Urteilskopf

126 V 490

82. Urteil vom 27. Oktober 2000 i. S. Krankenkasse Sanitas gegen F. und Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Regeste (de):
Art. 67 ff., Art. 70 Abs. 4 und Art. 72 Abs. 1 KVG: Deckungsumfang in der freiwilligen Taggeldversicherung; Zügerrecht.

- Da das Gesetz für die freiwillige Taggeldversicherung keine Mindesthöhe des Taggeldes vorsieht, bleibt dem Versicherer hinsichtlich des Deckungsumfangs grundsätzlich die volle Freiheit gewahrt.

- Auf Grund des Zügerrechts ist eine Krankenkasse verpflichtet, das Taggeld im bisherigen Umfang weiter zu versichern, auch wenn das von ihr reglementarisch angebotene Taggeld niedriger ist.

Regeste (fr):
Art. 67 ss, art. 70 al. 4 et art. 72 al. 1 LAMal: Etendue de la couverture dans l'assurance facultative d'indemnités journalières; libre passage.

- Comme la loi ne prévoit pas le montant minimum de l'indemnité dans l'assurance facultative d'indemnités journalières, l'assureur peut, en principe, fixer tout à fait librement l'étendue de la couverture d'assurance.

- En vertu des règles sur le libre passage, une caisse-maladie est tenue de garantir l'indemnité journalière dans la même mesure qu'auparavant, même si le montant de l'indemnité prévu dans ses statuts est inférieur.

Regesto (it):
Art. 67 segg., art. 70 cpv. 4 e art. 72 cpv. 1 LAMal: Estensione della copertura nell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera; diritto di libero passaggio.

- Poiché la legge non prevede un ammontare minimo dell'indennità nell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, l'assicuratore può, in linea di principio, determinare liberamente l'estensione della copertura assicurativa.

- In virtù delle norme sul libero passaggio, una cassa malati è tenuta a garantire l'indennità giornaliera nella stessa misura in cui era stata accordata in precedenza, e ciò anche laddove l'indennità prevista nel proprio statuto sia inferiore.

Sachverhalt ab Seite 490

A.- F. war ab dem 1. Juni 1995 bei der Firma X AG angestellt und bei deren Krankenkasse für ein Taggeld von 150 Franken ab 31. Tag versichert gewesen. Im Herbst 1996 erkrankte er an einem psychischen Leiden und war in der Folge zu 100% arbeitsunfähig. Nachdem ihm die Stelle auf den 30. Juni 1997 gekündigt worden war, stellte ihm die Krankenkasse der Firma X AG einen Zügerausweis zu. Vertreten durch Dr. med. G., Spezialarzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, reichte F. am 15. August 1997 bei der Sanitas Krankenversicherung ein Gesuch um Aufnahme in die Einzel-Taggeldversicherung ein. Mit Verfügung vom 7. November 1997 erklärte sich die Sanitas zur Versicherung eines Taggeldes von 10 Franken mit einer Wartefrist von 30 Tagen bereit; eine weitergehende Taggeldversicherung lehnte sie mit der Begründung ab, sie biete die freiwillige Taggeldversicherung gemäss KVG nur bis zu einem Taggeld von 10 Franken an; höhere

BGE 126 V 490 S. 491

Taggelder seien im Rahmen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) versicherbar. Mit Einspracheentscheid vom 11. Dezember 1997 hielt sie an dieser Verfügung fest.

B.- In Gutheissung der hiegegen erhobenen Beschwerde verpflichtete das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die Sanitas, F. rückwirkend ab 1. Juli 1997 für ein Taggeld von 150 Franken ohne Wartefrist und ohne Vorbehalt zu versichern. Mit dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung bei der Firma X AG habe dem Versicherten sowohl ein Freizügigkeitsanspruch nach Art. 70 KVG als auch ein solcher nach Art. 71 KVG zugestanden. Auf Grund des unbestrittenermassen innert der gesetzlichen Frist geltend gemachten Anspruchs auf Freizügigkeit nach Art. 70 Abs. 4 KVG sei die Sanitas verpflichtet, ihn im bisherigen Umfang weiterzuversichern. Angesichts des klaren Wortlautes des Gesetzes ändere hieran nichts, dass die Sanitas eine Taggeldversicherung nur bis zum Höchstbetrag von 10 Franken anbiete. Inwieweit eine solche Beschränkung der Versicherung überhaupt rechtmässig sei, könne offen bleiben (Entscheid vom 7. Januar 1999).

