Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 107/04

Urteil vom 28. September 2005
I. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Schön, Ursprung und Kernen; Gerichtsschreiberin Berger Götz

Parteien
Helsana Versicherungen AG, Schadenrecht, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf, Beschwerdeführerin,

gegen

G._____, 1952, Beschwerdegegner, vertreten durch Advokat Lukas Denger, Sulgeneckstrasse 37, 3007 Bern

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Bern

(Entscheid vom 23. Juni 2004)

Sachverhalt:
A.
Der 1952 geborene G._____ war bei der Firma M._____ GmbH tätig und über einen von der Arbeitgeberin bei der ELVIA Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft Zürich (nachfolgend: ELVIA) abgeschlossenen Kollektivvertrag krankentaggeldversichert. Zusätzlich verfügt er bei der Helsana Versicherungen AG, Zürich (nachfolgend: Helsana), über eine Krankentaggeldversicherung für ein Taggeld von Fr. 70.- ab dem 15. Krankheitstag und über eine zusätzliche Deckung von Fr. 111.- ab dem 91. Krankheitstag. Zufolge einer hämatologischen Erkrankung meldete er sich am 9. Februar 2001 bei der Helsana und am 16. Mai 2001 bei der ELVIA zum Bezug von Taggeldleistungen ab 19. Dezember 2000 an. Mit Verfügung vom 23. Juli 2002 kürzte die Helsana ihre Leistungen für die ab 19. Dezember 2000 bestehende Arbeitsunfähigkeit auf Fr. 39.50 pro Tag, weil der Lohnausfall von Fr. 197.50 bereits zu 80 % (Fr. 158.- pro Tag) durch die Versicherungsleistungen der ELVIA gedeckt sei. Daran hielt sie auf Einsprache hin fest (Einspracheentscheid vom 28. November 2003).
B.
In Gutheissung der dagegen von G._____ geführten Beschwerde hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern den Einspracheentscheid auf und verpflichtete die Helsana, für die Zeit vom 2. Januar bis 31. Juli 2001 - unter Anrechnung der für diesen Zeitraum bereits ausgerichteten Taggeldleistungen - ein Taggeld von Fr. 70.-, und für die Zeit vom 19. März bis 31. Juli 2001 zusätzlich ein Taggeld von Fr. 111.- auszurichten (Entscheid vom 23. Juni 2004).
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Helsana, der Entscheid des kantonalen Gerichts sei aufzuheben.
G._____ lässt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen. Das Bundesamt für Gesund-

