, in Mio. Fr.

Jahr	Prämien			Privat- versicherer Versicherung VVG <sup>4</sup>	Total <sup>3</sup>	Leistungen			Privat- versicherer Versicherung VVG <sup>4</sup>	Total <sup>3</sup>
	KVG-Versicherer		Total <sup>3</sup>			KVG-Versicherer		Total <sup>3</sup>		
	freiwillige Versicherung KVG <sup>1</sup>	Versicherung VVG <sup>2</sup>				freiwillige Versicherung KVG <sup>1</sup>	Versicherung VVG <sup>2</sup>			
1997	558.9	393.8	952.7	1'319.9	2'272.6	621.5	335.7	957.2	1'082.8	2'040.0
1998	509.6	508.1	1'017.7	1'428.4	2'446.1	456.4	453.7	910.1	1'137.1	2'047.2
1999	462.9	442.7	905.6	1'337.8	2'243.4	412.1	385.2	797.3	1'077.5	1'874.8
2000	438.9	339.7	778.6	1'636.2	2'414.8	381.6	299.2	680.8	1'334.1	2'014.9
2001	398.7	248.4	647.0	1'850.8	2'497.8	352.0	201.9	553.8	1'595.2	2'149.0
2002	370.9	248.8	619.7	1'946.0	2'565.6	329.1	227.1	556.2	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	649.6	2'059.8	2'709.4	309.9	266.9	576.8	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	820.0	2'199.5	3'019.5	277.9	341.4	619.3	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	837.9	2'145.0	2'982.9	251.1	268.0	519.1	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	864.8	2'152.4	3'017.2	220.6	347.8	568.4	1'471.9	2'040.3
<b>2007</b>	<b>299.3</b>	<b>544.4</b>	<b>843.7</b>	<b>2'152.2</b>	<b>2'995.8</b>	<b>207.7</b>	<b>361.8</b>	<b>569.5</b>	<b>1'413.6</b>	<b>1'983.1</b>

Datenstand: 28.11.08

Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle.

1) Quelle: T 6.04 Brutto-Prämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]. Mit Unfallversicherung.

2) Quelle: T 7.03 : Krankentaggeld VVG (BAG). Mit Unfallversicherung.

(-> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]. Ohne Unfallversicherung.). 1996: Schätzung BSV.

3) Total: die kursiv gedruckten Zahlen wurden vom BSV geschätzt auf der Basis der vom BPV gelieferten Zahlen.

4) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Für 1996 sind keine Zahlen verfügbar.

Der Anteil der Kollektivversicherung (Prämien und Leistungen) umfasst mehr als 90 %. Ohne Unfallversicherung. 1996: Schätzungen BSV.

### Anhang 3: Vergleich mit Nachbarländern

Wie in den meisten andern Ländern der Europäischen Gemeinschaft erbringen in den vier grossen Nachbarländern der Schweiz **obligatorische Sozialversicherungen** bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit entgeltbezogene Leistungen.

	Deutschland	Frankreich	Italien	Österreich
Finanzierung	Beiträge (Versicherte + Arbeitgeber, AG), Steuern	Beiträge (Arbeitnehmer, AN + AG), Steuern	Beiträge (AG)	Beiträge (Versicherte + AG)
Beiträge für Sach- und Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft	<p>Unterschiedliche Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen. Durchschnittlicher Beitragssatz: 13,30%, davon 6,65% AN, 6,65% AG.</p> <p>Arbeitnehmer zahlen daneben einen zusätzlichen Beitragssatz von 0,9%.</p> <p>Jährliche Bemessungsgrenze: € 47.700 (= Höchstbetrag, bis zu dem die Einnahmen für die Beitragsberechnung beigezogen werden. Darüberliegende Einnahmen werden nicht mehr berücksichtigt).</p>	<p>Régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés (RGAMTS): Gemeinsamer Beitrag für Sach- und Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, Invalidität und Tod: 13,55%, davon 0,75% AN, 12,80% AG.</p> <p>Keine Bemessungsgrenze.</p> <p>Reduzierung der Arbeitgeberbeiträge für Niedriglöhne.</p>	<p>Arbeiter: 2,88% Arbeitgeberbeitrag. Enthalten ist der Beitrag für Mutterschaft (0,66% in der Industrie, 0,44% im Handel) und für Geldleistungen im Krankheitsfall (2,22% in der Industrie, 2,44% im Handel).</p> <p>Keine Bemessungsgrenze.</p> <p>Angestellte: Industrie 0,66% Arbeitgeberbeitrag. Handel 0,44% Arbeitgeberbeitrag. Keine Bemessungsgrenze.</p>	<p>Arbeiter: 7,50% grundsätzlich, davon 3,95% Arbeitnehmer, 3,55% Arbeitgeber.</p> <p>Angestellte: 7,50%, davon 3,75% Arbeitnehmer, 3,75% Arbeitgeber.</p> <p>Freie Dienstnehmer: 7,10%, davon 3,60% Arbeitnehmer, 3,50% Arbeitgeber.</p> <p>Zusatzbeitrag für bestimmte Angehörige: 3,4% AN.</p> <p>Bemessungsgrenze: Grundsätzlich € 3.840 monatlich, für das 13.+14. Gehalt total € 7.680 jährlich.</p>
Beteiligung des Staates	Pauschale Beteiligung des Bundes an Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.	Ausgleich der aus beschäftigungspolitischen Gründen erfolgten Beitragsbefreiungen.	Keine	70 % der Aufwendungen für das Wochengeld werden vom Familienlastenausgleichsfonds ersetzt.