C.- Die Sanitas führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, der vorinstanzliche Entscheid sei aufzuheben. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, weil dem Versicherten das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung nach Art. 71 KVG zugestanden habe, sei kein Anspruch auf Freizügigkeit nach Art. 70 KVG gegeben. Es sei anzunehmen, dass die Krankenkasse der Firma X AG den Versicherten über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung nicht informiert habe. Anderseits ergebe sich aus dem Freizügigkeitsanspruch von Art. 70 KVG kein Anrecht auf eine Taggeldversicherung in einer bestimmten Höhe. F. lässt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde sowie Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung beantragen. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) schliesst ebenfalls auf Beschwerdeabweisung. Im Instruktionsverfahren hat das Eidg. Versicherungsgericht die Krankenkasse der Firma X AG beigeladen, welche sich dahingehend hat vernehmen lassen, dass F. der Kasse nicht als Kollektivversicherter, sondern als Einzelversicherter angehört habe.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. Streitig ist zunächst, welche Freizügigkeitsrechte dem Beschwerdegegner beim (unfreiwilligen) Ausscheiden aus der Krankenkasse der Firma X AG zustanden.

BGE 126 V 490 S. 492

a) Nach Art. 67 Abs. 1 KVG kann, wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, bei einem Versicherer gemäss Art. 68 KVG eine Taggeldversicherung abschliessen. Die Versicherer sind verpflichtet, in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede zum Beitritt berechtig-

te Person aufzunehmen (Art. 68 Abs. 1 KVG). Die Versicherung hat insbesondere hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes zu den gleichen Bedingungen zu erfolgen, wie sie für die andern Versicherten gelten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht (Art. 109 KVV). Unter dem Titel "Wechsel des Versicherers" bestimmt Art. 70 Abs. 1 KVG, dass der neue Versicherer keine neuen Vorbehalte anbringen darf, wenn die versicherte Person den Versicherer deshalb wechselt, weil die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt (lit. a), sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet (lit. b) oder der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt (lit. c). Nach Abs. 3 der Bestimmung sorgt der bisherige Versicherer dafür, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen. Abs. 4 bestimmt, dass der neue Versicherer auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterzuversichern hat. Er kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Art. 72 KVG anrechnen. Gemäss Art. 71 Abs. 1 KVG hat eine versicherte Person, die aus der Kollektivversicherung ausscheidet, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten. Nach Abs. 2 der Bestimmung hat der Versicherer dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

BGE 126 V 490 S. 493

b) Die Vorinstanz geht davon aus, dass der Beschwerdegegner bei der Krankenkasse der Firma X AG kollektivversichert war. Dies wird von der zur Vernehmlassung beigeladenen Krankenkasse der Firma X AG unter Hinweis auf die Kassenstatuten (Ausgabe 1993) indessen verneint. Danach handelt es sich bei der Krankenkasse der Firma X AG um eine autonome Betriebskrankenkasse in der Rechtsform eines Vereins. Die Mitglieder werden nach einer vertrauensärztlichen Untersuchung als Einzelversicherte in die Kasse aufgenommen. Gemäss Art. 6 der Statuten beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag der Arbeitsaufnahme und erlischt durch den Tod, auf den Tag des Austritts aus den Diensten der Firma X AG oder durch Ausschluss (Abs. 1). Bei Versicherten, die der Kasse länger als fünf Jahre angehört haben und die beim Austritt aus dem Betrieb krank sind, erlischt die Mitgliedschaft erst nach der Genesung (Abs. 2). Versicherten, die beim Ausscheiden aus dem Betrieb das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, steht das Recht zu, die Mitgliedschaft bei der Kasse weiterzuführen, und zwar so lange, als sie in der Schweiz wohnen (Abs. 4 Satz 1). Die Krankenkasse der Firma X AG hat die Taggeldversicherung gemäss Art. 68 Abs. 2 und Art. 98 Abs. 2 KVG unter der Herrschaft des am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen KVG weitergeführt. Auf Grund der unverändert gültig gebliebenen statutarischen Bestimmungen hatte der (1966 geborene und seit 1. Juni 1995 versicherte) Beschwerdegegner keinen Anspruch auf Weiterführung der Taggeldversicherung bei der Krankenkasse der Firma X AG, woran der Umstand nichts ändert, dass er bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses krank und arbeitsunfähig war (vgl. BGE 125 V 112 ff.). Als Einzelversicherter (vgl. hiezu BGE 100 V 193; RKUV 1986 Nr. K 695 S. 420) hatte er auch kein Übertrittsrecht nach Art. 71 KVG. Dagegen hatte er ein Zügerrecht nach Art. 70 Abs. 1 lit. a KVG und damit das Recht, das Taggeld im bisherigen Umfang bei einem neuen Versicherer weiterzuversichern (Art. 70 Abs. 4 KVG). Die Beschwerdeführerin ist daher grundsätzlich verpflichtet, dem (unbestrittenermassen rechtzeitig geltend gemachten) Antrag des Beschwerdegegners auf Taggeldversicherung zu entsprechen.

2. Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin das Taggeld in der bisherigen Höhe von 150 Franken zu versichern hat. Dabei ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin Taggeldversicherungen nach Art. 67 ff. KVG reglementsgemäss auf höchstens 10 Franken beschränkt und weitergehende Taggelder ausschliesslich nach VVG versichert.

a) Wie das BSV in der Vernehmlassung zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausführt, entspricht es einer verbreiteten Praxis der Krankenversicherer, die soziale Taggeldversicherung auf einen bestimmten Höchstbetrag (von 6, 10 oder 30 Franken) zu beschränken und einen weitergehenden Versicherungsschutz ausschliesslich im Rahmen von Zusatzversicherungen gemäss VVG anzubieten (vgl. auch LARGIER/SCHIAVI, Krankentaggeld: Praxis rechtswidrig, in: Plädoyer 2/1997 S. 17 f.). Diese Praxis ist in der Literatur verbreitet auf Kritik gestossen. Nach MAURER (Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996, S. 113) sollte der Versicherer Höhe und Dauer des Taggeldes bedarfsgerecht anbieten. EUGSTER erachtet es als unzulässig, die wählbare Versicherungsdeckung generell auf ein Taggeld geringer Höhe zu beschränken (Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. Soziale Sicherheit, Rz 359). Nach Meinung dieses Autors haben zahlreiche Krankenversicherer die Grenze des höchstversicherbaren Verdienstes derart tief angesetzt, dass von einer eigentlichen Erwerbsausfallversicherung nicht die Rede sein könne. Der Gesetzgeber habe aus sozialen Erwägungen aber eine vollgültige Taggeldversicherung sozialversicherungsrechtlicher Natur und nicht nur eine Versicherung mit bloss symbolischen Taggeldern schaffen wollen (Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG: recueil des travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997 [nachstehend: LAMal-KVG], S. 508). In ähnlichem Sinn äussern sich KIESER (Die Stellung der Nichterwerbstätigen in der freiwilligen Taggeldversicherung, in: LAMal-KVG, S. 600 f.) und AGIER (L'assurance collective perte de gain en cas de maladie avant l'entrée en vigueur de la LAMal et après, in: LAMal-KVG, S. 580 ff.). DUC teilt die Auffassung, wonach sich eine Versicherung bloss symbolischer Taggelder mit dem gesetzlichen Zweck der sozialen Taggeldversicherung nicht vereinbaren lässt. Er erachtet es als nicht gesetzeskonform, wenn der Krankenversicherer ein "Splitting" in dem Sinne vornimmt, dass das vom Bewerber gewünschte Taggeld nur zu einem geringen Teil nach KVG und darüber hinaus ausschliesslich im Rahmen der privatrechtlichen Zusatzversicherung versichert wird. Seiner Meinung nach sind die Krankenversicherer auf Grund der ihnen vom Gesetz eingeräumten Vertragsfreiheit zwar befugt, eine obere Grenze festzusetzen, bis zu der sie eine Taggeldversicherung abschliessen wollen. Die Höhe des versicherbaren Taggeldes dürfe jedoch nicht eingeschränkt werden in der Absicht, das darüber hinausgehende Risiko im Rahmen einer