heit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Es steht fest und ist unbestritten, dass der Versicherte in der Zeit vom 19. Dezember 2000 bis 31. Juli 2001 aus Krankheitsgründen vollständig arbeitsunfähig war und deshalb - nach Ablauf der 14-tägigen Wartezeit - ab 2. Januar bis 31. Juli 2001 Anspruch auf Taggeldleistungen der Helsana hat. Gleichzeitig stehen ihm Taggelder der ELVIA gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) zu, welche nicht als Sozialversicherungsleistungen zu qualifizieren sind. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ihre Taggeldleistungen mit Blick auf die von der ELVIA erbrachten Taggeldzahlungen unter Berufung auf das Überentschädigungsverbot kürzen darf.
2.
Wie das kantonale Gericht richtig erkannt hat, sind die materiellen Bestimmungen des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 nicht anwendbar, da in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 447 Erw. 1.2.1 mit Hinweisen). Die Höhe der von der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 2. Januar bis 31. Juli 2001 zu erbringenden Taggelder bemisst sich nach den Normen des KVG und der KVV in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung.
3.
3.1 Nach alt Art. 78 Abs. 1 KVG regelt der Bundesrat das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen, insbesondere in Bezug auf die Vorleistungspflicht und die nachträgliche Übernahme der zum Voraus erbrachten Leistungen (lit. a), die gegenseitige Meldepflicht über die Festsetzung und Änderung der Leistungen (lit. b), die Abgrenzung der Leistungspflicht beim Zusammentreffen von Krankheit und Unfall (lit. c) und das Recht der Versicherer, Verfügungen, welche die Leistungspflicht einer anderen Sozialversicherung berühren, anzufechten (lit. d). Er sorgt dafür, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden, insbesondere beim Aufenthalt in einem Spital (alt Art. 78 Abs. 2 KVG). Gestützt darauf hat der Bundesrat in alt Art. 122 KVV geregelt, dass die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen dürfen; bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt
(Abs. 1). Eine Überentschädigung liegt unter anderem vor, wenn die Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder den Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung übersteigen (Abs. 2 lit. c). Liegt eine Überentschädigung vor, so werden die betreffenden Leistungen der Krankenversicherung um deren Betrag gekürzt (Abs. 3).
3.2 Alt Art. 78 Abs. 1 und 2 KVG sowie alt Art. 122 KVV regeln nach ihrem Wortlaut das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen bzw. das Zusammentreffen von Leistungen der Krankenversicherung mit denjenigen anderer Sozialversicherungen. Auch in den französisch- und italienischsprachigen Fassungen der Gesetzes- und Verordnungstexte ist ausdrücklich von anderen Sozialversicherungen (autres assurances sociales, altre assicurazioni sociali) die Rede. Es fragt sich, ob diese Bestimmungen nur die intersystemische Koordination (Koordination der Leistungen zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen) oder auch die extrasystemische Koordination (Koordination von Sozialversicherungsleistungen mit Leistungen anderer Schadenausgleichssysteme, etwa mit solchen einer Privatversicherung) beschlagen.
4.
Die Vorinstanz verweist auf verschiedene Lehrmeinungen (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 122 ff. [nachfolgend: Maurer, Krankenversicherungsrecht]; Franz Schlauri, Beiträge zum Koordinationsrecht der Sozialversicherungen, St. Gallen 1995, S. 47 ff.; Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 545 ff.) und folgt schliesslich der Auffassung von Maurer (a.a.O., S. 122 f.), wonach alt Art. 78 Abs. 2 KVG und alt Art. 122 Abs. 1 KVV die Überentschädigung nicht verbieten, wenn Leistungen einer privaten Versicherung mit jenen der Krankenversicherung zusammentreffen.