Versicherte	AN und diesen gleichgestellte Gruppen.	Alle Erwerbstätigen (ausser bestimmten Selbstständigen).	AN haben Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch AG.  Bei Tuberkulose auch Familienangehörige.	Alle gegen Entgelt beschäftigten AN.  Arbeitslose, die Leistungen der Arbeitslosenversicherung beziehen. Teilnehmende an berufsfördernden Rehabilitationsmassnahmen.
(obere) Grenze der Versicherungspflicht	Rund 45'000 €. Bei Überschreiten dieser Grenze ist unter bestimmten Bedingungen eine freiwillige Versicherung möglich.	Keine	Keine	Keine
Ausnahme von Versicherungspflicht (untere Grenze)	AN mit Einkommen bis 400 €/ Monat.	keine	Keine	Entgelt bis 341,16 €/ Monat  Besondere freiwillige Versicherung ist möglich.
Mindestens geleistete Beiträge / Mindestversicherungszeit	Keine	RGAMTS: Minimum an geleisteten Beiträgen oder Mindestbeschäftigungsdauer wird vorausgesetzt.	Keine	Keine
Karenztage	Keine Karenztage, wenn Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nach arbeitsrechtlichen Vorschriften besteht oder wenn die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist oder bei Notwendigkeit von stationären Massnahmen.	RGAMTS: 3 Tage	3 Tage  Keine bei Tuberkulose	Krankengeld: 3 Tage. Sofern Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb einer Woche gemeldet wurde, ab Meldung.

Leistungen AG	Lohnfortzahlung für Arbeiter und Angestellte: 6 Wochen.	Entsprechend dem nationalen Abkommen der Sozialpartner über die monatliche Lohnauszahlung oder dem jeweiligen Tarifvertrag zahlt der Arbeitgeber ganz oder teilweise die Differenz zwischen dem Arbeitsentgelt und dem Betrag des Krankengelds (indemnités journalières de maladie) des RGAMTS.	Gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung für bis zu 180 Tage im Jahr (in besonderen Fällen auch für weitere 180 Tage im Folgejahr).	Arbeiter und Angestellte haben je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses zwischen 6 und 12 Wochen Anspruch auf Weitergewährung des vollen Lohns. Danach besteht für weitere 4 Wochen Anspruch auf Weitergewährung des halben Lohns.  Während der Lohnfortzahlung zu 100% ruht das Krankengeld zur Gänze, bei Weitergewährung des halben Lohns gebührt das Krankengeld zur Hälfte.
Höhe der Versicherungsleistungen	Krankengeld: 70% des Regelentgelts, jedoch nicht mehr als 90% des Nettoarbeitsentgelts.  Regelentgelt: Regelmäßig (in den letzten 3 Monaten) erzielttes Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der Rentenanpassungsgesetze.	RGAMTS: 50% des täglichen Entgelts bis zu 1/720 der Jahresbemessungsgrenze, maximal € 44,70. 66,66% des täglichen Entgelts bis zu 1/540 der jährlichen Bemessungsgrenze ab dem 31. Tag für Berechtigte mit 3 Kindern, maximal € 59,60.	Ohne Krankenhausaufenthalt: 50% des tatsächlichen Arbeitsverdienstes. Ab dem 21. Tag: 66,66%.  Bei Krankenhausaufenthalt: Versicherte ohne Unterhaltsverpflichtungen erhalten ein auf 2/5 gekürztes Krankengeld.  Sonderregelung bei Tuberkulose.	Krankengeld: In der Regel gesetzliche Mindestdauer von 52 Wochen. Nach Maßgabe der Satzungen der Versicherungsträger kann das Krankengeld bis zu 78 Wochen geleistet werden.

Dauer der Versicherungsleistungen	Krankengeld für ein und dieselbe Krankheit begrenzt auf 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren.  Kasse bezahlt Krankengeld, wenn die Lohnfortzahlung des AG beendet ist. Diese wird auf die Bezugsdauer angerechnet.	RGAMTS: Grundsätzlich 12 Monate (360 Tage) innerhalb von 3 aufeinander folgenden Jahren. Bis 36 Monate bei langwieriger Krankheit.	Höchstens 6 Monate (180 Tage) innerhalb eines Jahres.  Länger bei Tuberkulose.	Krankengeld: In der Regel gesetzliche Mindestdauer von 52 Wochen. Nach Maßgabe der Satzungen der Versicherungsträger kann das Krankengeld bis zu 78 Wochen geleistet werden.
Sonderbestimmungen für Arbeitslose	Ja	RGAMTS: keine	Keine	Keine
Besteuerung der Versicherungsleistungen	Nein (jedoch Progressionsvorbehalt).	RGAMTS: Ja	Ja	Ja

Abkürzungen:

AG            Arbeitgeber/in  
AN            Arbeitnehmer/in  
RGAMTS     Régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés

Quelle: [MISSOC](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_de.htm) (Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR),  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/missoc\\_de.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_de.htm)