Zusatzversicherung nach VVG zu decken. In solchen Fällen gelte die im Sozialversicherungsrecht allgemein gültige Grenze, wonach bei Arbeitsunfähigkeit 80% des erzielten Verdienstes gedeckt sein soll (Quelques réflexions relatives à l'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMal, in: SZS 1998 S. 255 f.). b) Die freiwillige Taggeldversicherung nach Art. 67 ff. KVG stellt keine umfassende Erwerbsausfallversicherung in dem Sinne dar, dass der effektive Erwerbsausfall - allenfalls im Rahmen eines gesetzlichen Höchstbetrages - gedeckt werden soll. Nach Art. 72 Abs. 1 KVG vereinbart der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer das versicherte Taggeld. Eine Mindesthöhe des zu versichernden Taggeldes sieht das Gesetz nicht vor. Der Versicherer ist daher von Gesetzes wegen nicht zur Gewährung eines Versicherungsschutzes verpflichtet, den der Bewerber auf Grund seiner persönlichen Verhältnisse zur Deckung des mutmasslichen Erwerbsausfalls benötigt (EUGSTER, Krankenversicherung, a.a.O., Rz 359). Die Einführung einer umfassenden Erwerbsausfallversicherung war zwar im Rahmen der Botschaft und des Gesetzesentwurfs über die Teilrevision der Krankenversicherung vom 19. August 1981 vorgeschlagen (BBl 1981 II 1117 ff.), jedoch von den Eidg. Räten nicht in das in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987 abgelehnte Gesetz vom 20. März 1987 (sog. Sofortprogramm) übernommen worden. Anlässlich der neuen Revisionsvorlage vom 6. November 1991 (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff.) wurde von einer Bestimmung über die Höhe des zu versichernden und versicherbaren Taggeldes abgesehen. In der Botschaft des Bundesrates wurde hiezu

ausgeführt, der Verzicht auf eine gesetzliche Mindestgarantie bedeute nicht, dass die Versicherer einem Bewerber lediglich ein symbolisches Taggeld anbieten könnten. Auf Grund des Gleichbehandlungsgebotes könne der Bewerber geltend machen, der Versicherer habe auch in andern Fällen ein entsprechendes Taggeld vereinbart und dieser dürfe ihm deshalb eine entsprechende Versicherung nicht ohne Grund verweigern. Anderseits könne der Versicherer geltend machen, die verlangte Höhe führe zu einer Überversicherung (BBl 1992 I 202). Damit wird aber lediglich gesagt, dass bei der Vereinbarung des Versicherungsschutzes im Rahmen von Art. 72 Abs. 1 KVG dem Gebot der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten (Art. 109 KVV) Rechnung zu tragen ist. Dass die Krankenversicherer einen bestimmten Mindestversicherungsschutz zu gewähren hätten, lässt sich daraus nicht ableiten.

Bei der parlamentarischen Beratung der Vorlage kam man auf die Frage des Versicherungsumfangs zurück und stellte den Antrag, den in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sei ein Anspruch auf Versicherung eines Taggeldes von 80% des versicherten Verdienstes einzuräumen (Amtl.Bull. 1993 N 1894, Antrag Goll). Der Nationalrat ist diesem Antrag nicht gefolgt in der Meinung, dass ein Obligatorium der Taggeldversicherung abgelehnt worden sei und die Höhe des versicherten Taggeldes Gegenstand vertraglicher Freiheit bilden solle (Amtl.Bull. 1993 N 1894 f., S 1336). Bundesrätin Dreifuss wies darauf hin, dass auf eine entsprechende Bestimmung bewusst verzichtet worden sei, um das primäre Ziel der Revisionsvorlage, nämlich die Sanierung der Krankenpflegeversicherung, nicht zu gefährden; dies in der Meinung, allenfalls in einem späteren Zeitpunkt eine obligatorische Taggeldversicherung einzuführen (Amtl.Bull. 1993 N 1895). Im Übrigen ergeben sich aus den Materialien keine Hinweise darauf, dass der Gesetzgeber den Versicherten mit der freiwilligen Taggeldversicherung gemäss Art. 67 ff. KVG abweichend vom bisherigen Recht Anspruch auf eine volle oder eine bestimmte prozentuale oder betragsmässige Mindesthöhe des versicherbaren Taggeldes einräumen wollte. Vielmehr wurde wiederholt festgestellt, dass am bisherigen System der sozialen Taggeldversicherung (Art. 12bis Abs. 1 KUVG) nichts Grundsätzliches geändert werden solle. Insbesondere sollte die bisherige Mindesthöhe des Taggeldes von 2 Franken nicht durch eine neue Mindestgrenze ersetzt werden (BBl 1992 I 202). Dem Krankenversicherer bleibt damit auch hinsichtlich des Umfangs der Versicherungsdeckung grundsätzlich die volle Freiheit gewahrt (vgl. EUGSTER, in: LAMal-KVG, S. 508).
c) Nach Inkrafttreten des KVG kam es zu mehreren parlamentarischen Vorstössen (Interpellation Brunner vom 18. Juni 1996, Motion Schmid vom 21. März 1997, Motion Maury vom 16. Juni 1997 und Einfache Anfrage Borel vom 19. Juni 1997), mit welchen das Vorgehen der Krankenversicherer, die nach KVG versicherbaren Taggelder auf niedrige Beträge zu beschränken, beanstandet wurde. In seiner Antwort vom 10. September 1997 auf die Einfache Anfrage Borel (abgedruckt in: Soziale Sicherheit [CHSS]1997 S. 293) hat der Bundesrat unter Hinweis auf die Ausführungen in der Botschaft vom 6. November 1991 festgestellt, das Gesetz spreche sich nicht dagegen aus, dass KVG-Versicherer eine Deckung anböten, die dem mutmasslichen Verdienstausfall oder einem Prozentsatz davon entspreche. Hingegen könne dem Gesetzeswortlaut keine