5.
5.1 Laut Bericht der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990 sollten bei der Koordination die zentralen Gedanken der bisherigen Gesetzgebung in der Krankenversicherung (Art. 26 KUVG, Art. 16 bis 19 der Verordnung III über die Krankenversicherung) übernommen werden. Indessen war neu beabsichtigt, das Vorgehen bei Zuständigkeitskonflikten zwischen mehreren Sozialversicherungen in Art. 54 des Gesetzesentwurfs so festzulegen, dass einerseits versicherte Personen während der Dauer des Konfliktes nicht ohne Leistungen auskommen müssen und anderseits keine Überentschädigungen anfallen (Expertenbericht S. 82). Im Expertenbericht wie auch im entsprechend vorgeschlagenen Art. 54 war aber ausdrücklich vom Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu andern Sozialversicherungen die Rede (Expertenbericht S. 82 und 131). Auch in der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 93 ff., insbesondere S. 205) wurde hervorgehoben, dass man unnötige Neuerungen vermeiden wollte. Zu Art. 70 KVG-E mit dem Titel Ëleistungskoordinationẅurde ausgeführt, diese Bestimmung fasse die Regelungen zusammen, die in der heutigen Gesetzgebung zu finden sind, so z.B.
Art. 26 KUVG und Art. 16 bis 19 der Verordnung III über die Krankenversicherung (Botschaft, a.a.O., S. 206 unten). In diesem Zusammenhang verwies der Bundesrat ausdrücklich auf das im Werden begriffene ATSG (Botschaft, a.a.O., S. 205). Art. 70 KVG-E gab in den Räten zu keiner Diskussion Anlass. Er wurde unverändert zu alt Art. 78 KVG und galt in dieser Form (Erw. 3.1 hiervor) bis 31. Dezember 2002.
5.2 Die neue Regelung weicht allerdings erheblich vom früheren Recht ab. Dies geht weder aus dem Expertenbericht noch aus der Botschaft hervor. Gerade der in beiden Texten erwähnte Art. 26 KUVG sah in seinem Abs. 3 vor, dass im Rahmen der Überversicherung auch die Leistungen anderer Versicherungsträger, die nicht anerkannte Kran-kenkassen sind, berücksichtigt werden, so zum Beispiel Krankentaggelder von privaten Versicherern (Maurer, Krankenversicherungsrecht, S. 123; Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, S. 387; RKUV 1994 Nr. K 953 S. 305 Erw. 2a).
5.3 Zwar finden sich - wie erwähnt - in den Vorarbeiten zum KVG Hinweise dafür, dass bezüglich Leistungskoordination keine Neuerungen vorgesehen waren. Diese Absicht hat im Gesetz selbst aber insofern keinen Niederschlag gefunden, als - anders noch im KUVG - nicht das Verhältnis zwischen der Krankenversicherung und anderen Versicherungsträgern, die nicht anerkannte Krankenkassen sind, geordnet wird, sondern (nur) dasjenige der sozialen Krankenversicherung zu anderen Sozialversicherungen. Ein Abweichen vom in allen drei Fassungen klaren Wortlaut des Gesetzes kommt unter diesen Umständen nicht in Betracht. Bezieht sich alt Art. 78 KVG nur auf die intersystemische Koordination, können im vorliegenden Fall die Leis-tungen des Versicherers nach VVG nicht berücksichtigt werden, was zur Folge hat, dass die Beschwerdeführerin im versicherten Umfang leistungspflichtig ist.
6.
Der Auffassung der Beschwerdeführerin könnte dann Erfolg beschieden sein, wenn ein allgemeines Überentschädigungsverbot als ungeschriebener Grundsatz des Sozialversicherungsrechts bestünde. Ein solches Verbot wird aber in konstanter Praxis verneint (vgl. BGE 107 V 212 Erw. 2b und seitherige Rechtsprechung, zuletzt BGE 128 V 247 Erw. 2a). Damit wird implizit auch eine vom Gericht auszufüllende Lücke ausgeschlossen.
7.
Die Annahme einer Gesetzeslücke verbietet sich aus einem weiteren Grund, wie sich nachfolgend zeigt.
7.1 In ihrem Bericht zur Parlamentarischen Initiative Allgemeiner Teil Sozialversicherung vom 27. September 1990 führte die Kommission des Ständerates zu Art. 69 ATSG-E aus, dass der allgemeine Teil die intersystemische Leistungskoordination regle, somit (nur) Sozialversicherungsleistungen betreffe. Zur vorgesehenen Delegationsnorm in Art. 69 Abs. 3 ATSG-E (Ëer Bundesrat kann den Sozialversicherungsleistungen andere Leistungen von ähnlicher Art und Zweckbestimmung gleichstellen.̈) wurde vermerkt, es gehe hier darum, unter anderem Überentschädigungen im Bereich der Lohnausfallentschädigungen zu verhindern und als Lohnausfallentschädigungen ausgestaltete Taggelder privater Versicherer den Sozialversicherungsleistungen gleichzustellen (Kommissionsbericht S. 80 f.). Der Bundesrat befürwortete in seiner ersten Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative Sozialversicherungsrecht vom 17. April 1991 nähere Ausführungen in der Delegationsnorm dazu, welche Leistungen gleichzustellen seien. Zudem wies er darauf hin, dass viele Vernehmlasser den generellen Ausschluss von Leistungen der Privatversicherer (von der Koordination) forderten (erste Stellungnahme S. 6, zu Art. 69 Abs. 3 ATSG-E). In seiner ein halbes Jahr später erschienenen
Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 vermerkte der Bundesrat, dass sich die Expertenkommission unter anderem bei den Koordinationsregeln stark am Entwurf zum ATSG orien-