Verpflichtung der Krankenversicherer entnommen werden, ein Taggeld in dieser Höhe anzubieten. Ein entsprechender Antrag im Nationalrat sei klar abgelehnt worden. Es sei daher schwierig, die Kassen über Verordnungsbestimmungen oder Verwaltungsweisungen zu verpflichten, eine Taggeldversicherung anzubieten, die dem mutmasslichen Verdienstausfall oder einem Prozentsatz davon entspreche. Unter diesen Voraussetzungen sei es auch problematisch, behördlicherseits einen andern Betrag als zulässige Taggeldbegrenzung festzusetzen. In gleichem Sinn lässt sich das BSV im vorliegenden Fall vernehmen. Danach ist es im Hinblick darauf, dass das Gesetz den Krankenversicherer nicht verpflichtet, eine Versicherungsdeckung anzubieten, welche

dem mutmasslichen Verdienstausfall oder einem Prozentsatz davon entspricht, problematisch, behördlicherseits einen Betrag als zulässige Taggeldbegrenzung festzusetzen und damit gegen das Vorgehen vieler Versicherer, die Taggeldversicherung nach KVG auf einen bestimmten Betrag (6, 10 oder 30 Franken) zu beschränken, einzuschreiten. Diesen Überlegungen hat auch der Richter Rechnung zu tragen. Nachdem der Gesetzgeber bewusst davon abgesehen hat, eine umfassende Erwerbsausfallversicherung einzuführen, und die Krankenversicherer daher befugt sind, die freiwillige Taggeldversicherung gemäss Art. 67 ff. KVG auf einen versicherbaren Höchstbetrag zu beschränken (und eine allfällige weitergehende Deckung der Taggeldversicherung nach VVG vorzubehalten), kann sich von vornherein nur die Frage nach der zulässigen betraglichen Begrenzung des nach KVG zu versichernden Taggeldes stellen. Sowohl unter rechtlichen als auch unter praktischen Gesichtspunkten fällt es indessen schwer, eine bestimmte Mindesthöhe für das von den Krankenversicherern nach KVG zu versichernde Taggeld festzusetzen. Es handelt sich um eine sozialpolitische Frage, welche vom Gesetzgeber zu beantworten ist (vgl. hiezu auch die Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des KVG vom 21. September 1998, BBl 1999 793 ff., insbesondere 831 f.).

3. Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin das Taggeld gestützt auf Art. 70 Abs. 4 KVG im bisherigen Umfang zu versichern hat, auch wenn das von ihr reglementarisch angebotene Taggeld niedriger ist. a) Gemäss Art. 70 Abs. 4 KVG hat der Züger Anspruch auf Weiterversicherung "im bisherigen Umfang". Dem klaren Wortlaut der Bestimmung nach besteht Anspruch auf Beibehaltung der bisherigen

Versicherungsdeckung. Sinn und Zweck der Vorschrift ist es, dem Versicherten den bisherigen "Besitzstand" zu wahren (vgl. zu Art. 2 Abs. 2 der Verordnung III über die Krankenversicherung: BGE 98 V 141 Erw. 3). Dies bedeutet u.a., dass der neue Versicherer die bisherige Höhe des Taggeldes zu versichern hat (BBl 1992 I 201). Die entsprechende Pflicht ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz und geht reglementarischen Bestimmungen über den Höchstbetrag des nach Art. 67 ff. KVG versicherbaren Taggeldes vor. Würde anders entschieden, so bedeutete dies, Art. 70 Abs. 4 KVG weitgehend illusorisch zu machen, indem das Zügerrecht lediglich gegenüber Krankenversicherern geltend gemacht werden könnte, welche eine zumindest gleich hohe Taggeldversicherung vorsehen. Zudem hätten Krankenversicherer mit ausgebauter Taggeldversicherung den Hauptanteil an Zügern zu übernehmen mit der Folge, dass die bestehenden Ungleichheiten in der sozialen Taggeldversicherung noch verstärkt würden. Dem Gesetzeszweck vermag nur eine Auslegung der Bestimmung in dem Sinne zu genügen, dass jeder neue Versicherer den Züger auch dann in der bisherigen Höhe zu versichern hat, wenn sich Nichtzüger nicht im gleichen Umfang versichern können. Dies hat zwar eine Besserstellung der Züger gegenüber den andern Versicherten des gleichen Krankenversicherers zur Folge. Ein Verstoss gegen das Gebot der rechtsgleichen Behandlung (Art. 8 BV, Art. 109 KVV) kann darin jedoch nicht erblickt werden, weil sich für die unterschiedliche Behandlung der beiden Versichertenkategorien sachliche Gründe anführen lassen (vgl. BGE 124 V 15 Erw. 2a mit Hinweisen). Der Vorteil für den Züger liegt im Wesentlichen nur darin, dass der neue Versicherer nach Art. 70 Abs. 4 KVG keine neuen Vorbehalte anbringen darf. Für die über die jeweilige statutarische bzw. reglementarische Grenze hinausgehende Taggeldversicherung hat der Züger entsprechende Prämien zu zahlen. b) Im Hinblick darauf, dass die Krankenversicherer grundsätzlich befugt sind, die Taggeldversicherung nach KVG betraglich zu beschränken und eine weitergehende Versicherungsdeckung gemäss VVG anzubieten, liesse sich auch die Auffassung vertreten, dass der Züger Anspruch auf Weiterversicherung im Rahmen des reglementarischen Höchstbetrages des neuen Versicherers und für einen allfälligen Mehrbetrag Anspruch auf Abschluss einer Taggeldversicherung nach VVG hat. Damit würde seinem Zügerrecht indessen nicht Genüge getan, weil der Krankenversicherer die zwingenden sozialversicherungsrechtlichen Schutzbestimmungen im Rahmen der privatrechtlichen Versicherung nicht einzuhalten hätte.

Zudem wäre es systemwidrig, die Krankenversicherer im Rahmen der Taggeldversicherung nach VVG zur Versicherung von Personen zu verpflichten, welchen auf Grund der sozialen Taggeldversicherung gemäss KVG ein Zügerrecht zusteht. Die Lösung kann nur darin bestehen, dass der neue Versicherer die Taggeldversicherung in der bisherigen Höhe nach KVG fortzuführen hat, auch wenn er reglementarisch bloss eine niedrigere Versicherungsdeckung anbietet. Dies führt zwar insofern zu unbefriedigenden Ergebnissen, als die aus gesundheitlichen Gründen und wegen der damit verbundenen Auflösung des Arbeitsverhältnisses aus einer Betriebskrankenkasse ausscheidenden schlechten Risiken auf andere Krankenversicherer überwälzt werden, welche allenfalls zudem eine über ihre reglementarische Taggeldversicherung hinausgehende Versicherungsdeckung zu gewähren haben. Dies folgt indessen aus der gesetzlichen Regelung und ist nicht vom Richter, sondern vom Gesetzgeber zu ändern, soweit dies als erforderlich erachtet werden sollte.

4. (Parteientschädigung, unentgeltliche Verbeiständung)