tiert habe (Botschaft, a.a.O., S. 205; vgl. auch S. 206 unten, wo auf Art. 69 und 78 ATSG-E verwiesen wird). Mit der zweiten, vertieften Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative Sozialversicherungsrecht vom 17. August 1994 schlug der Bundesrat die Streichung des erwähnten Abs. 3 von Art. 69 ATSG-E vor. Es sei bezüglich des Einbezugs von Leistungen privater Versicherer auf Gesetzesstufe Klarheit geboten. Die beiden Formen (Sozialversicherung und Privatversicherung) dürften nicht gemischt werden und es sei nicht Sache des Gesetzgebers, die Gründe darzulegen, die zum Rückgriff auf die private Vorsorge führten. Dies würde er jedoch tun, wenn er erklärte, dass die Leistungen gleicher Art und ähnlicher Zweckbestimmungen wie Leistungen der Sozialversicherung zu behandeln seien. Mit anderen Worten lehnte der Bundesrat damit eine extrasystemische Koordination ab (zweite Stellungnahme S. 33 f.). Dieser Auffassung folgte die Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit in ihrem Bericht vom 26. März 1999 zur
Parlamentarischen Initiative Sozialversicherungsrecht, wobei sie darauf hinwies, dass die Frage der Anrechnung von Leistungen im Rahmen der Überentschädigung, also bei Art. 76 ATSG-E, zu ordnen wäre (Bericht S. 106 f.). Dort äusserte sich die Kommission jedoch nicht weiter zum Einbezug von Leistungen privater Versicherer in die Überentschädigung (vgl. Bericht S. 118 ff.). Auch in den Plenumsberatungen wurde die Frage nicht diskutiert (vgl. Amtl. Bull. 1999 N 1249 f., 2000 S 185 f.).
7.2 Im Rahmen der Arbeiten zum Erlass des ATSG ist die Beschränkung der Koordination auf den intersystemischen Bereich ausdrücklich erörtert und der Entscheid bewusst getroffen worden. Es liegt damit ein qualifiziertes Schweigen des Gesetzgebers zu dieser Frage vor, womit die Annahme einer Lücke nicht möglich ist. Dies muss angesichts des Vorbildcharakters der Koordinationsregeln im ATSG für das KVG auch mit Bezug auf alt Art. 78 KVG gelten, zumal das Thema der Ausklammerung der extrasystemischen Koordination (Streichung von Art. 69 Abs. 3 ATSG-E) schon vor Erlass der Botschaft zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 zur Diskussion stand.
8.
Bei dieser Rechtslage muss auf die abweichenden Meinungsäusserungen von Schlauri (a.a.O., S. 47 ff.) und Eugster (a.a.O., S. 545 ff.), auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft, nicht näher eingegangen werden. Nicht massgebend ist schliesslich auch der von der Helsana angeführte Umstand, dass ihre Taggeldversicherung als Erwerbsausfallversicherung konzipiert ist (Art. 50.1 und 50.4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Ausgabe 1997/98/99). Zufolge Ausklammerung der extrasystemischen Koordination stellt sich die Frage des Erwerbsausfalls nur intersystemisch. Zum gleichen Ergebnis - allerdings ohne weitere Begründung und lediglich in einem sogenannten obiter dictum - ist das Eidgenössische Versicherungsgericht im Übrigen bereits im Urteil S. vom 1. April 2004, K 96/02, auf welches im angefochtenen Gerichtsentscheid verwiesen wird, gelangt.
9.
Zusammenfassend steht somit fest, dass die Taggeldleistungen der ELVIA nicht in die Überentschädigungsberechnung einbezogen werden können, weshalb für eine Kürzung der von der Beschwerdeführerin zu erbringenden Taggelder kein Anlass besteht.
10.
Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Dem Prozessausgang entsprechend steht dem Beschwerdegegner eine Parteientschädigung zu (Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Helsana Versicherungen AG hat dem Beschwerdegegner für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 28. September 2005
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: