

*Kranken- und  
Unfallversicherung*

*Rechtsprechung und Verwaltungspraxis*

*Assurance-maladie  
et accidents*

*Jurisprudence et pratique administrative*

*Assicurazione malattia  
e infortuni*

*Giurisprudenza e prassi amministrativa*

**RKUV/RAMA/RAMI 1/2000**

|  |    |
|--|----|
| Krankenversicherungsobligatorium, Glaubens- und Gewissensfreiheit<br>KV 99 Urteil des EVG vom 18. Oktober 1999   | 1  |
| Exigence du caractère approprié et économique d'une hospitalisation<br>KV 100 Arrêt du TFA du 22 octobre 1999  | 6  |
| Taggeldversicherung nach KVG: Territorialitätsprinzip<br>KV 101 Urteil des EVG vom 25. November 1999   | 11 |
| Befreiung vom Versicherungsobligatorium<br>KV 102 Urteil des EVG vom 3. Dezember 1999  | 16 |
| Mitteilungen – Communications – Comunicazioni<br>Mutationen bei den Krankenversicherern / Mutations dans l'état des<br>assureurs-maladie / Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattia | 23 |
| Internet: Neu / Nouveau / Nuovo  | 23 |

*Fortsetzung auf der 3. Umschlagseite / Suite à la 3<sup>e</sup> page de couverture /  
Continua alla 3<sup>a</sup> pagina della copertina*

Februar – Février – Febbraio 2000

Herausgeber/Editeur/Editore  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Office fédéral des assurances sociales  
Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Effingerstrasse 20, 3003 Bern  
Telefon 031 322 91 12  
Telefax 031 322 90 20

Redaktion/Rédaction/Redazione  
Luigi Gianinazzi, Marc Léderrey,  
Bernard Schuler, Helen Kaufmann

Abonnementspreis Fr. 27.– + 2% MWSt  
Prix d'abonnement fr. 27.– + 2% TVA  
Prezzo d'abbonamento fr. 27.– + 2% IVA

Vertrieb/Distribution/Distribuzione  
BBL/EDMZ, 3003 Berne, [www.admin.ch/edmoz](http://www.admin.ch/edmoz)  
OFCL/EDMZ, 3003 Berne, [www.admin.ch/edmoz](http://www.admin.ch/edmoz)  
UFCL/EDMZ, 3003 Berna, [www.admin.ch/edmoz](http://www.admin.ch/edmoz)

Auflage/Tirage/Tiratura 1900  
Erscheint 5–6 mal jährlich  
Paraît 5–6 fois par année  
Pubblicato 5–6 volte l'anno

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Verrechnung von Forderungen auf Grund des UVG mit fälligen Leistungen</b><br>U 358 Urteil des EVG vom 4. August 1999 i. Sa. G. M. | <b>24</b> |
| <b>Natürlicher Kausalzusammenhang bei einem HWS-Schleudertrauma</b><br>U 359 Urteil des EVG vom 12. August 1999 i. Sa. E. E.         | <b>29</b> |
| <b>Répétition des prestations indûment touchées – intérêts moratoires</b><br>U 360 Arrêt du TFA du 13 août 1999 dans la cause A. G.  | <b>32</b> |
| <b>Meinungsäußerungen von Verwaltungsärzten</b><br>U 361 Urteil des EVG vom 26. August 1999 i. Sa. F. M.                             | <b>39</b> |
| <b>Atteinte à l'intégrité</b><br>U 362 Arrêt du TFA du 31 août 1999 dans la cause C. B.  | <b>41</b> |
| <b>Existence du lien de causalité</b><br>U 363 Arrêt du TFA du 9 septembre 1999 dans la cause A. M. F.                               | <b>45</b> |

# Krankenversicherungsobligatorium, Glaubens- und Gewissensfreiheit KV 99 Urteil des EVG vom 18. Oktober 1999

K  
V  
/  
A  
M

Die Einführung des bundesgesetzlichen Krankenversicherungsobligatoriums verletzt die Glaubens- und Gewissensfreiheit nicht (Erw. 5).

L'obligation de s'assurer, introduite par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, ne viole pas la liberté de conscience et de croyance (cons. 5).

L'obbligo d'assicurazione, introdotto dalla legge federale sull'assicurazione malattie, non viola la libertà di credo e di coscienza (cons. 5).

## I.

A. – Ende August 1996 wurde G., geboren 1934, von der Kontrollstelle für Krankenversicherung der Gemeinde X. aufgefordert, den Nachweis über das Bestehen der gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung zu erbringen. Mit Schreiben vom 9. September 1996 ersuchte G. um Befreiung von der «Zwangversicherung bei einer Krankenkasse», wobei er sich darauf berief, eine solche Versicherung behindere und verletze ernsthaft seine Glaubens- und Gewissensfreiheit. Die Kontrollstelle lehnte das Begehren zunächst mit Schreiben vom 18. März 1997 und unter Hinweis auf das gesetzliche Obligatorium ab, dies unter Einräumung einer neuen Frist für die Beibringung eines Versicherungsnachweises. Da G. an seinem Standpunkt festhielt, verfügte die Kontrollstelle am 3. April 1997, dass G. ab 1. April 1997 zwangsweise der Krankenkasse Y. (nachfolgend: die Kasse) in X. zugewiesen werde.

B. – Beschwerdeweise verlangte G. sinngemäss die Befreiung vom Krankenversicherungsobligatorium.

Mit Entscheid vom 15. August 1997 wies das Versicherungsgericht St. Gallen die Beschwerde ab.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde erneuert G. sinngemäss sein Begehren um Befreiung vom Obligatorium.

Die Kontrollstelle verweist auf ihre Stellungnahme an das kantonale Gericht und verzichtet auf weitere Ausführungen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat keine Vernehmlassung eingereicht.

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. – Streitig ist die Befreiung vom Versicherungsobligatorium nach KVG. Es steht somit nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zur Diskussion. Folglich gilt die eingeschränkte Kognition nach Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG.

2. – a) Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. Gemäss Art. 6 KVG sorgen die Kantone für die Einhaltung der Versicherungspflicht (Abs. 1); die vom Kanton bezeichnete Behörde weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu (Abs. 2). Nach sanktgallischem Recht obliegt diese Aufgabe der von der politischen Gemeinde bezeichneten Kontrollstelle für Krankenversicherung (Art. 6 EG-KVG, sGS 331.11).

b) Nach Art. 3 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen und ausländischer Staaten. Gestützt auf diese Delegationsnorm hat der Bundesrat in Art. 2 und 6 KVV verschiedene Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorgesehen.

3. – Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer schweizerischen Wohnsitz hat. Er unterliegt deshalb nach Art. 3 Abs. 1 KVG dem Obligatorium. Auch steht ausser Frage, dass auf ihn einer der Tatbestände in Art. 2 und 6 KVV zutreffen könnte, weshalb sich nähere Ausführungen zu den dortigen Ausnahmen von der Versicherungspflicht erübrigen.

4. – a) Die Vorinstanz führt in ihrem Entscheid aus, entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sei die Glaubens- und Gewissensfreiheit nicht uneinschränkbar. Unter welchen Voraussetzungen Einschränkungen zulässig seien, müsse hier insofern nicht geprüft werden, als das Krankenversicherungsobligatorium nicht geeignet sei, dieses Grundrecht zu verletzen. Das Krankenversicherungsobligatorium sei im öffentlichen Interesse aufgestellt worden. Es müsse gewährleistet sein, dass jemand für die Kosten einer eventuellen Krankheit des Beschwerdeführers aufkomme. Insbesondere sei die obligatorische Krankenversicherung und die damit verbundene Prämienzahlung als Akt der Solidarität gegenüber den Mitmenschen zu

betrachten. Diese sei nur dann umfassend und gerecht, wenn alle daran beteiligt seien. In diesem Sinne sei das Versicherungsobligatorium kein Selbstzweck, sondern ein unverzichtbares Instrument, um die erforderliche Solidarität zu gewährleisten. Durch das Obligatorium werde der Beschwerdeführer in keiner Art und Weise in der Ausübung seines Glaubens behindert. Folglich liege kein Eingriff in die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Beschwerdeführers vor.

b) Dem hält der Beschwerdeführer – unter Berufung auf einen Vortrag von *Prof. Hans Marti* von 1954 (Die religiöse Präambel der Bundesverfassung) – entgegen, die verfassungsrechtlich gewährleistete Religionsfreiheit stehe auf einer höheren Ebene als die übrigen Freiheitsrechte. Ihre Aufhebung wäre eine Überschreitung der dem Staat absolut unverrückbar gesetzten Schranken. Die andern Freiheitsrechte seien immer nur gerecht in Bezug auf eine entsprechende soziale Gesamtsituation, die Religionsfreiheit dagegen dürfe in keiner Situation angetastet werden. Nicht jede bürgerliche Pflicht habe immer Vorrang vor der Glaubens- und Gewissensfreiheit. Vielmehr sei abzuwägen, ob jene den Vorrang verdiene. Wisse der Staat, wem er zu dienen habe und dass dieses Dienen immer unvollkommen sei, so werde er nur mit grosser Zurückhaltung und erheblicher Hemmung in die freie Betätigung des Glaubens eingreifen. Ferner macht der Beschwerdeführer – unter Berufung auf verschiedene Bibelzitate - geltend, es sei sein Wille und Bestreben, ein Leben in Gesundheit und Einklang mit dem Willen des Schöpfers und Erlösers, wie in der Heiligen Schrift dargetan, zu leben. Eine Versicherung bei Mitmenschen würde sein (des Beschwerdeführers) Misstrauen und die Abwendung vom grossen himmlischen Arzt zum Ausdruck bringen, was für ihn ein unerträglicher Zustand wäre.

5. – a) Das KVG besagt, dass die Krankenpflegeversicherung (2. Titel, Art. 3 ff. KVG) obligatorisch ist (Art. 1 Abs. 1 Satz 2 KVG) und dass – wie bereits erwähnt (vorstehend Ziff. 2a) – jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz sich für Krankenpflege versichern (lassen) muss (Art. 3 Abs. 1 KVG). Vom Wortlaut her gesehen ist das Gesetz klar und unzweideutig.

b) Nach Art. 113 Abs. 3 und Art. 114bis Abs. 3 BV sind u. a. Bundesgesetze für das Bundesgericht und das Eidgenössische Versicherungsgericht massgebend. Nach der Rechtsprechung (noch nicht veröffentlichtes Urteil C. vom 28. Mai 1999 mit weiteren Hinweisen) statuieren diese Verfassungsnormen ein Anwendungsgebot, nicht ein Prüfungsverbot.

c) Nach Art. 49 Abs. 1 BV ist die Glaubens- und Gewissensfreiheit unverletzlich. Nach der Rechtsprechung gewährleistet sie dem Einzelnen vorab das Recht, in seiner religiösen Überzeugung sowie in ihrer Äusserung

und Betätigung nicht durch ungerechtfertigte staatliche Vorschriften eingeschränkt zu werden. Sie umfasst einerseits die innere Freiheit zu glauben, nicht zu glauben und jederzeit und auf beliebige Weise seine eigene religiöse Überzeugung zu ändern, sowie andererseits die äussere Freiheit, seine religiöse Überzeugung oder seine Weltanschauung innerhalb gewisser Schranken zu äussern, zu praktizieren und zu verbreiten. Dies schliesst das Recht des Einzelnen ein, grundsätzlich sein ganzes Verhalten nach den Lehren des Glaubens auszurichten und seinen inneren Glaubensüberzeugungen gemäss zu handeln. Zur so gewährleisteten Religionsausübung zählen nicht nur kultische Handlungen und die Beachtung religiöser Gebräuche, sondern auch andere Äusserungen des religiösen Lebens, soweit sie sich im Rahmen gewisser übereinstimmender sittlicher Grundanschauungen der Kulturvölker halten (BGE 123 I 300 Erw. 2b/aa, 119 Ia 184 Erw. 4c, 118 Ia 52 Erw. 3b; ferner ARV 1998 Nr. 47 S. 278 Erw. 2a und SVR 1997 ALV 90 275 Erw. 2b).

d) Es ist der Vorinstanz darin beizupflichten, dass die Glaubens- und Gewissensfreiheit durch das Krankenversicherungsbliogatorium nicht beeinträchtigt wird. Mit Recht verweist sie auf den Kommentar von *Ulrich Häfelin* zu Art. 49 BV. Wie dieser Autor im Zusammenhang mit dem Vorrang der allgemeinen Rechtsordnung ausführt, ist davon auszugehen, dass Vorschriften, die sich an jedermann richten und die weder notwendigerweise eine Glaubensbetätigung voraussetzen noch spezifisch gegen eine solche gerichtet sind, auch bei der Betätigung eines Glaubens beachtet werden müssen. Denn die Glaubens- und Gewissensfreiheit verschafft kein grundsätzliches Privileg, das es gestatten würde, sich über Gebote und Verbote hinwegzusetzen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Glaubensbetätigung stehen (Kommentar zu Art. 49 BV Rz 137 mit Hinweis auf *Marti*, Glaubens- und Kulturfreiheit, SJK Nr. 1075).

Dies trifft hier zu. Das bundesgesetzliche Obligatorium und die damit verbundene Pflicht zur Prämienentrichtung steht in keinerlei Zusammenhang mit dem durch Art. 49 BV geschützten Bereich. Weder die innere noch die äussere Freiheit des Beschwerdeführers werden dadurch angetastet. Ungeachtet der Unterstellung unter das Obligatorium ist es ihm unbenommen, sich gemäss den Lehren seines Glaubens zu verhalten und entsprechend seinen inneren Glaubensüberzeugungen zu handeln. Ein Eingriff in seine Glaubensbetätigung liegt nicht vor.

Wenn der Beschwerdeführer in seiner Replik an die Vorinstanz auf das Urteil B. vom 27. September 1996 (SVR 1997 AIV 90 275) hingewiesen hat, so verkennt er, dass mit der damals vom Arbeitsamt zugewiesenen Arbeit

am Abräumband eines Personalrestaurants der Kontakt mit Fleisch- und Fischresten verbunden war und dass diese Arbeit gegen eine hinduistische Glaubensregel, Fleisch und Fisch weder zu essen noch zu berühren, versties. Mit andern Worten stand das Gebot, diese zugewiesene Arbeit anzunehmen, in direktem Zusammenhang mit der Glaubensbetätigung und hätte im Falle des Festhaltens daran die damals am Recht stehende Versicherte in einen erheblichen Gewissenskonflikt gestürzt, entweder einem staatlichen oder einem religiösen Gebot zuwiderzuhandeln. Ein damit vergleichbarer Sachverhalt liegt hier nicht vor.

e) Der Beschwerdeführer beruft sich somit zu Unrecht auf Art. 49 BV. Die Einführung des bundesgesetzlichen Krankenversicherungsobligatoriums verletzt die Glaubens- und Gewissensfreiheit nicht (so bereits bezüglich eines altrechtlichen kantonalen Versicherungsobligatoriums [Art. 2 Abs. 1 lit. a KUVG]; nicht veröffentlichtes Urteil Z. vom 3.10.1997, K 36/97).



# Exigence du caractère approprié et économique d'une hospitalisation

KV 100 Arrêt du TFA du 22 octobre 1999

Lorsqu'une hospitalisation est inappropriée et qu'à dire de spécialiste un traitement ambulatoire est indiqué, l'assuré a droit à la prise en charge des coûts des prestations correspondant au traitement ambulatoire nécessaire (art. 41 al. 1 deuxième phrase LAMal).

Wenn eine Spitalpflege unzweckmässig und, gemäss der Meinung des Spezialarztes, eine ambulante Behandlung angezeigt ist, hat der Versicherte das Recht auf Übernahme der Kosten in der Höhe der notwendigen ambulanten Behandlung (Art. 41 Abs. 1 2. Satz KVG).

Se un'ospitalizzazione è inappropriata e a dire di specialista è indicato un trattamento ambulatoriale, l'assicurato ha diritto al rimborso dei costi delle prestazioni corrispondenti al trattamento ambulatoriale necessario (art. 41 cpv. 1 secondo periodo LAMal).

## I.

A. – Né en 1937, B. est affilié à l'assurance obligatoire des soins et assuré auprès de la caisse-maladie X. (ci-après: la caisse). A la suite d'une récurrence survenue en 1996 de fibrillation auriculaire, il a subi le 11 novembre 1996 une cardioversion électrique, ce qui nécessita une hospitalisation d'un jour dans la division de cardiologie du département de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), à Lausanne.

Du 18 novembre au 7 décembre 1996, B. fut hospitalisé pour un traitement de Cordarone à la Clinique A., tout en recevant des soins pour un diabète instable, une hypercholestérolémie et des tendances dépressives.

La facture de la clinique s'est élevée à 12 748 fr. 40. Par décision du 11 septembre 1997, la caisse refusa de prendre en charge tout ou partie de ce montant.

Niant toute nécessité d'une hospitalisation, elle se fondait sur des renseignements communiqués à son médecin-conseil par le docteur C., dont il ressortait qu'une prolongation d'hospitalisation s'avérait nécessaire lorsque le résultat de la cardioversion n'était pas satisfaisant, ce qui, selon elle, n'avait pas été le cas de B.

Le 24 septembre 1997, l'assuré forma opposition contre cette décision. Il affirmait qu'il avait été victime d'une rechute complète deux jours après la

cardioversion et que, pour cette raison, le docteur D. – son médecin traitant – et la doctoresse E., spécialiste en cardiologie, avaient recommandé la prolongation de son hospitalisation.

Le médecin-conseil de la caisse invita la doctoresse E. à répondre à une série de questions. A la question: «la cardioversion ne nécessitant qu'une hospitalisation d'un jour, quelle condition particulière médicale pourrait justifier un séjour de 3 semaines tel que facturé?», la spécialiste répondit que «(la) mise en route d'un traitement de Cordarone nécessite une étroite surveillance qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière». Par décision du 27 novembre 1997, la caisse rejeta l'opposition, au motif que de l'avis de son médecin-conseil, l'instauration d'un traitement de Cordarone ne constituait pas un motif d'hospitalisation, qui plus est de trois semaines, et qu'un suivi ambulatoire pouvait être possible.

B. – B. a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant, sous suite de dépens, à la réforme de celle-ci dans le sens requis dans l'opposition du 24 septembre 1997, la caisse étant tenue de couvrir la facture de la Clinique A. Il invitait le tribunal à interpeller les docteurs D. et E.

Le juge rapporteur a invité les médecins à répondre à différentes questions, ce qu'ils ont fait les 15 mai 1998 et 18 mai 1998.

Par jugement du 3 juillet 1998, le tribunal des assurances a rejeté le recours. Il a constaté que si le médecin traitant de l'assuré était d'avis que l'hospitalisation était nécessaire et qu'un traitement ambulatoire était exclu, tel n'était pas l'avis de la cardiologue E. qui admettait qu'un tel traitement était concevable, moyennant certaines précautions. Considérant que le même résultat thérapeutique aurait pu être atteint par des soins ambulatoires, en tout cas par une hospitalisation plus courte, il en concluait que la durée de l'hospitalisation apparaissait en tout état de cause inadaptée à l'affection à traiter et que l'exigence de l'économie du traitement n'était donc pas réalisée.

C. – B. interjette recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à l'annulation de celui-ci et au remboursement de 3448 fr. 40, montant qui, selon lui, aurait dû être versé par la caisse s'il avait été soigné ambulatoirement et sous étroite surveillance cardiologique.

La caisse conclut au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable. L'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé sur le recours.

## II.

Par les considérants suivants, le Tribunal fédéral des assurances a admis partiellement le recours de droit administratif:

1. – Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (*Kummer*, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984 p. 136; *Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1993 n° K 921 p. 159 consid. 3b).

2. – La nécessité d'un traitement médical n'est pas litigieuse. En effet, il est établi qu'il y a eu récurrence de fibrillation auriculaire après la cardioversion électrique du 11 novembre 1996 et qu'il a fallu, pour cette raison, instaurer un traitement de Cordarone.

La contestation concerne en premier lieu la question de savoir si l'hospitalisation du recourant à la Clinique A. du 18 novembre au 7 décembre 1996 était appropriée.

a) Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1<sup>er</sup> janvier 1996, la loi prévoit à l'art. 32 al. 1 LAMal, dans le cadre des conditions générales de la prise en charge des frais de soins (*Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 184), que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal soient efficaces, appropriées et économiques.

Le caractère approprié d'une mesure diagnostique ou thérapeutique (art. 21 al. 1 anc. Ord. III sur l'assurance-maladie) ou d'une prestation (art. 32 al. 1 LAMal) relève en principe de critères médicaux (*Eugster*, op. cit., ch. 189). Lorsque l'indication médicale est clairement établie, il est inutile de faire des développements particuliers pour admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 125 V 99 consid. 4a<sup>1</sup> et les références).

---

<sup>1</sup> voir n° K 933 (1999) de ce recueil

b) La doctoresse E. a déclaré en procédure cantonale, dans son écrit du 15 mai 1998, notamment ce qui suit:

«Etait-on en présence d'une indication absolue d'hospitalisation? **Pas absolue**».

«Etait-il au contraire concevable, sur le plan médical, que le traitement préconisé par le Dr D. et vous-même soit dispensé de manière ambulatoire? Si oui, comment aurait-il pu l'être? **oui, mais sous étroite surveillance cardiologique en raison des complications graves possibles à l'instauration d'un traitement de Cordarone**».

«Quels sont les motifs médicaux pour lesquels l'hospitalisation a duré 20 jours? **je l'ignore**».

Quant au docteur D., sa réponse du 18 mai 1998 aux questions posées par le juge rapporteur fut en particulier la suivante:

«Etait-on en présence d'une indication absolue d'hospitalisation? **Pas absolue mais nécessaire**».

«Etait-il au contraire concevable, sur le plan médical, que le traitement que vous avez préconisé, en accord avec la Doctoresse D., soit dispensé de manière ambulatoire ? Si oui, comment aurait-il pu l'être? **Non**».

«Quels sont les motifs médicaux pour lesquels l'hospitalisation a duré 20 jours? **Pour compenser l'état cardiaque avec Cordarone; régler le diabète et l'hypercholestérolémie; améliorer ses tendances dépressives**».

c) Il apparaît ainsi que les réponses de la doctoresse E. et du docteur D. présentent la contradiction suivante: alors que la première admet que le traitement de Cordarone aurait pu, dans le cas du recourant, être dispensé de manière ambulatoire, le second nie cette éventualité.

Devant ces avis contradictoires, il y a lieu de se fonder sur celui de la cardiologue dont l'opinion comme spécialiste s'impose dès lors qu'il s'est agi de la mise en oeuvre d'un traitement pour une affection cardiaque. Au demeurant, le recourant ne conteste plus sérieusement que des soins ambulatoires sous surveillance aient été effectivement suffisants.

On doit en conséquence considérer que l'hospitalisation litigieuse n'étant pas appropriée, elle ne répond pas aux critères de prise en charge de l'art. 32 LAMal.

Par ailleurs, au vu des soins médicaux prodigués à l'assuré, tels qu'ils sont énumérés sur la facture de la clinique, il apparaît que l'hospitalisation repré-

sentait un coût plus élevé que ne l'auraient été des soins ambulatoires. Pour ce motif (subsidaire), la prise en charge de l'hospitalisation pendant vingt jours ne se justifiait pas dès lors que l'assuré n'a pas droit au remboursement du traitement le plus onéreux.

3. – Les premiers juges, après l'intimée, ont nié tout droit du recourant aux prestations de l'assurance obligatoire des soins. Ce refus de toutes prestations apparaît cependant comme contraire à la loi. En effet, du moment qu'à dire de spécialiste, un traitement ambulatoire était indiqué et donc approprié, celui-ci a le caractère d'une prestation obligatoire, ce dont on ne saurait faire abstraction en décidant du caractère économique de la prestation (ATF 121 V 226 consid. 4b<sup>1</sup>).

Il s'ensuit que l'intimée a l'obligation de prendre en charge les coûts des prestations correspondant au traitement ambulatoire nécessaire. Ceux-ci devront être fixés en fonction de l'art. 41 al. 1 deuxième phrase LAMal.

Le jugement entrepris et la décision administrative litigieuse doivent être annulés et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision au sens de ce qui précède.

4. – Il existe pour l'instance cantonale un droit légal à des dépens (art. 87 let. g LAMal).

---

<sup>1</sup> voir n° K 973 (1996) de ce recueil

## Taggeldversicherung nach KVG: Territorialitätsprinzip KV 101 Urteil des EVG vom 25. November 1999

Das Territorialitätsprinzip gilt auch für die Beendigung der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG, deren Abschluss gemäss Artikel 67 Absatz 1 KVG von einem Wohnsitz oder einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz abhängig ist. Es steht den Versicherern jedoch frei, anders lautende statutarische oder reglementarische Bestimmungen vorzusehen. Nach dem Gesagten, ist die Bestimmung der ab 1. Januar 1996 gültigen AVB der Krankenkasse für die freiwillige Taggeldversicherung, wonach die Versicherung mit der Aufgabe des Wohnsitzes oder der Erwerbstätigkeit im Tätigkeitsbereich des Versicherers (Schweiz und Fürstentum Liechtenstein) endet, nicht bundesrechtswidrig. Es geht daraus klar hervor, dass die Taggeldversicherung mit der Wohnsitznahme im Ausland endet und bei Aufenthalt im Ausland (mit Ausnahme des Fürstentums Liechtenstein) keine Leistungen erbracht werden (Erw. 2a und b).

Le principe de la territorialité vaut également pour la cessation de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, dont la conclusion, conformément à l'article 67 alinéa 1 LAMal, dépend de l'existence d'un domicile ou d'une activité lucrative en Suisse. Les assureurs sont néanmoins libres de prévoir d'autres dispositions dans leurs statuts ou règlements. N'est partant pas contraire au droit fédéral la disposition des CGA de la caisse en matière d'assurance facultative d'indemnités journalières, valable dès le 1er janvier 1996, selon laquelle l'assurance cesse avec la fin du domicile ou de l'activité lucrative dans le rayon d'activité de l'assureur (Suisse et Principauté du Liechtenstein). Il en découle clairement que l'assurance d'indemnités journalières prend fin avec la prise de domicile à l'étranger et qu'en cas de séjour à l'étranger (à l'exception du Liechtenstein) aucune prestation ne sera octroyée (cons. 2a et b).

Il principio di territorialità vale anche per la cessazione dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal, la cui stipula, conformemente all'articolo 67 capoverso 1 LAMal, dipende dall'esistenza di un domicilio o da un'attività lucrativa in Svizzera. Gli assicuratori sono tuttavia liberi di prevedere altrimenti nei propri statuti o regolamenti. Non è pertanto contraria al diritto federale la disposizione delle CGA della cassa relativa all'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, in vigore dal 1° gennaio 1996, giusta la quale l'assicurazione termina con la fine del domicilio o dell'attività lucrativa nel raggio d'attività dell'assicuratore (Svizzera e Principato del Liechtenstein). Ne discende palesemente che l'assicurazione indennità giornaliera termina con l'elezione del domicilio all'estero e che in caso di dimora all'estero (ad eccezione del Principato del Liechtenstein) non viene pagata alcuna prestazione (cons. 2a e b).

## I.

A. – L. war bis 30. November 1996 bei der X. AG angestellt und im Rahmen einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung bei der Krankenkasse Y. (nachfolgend: die Kasse) versichert gewesen. Wegen vorzeitiger Pensionierung trat er auf den 1. Dezember 1996 in die Einzelversicherung über und war in der Folge für ein Taggeld von Fr. 153.– ab 91. Tag versichert.

Am 18. Dezember 1996 erhielt die Kasse Kenntnis davon, dass sich der Versicherte zusammen mit seiner Ehefrau für unbestimmte Zeit in die Dominikanische Republik begeben hatte, worauf sie ihm mitteilte, während der Dauer des Auslandsaufenthaltes bestehe kein Anspruch auf Leistungen. Nach einem längeren Briefwechsel mit dem Rechtsvertreter des Versicherten, aus welchem sich unter anderem ergab, dass die Eheleute L. seit 28. Juli 1997 wieder am früheren Wohnort in der Gemeinde A. gemeldet sind, erliess die Kasse am 15. September 1997 eine Verfügung, mit der sie feststellte, die Einzel-Taggeldversicherung sei nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die freiwillige Taggeldversicherung zufolge Wohnsitznahme im Ausland auf den 31. Dezember 1996 aufgelöst worden. Im Einspracheentscheid vom 17. November 1997 hielt die Kasse daran fest, dass die Einzel-Krankentaggeldversicherung auf den 31. Dezember 1996 beendet worden sei. Ab 1. Januar 1997 könnten im Zusammenhang mit der bestehenden Arbeitsunfähigkeit keine Taggelder mehr ausgerichtet werden.

B. – Die hiegegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 20. August 1998 abgewiesen.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt L. beantragen, in Aufhebung des kantonalen Entscheides sei die Kasse zu verpflichten, ihm «subsidiär zur Invalidenrente Krankentaggeld auszuzahlen, bis der Restanspruch bezogen ist».

Die Kasse schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung verzichtet auf eine Vernehmlassung.

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. – 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 Taggeldversi-

cherung abschliessen. Die Versicherer sind verpflichtet, in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede zum Beitritt berechnete Person aufzunehmen (Art. 68 Abs. 1 KVG). Das versicherte Taggeld wird vom Versicherer mit dem Versicherungsnehmer vereinbart (Art. 72 Abs. 1 KVG). Das Gesetz enthält in Art. 72 KVG zwingende Bestimmungen insbesondere zum Anspruchsbeginn (Abs. 2), zur Dauer des Anspruchs (Abs. 3) sowie zur Kürzung der Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit (Abs. 4) und bei Überentschädigung (Abs. 5).

2. – a) Hinsichtlich der Beendigung der Taggeldversicherung bestehen keine gesetzlichen Normen. Es ist mithin insbesondere nicht geregelt, ob eine Wohnsitznahme im Ausland eine Beendigung der Versicherung bewirkt.

Bezüglich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestimmt Art. 5 Abs. 3 KVG, dass die Versicherung endet, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht, was – vorbehaltlich Art. 3 Abs. 3 lit. b KVG – unter anderem mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland der Fall ist. Gemäss Art. 7a KVV (eingefügt mit der Verordnungsnovelle vom 25. November 1996, in Kraft seit 1. Januar 1996; AS 1996 3139) können die Versicherer in solchen Fällen auf vertraglicher Basis (d.h. nach VVG) eine Fortdauer des Versicherungsschutzes anbieten, wobei die Leistungen denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu entsprechen haben.

Die genannten Bestimmungen sind Ausdruck des sogenannten Territorialitätsprinzips, wie es bereits dem KUVG zu Grunde lag (BGE 118 V 50 Erw. 1<sup>1</sup>) und woran das neue Recht grundsätzlich nichts geändert hat (*Maurer*; Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 42). Das Territorialitätsprinzip gilt auch für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG, welche gemäss Art. 67 Abs. 1 KVG von einem Wohnsitz oder einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz abhängig ist. Dementsprechend endet die Taggeldversicherung unter anderem mit der Wohnsitznahme im Ausland (in RJJ 1997 S. 363 publiziertes Urteil I. vom 28. Oktober 1996; *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Basel, Genf und München 1998, S. 198 Rz 360). Die Krankenversicherer sind weiter von Gesetzes wegen nicht verpflichtet, bei Auslandsaufenthalt Taggeldleistungen zu erbringen (nicht veröffentlichtes Urteil R. vom 10. Juni 1995). Es steht ihnen jedoch frei, anders lautende statutarische oder reglementarische Bestimmungen vorzusehen (BGE 118 V 50 Erw. 1<sup>1</sup> mit Hinweis).

---

<sup>1</sup> siehe Nr. K 893 (1992) dieser Sammlung



b) Gemäss Ziff. 12 lit. c der ab 1. Januar 1996 gültigen AVB für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG der Kasse endet die Versicherung mit der Aufgabe des Wohnsitzes oder der Erwerbstätigkeit im Tätigkeitsbereich des Versicherers. Ziff. 25 AVB schreibt weiter vor, dass die Leistungen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein erbracht werden.

Nach dem Gesagten sind diese Bestimmungen nicht bundesrechtswidrig. Es geht daraus klar hervor, dass die Taggeldversicherung mit der Wohnsitznahme im Ausland endet und bei Aufenthalt im Ausland (mit Ausnahme des Fürstentums Liechtenstein) keine Leistungen erbracht werden. Angesichts des eindeutigen Wortlauts der Bestimmung bleibt für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Auslegung kein Raum, wonach die Versicherung bei Wohnsitzverlegung ins Ausland lediglich zu sistieren sei. Entgegen den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde bedarf es keiner Auslegung der Kassenbestimmungen unter dem Gesichtspunkt der Ungewöhnlichkeitsregel. Die Bestimmungen konnten vom Beschwerdeführer nur in dem Sinne verstanden werden, dass die Taggeldversicherung bei Wohnsitznahme endet (Ziff. 12 lit. c) und auch im Rahmen eines laufenden Versicherungsfalls keine Leistungen mehr erbracht werden, sobald der Versicherte Wohnsitz im Ausland nimmt (Ziff. 25). Von einer mangelnden Klarheit der Bestimmungen, welche sich nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken darf (BGE 119 V 152 Erw. 4), kann nicht die Rede sein.

Zu einem anderen Ergebnis vermag auch der vom Beschwerdeführer angerufene Grundsatz von Treu und Glauben nicht zu führen. Auf blosses Unkenntnis der AVB kann sich der Beschwerdeführer nicht erfolgreich berufen. Selbst wenn er, wie behauptet, die AVB nicht erhalten haben sollte, musste ihm klar sein, dass sich die Versicherungsleistungen nach den gesetzlichen Normen und den ergänzenden Kassenbestimmungen richten. Wenn er von Letzteren erst nach der Ausreise aus der Schweiz Kenntnis erhalten hat, so lässt sich dies nicht auf eine mangelhafte Information seitens des Krankenversicherers zurückführen. Denn es ist unbestritten, dass die Kasse anlässlich des Übertritts des Beschwerdeführers in die Einzelversicherung keine Kenntnis vom beabsichtigten Auslandsaufenthalt hatte. Insbesondere im Hinblick darauf, dass die geplante Ausreise in die Zeit unmittelbar nach dem Übertritt in die Einzelversicherung fiel, wäre es Sache des Beschwerdeführers gewesen, sich bereits in diesem Zeitpunkt über deren Auswirkungen auf die Versicherungsdeckung zu erkundigen, was er unbestrittenermassen unterlassen hat. Auf eine angebliche Auskunft seitens des Arbeitgebers durfte er sich schon deshalb nicht verlassen, weil der Arbeitgeber zur Auskunftserteilung über die Einzelversicherung nicht befugt war (BGE 121 V 66 Erw. 2a).

3. – Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz in der Schweiz im Sinne der Kassenbestimmungen auf Ende 1996 aufgegeben hat.

a) Wo der Beschwerdeführer in der fraglichen Zeit Wohnsitz hatte, bestimmt sich nach Art. 23 ff. ZGB (vgl. im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht in der Krankenpflegeversicherung Art. 1 Abs. 1 KVV). Danach befindet sich der Wohnsitz einer Person am Ort, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält (Art. 23 Abs. 1 ZGB). Massgebend ist der Ort, an welchem sich der Mittelpunkt der Lebensbeziehungen einer Person befindet. Auch ein bloss vorübergehender Aufenthalt kann einen Wohnsitz begründen, wenn er auf eine bestimmte Dauer angelegt ist und der Lebensmittelpunkt dorthin verlegt wird. Zudem muss die Absicht dauernden Verbleibens nur im Zeitpunkt der Begründung des Wohnsitzes bestanden haben. Ändert sich diese Absicht, so bleibt der einmal erworbene Wohnsitz bis zur Begründung eines neuen bestehen (*Bucher*; Berner Kommentar, N 8 ff. zu Art. 23 ZGB; *Stahelin*, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, N 8 zu Art. 23 ZGB).

b) Auf Grund der Akten steht fest, dass der vorzeitigpensionierte Beschwerdeführer zusammen mit der Ehefrau in die Dominikanische Republik ausgereist ist, um dort auf unbestimmte Zeit zu leben. Er hatte zu diesem Zweck ein Landwirtschaftsgut erworben, welches er mit einem Gutsverwalter bewirtschaftete. Bei dieser Sachlage kann kein Zweifel darüber bestehen, dass sich der Beschwerdeführer mit der Absicht dauernden Verbleibens im Ausland aufhielt und dort den Mittelpunkt seiner Lebensbeziehungen und damit auch Wohnsitz hatte. An der damit verbundenen Aufgabe des zivilrechtlichen Wohnsitzes in der Schweiz ändert nichts, dass er weiterhin über eine 1-Zimmer-Wohnung im eigenen Mehrfamilienhaus in der Schweiz verfügte. Denn es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass von Anfang an lediglich ein vorübergehender Auslandsaufenthalt (ohne Verlegung des Lebensmittelpunktes) geplant war. Dass die Eheleute in der Folge bereits Ende Juli 1997 wieder in die Schweiz zurückgekehrt sind, um erneut hier Wohnsitz zu nehmen, ändert ebenfalls nichts daran, dass sie ab 1. Januar 1997 Wohnsitz im Ausland hatten. Der Einspracheentscheid der Kasse vom 17. November 1997 besteht folglich zu Recht.

# Befreiung vom Versicherungsobligatorium

## KV 102 Urteil des EVG vom 3. Dezember 1999

Artikel 2 Absatz 2 KVV, welcher die Befreiungsmöglichkeit für nach ausländischem Recht *obligatorisch* Versicherte vorsieht, steht nicht im Widerspruch zum KVG oder zur Verfassung.

L'article 2 alinéa 2 OAMal, qui prévoit la possibilité pour les personnes qui sont *obligatoirement* assurées en vertu du droit étranger d'être exceptées de l'obligation d'assurance n'est contraire ni à la LAMal, ni à la constitution.

L'articolo 2 capoverso 2 OAMal che prevede la possibilità per le persone *obbligatoriamente* assicurate all'estero di farsi esentare dall'assoggettamento all'assicurazione non è in contrasto né con la LAMal né con la Costituzione.

### I.

A. – Die Eheleute W. (geb. 1937 und 1938) sind deutsche Staatsangehörige. Sie sind im November 1983 in die Schweiz eingereist und im Besitz der Niederlassungsbewilligung. Seit 1. Juni 1962 sind sie bei der «Hallesche-Nationale Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit» (nachfolgend Hallesche) versichert (weltweit gültige Krankenkostenvollversicherung sowie – seit 1. Januar 1995 – Pflegeversicherung).

Am 21. Februar 1997 ersuchte W. für sich und seine Ehefrau um Befreiung vom schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium. Dies lehnte die Kontrollstelle für Krankenversicherung der Stadt St. Gallen (nachfolgend Kontrollstelle) mit Verfügung vom 28. Februar 1997 ab.

B. – Hiegegen erhoben die Eheleute W. Beschwerde mit dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess die Beschwerde gut, hob die Kontrollstellenverfügung auf und nahm die Eheleute W. für die Dauer des bestehenden Versicherungsschutzes bei der Halleschen von der Versicherungspflicht aus (Entscheid vom 22. August 1997).

C. – Das Bundesamt für Sozialversicherung erhebt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung des kantonalen Entscheids.

Die Eheleute W. schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Die Kontrollstelle verzichtet auf eine Stellungnahme.

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen gutgeheissen:

1. – a) Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 124 V 296 entschieden hat, steht die Berechtigung zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen kantonale Entscheide betreffend die Befreiung von der obligatorischen Versicherung dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) und nicht dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zu. Allerdings hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im zitierten Entscheid unter Erwägung 2 (S. 300) erkannt, dass das BSV berechtigt sei, eine Vollmacht des EDI nachzureichen und sich damit als Vertreterin des EDI auszuweisen. Im Anschluss an das in BGE 124 V 296 publizierte Urteil hat das EDI am 5. Mai 1999 zuhanden des BSV eine Generalvollmacht für den Bereich der Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherung ausgestellt. Demnach ist die vorliegende Verwaltungsgerichtsbeschwerde als solche des EDI zu qualifizieren, auf welche einzutreten ist.

b) Da nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, sondern die Befreiung vom Versicherungsobligatorium streitig ist, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).

2. – a) Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.

Gemäss Art. 3 Abs. 3 KVG kann der Bundesrat die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, u.a. insbesondere auf solche, die in der Schweiz tätig sind oder sich längere Zeit dort aufhalten (lit. a). Gestützt darauf erklärt Art. 1 Abs. 2 lit. a KVV (in der seit 1.1.97 gültigen Fassung) als versicherungspflichtig die Ausländer und Ausländerinnen mit einer Aufenthaltsbewilligung nach Art. 5 ANAG, die mindestens drei Monate gültig ist.

b) Der Bundesrat kann laut Art. 3 Abs. 2 KVG Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, namentlich für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen und ausländischer Staaten.

Nach Art. 2 Abs. 2 KVV sind auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen Personen, die nach ausländischem Recht obligatorisch krankenversichert sind, sofern der Einbezug in die schweizerische Versicherung für sie eine Doppelbelastung bedeuten würde und sie für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen; dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

Ferner sind nach Art. 2 Abs. 3 KVV auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen Personen, die im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe in der Krankenversicherung über einen gleichwertigen Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz verfügen; dem Gesuch ist eine Kopie der für die internationale Leistungsaushilfe verwendeten Anspruchsbescheinigung beizulegen. Nach dem derzeitigen Stand der von der Schweiz abgeschlossenen Sozialversicherungsabkommen ist eine solche Leistungsaushilfe im Bereich der Krankenversicherung nur in Art. 10b ff. des bilateralen Abkommens mit der Bundesrepublik Deutschland (SR 0.831.109.136.1, nachfolgend Abkommen CH/D) sowie in Art. 16 ff. des multilateralen Übereinkommens über die soziale Sicherheit der Rheinschiffer (SR 0.831.107; vgl. *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in SBVR, S. 236 Rz 424) vorgesehen.

Weitere, vorliegend nicht anwendbare Ausnahmen von der Versicherungspflicht sehen der Artikel 2 KVV in Absatz 4 (Personen, die sich im Rahmen von Mobilitäts-, Vermittlungs- und Austauschprogrammen in der Schweiz aufhalten) und Absatz 5 (in die Schweiz entsandte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen) und zudem die Art. 3 bis 6 KVV vor.

3. – a) Dass die Beschwerdegegner grundsätzlich dem schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium unterstehen, wird zu Recht weder von den Parteien noch von der Vorinstanz in Frage gestellt; dabei kann offen bleiben, ob die Unterstellung auf Art. 3 Abs. 1 KVG oder Art. 1 Abs. 2 lit. a KVV beruht.

b) Die Vorinstanz stellt fest, dass die Beschwerdegegner unbestrittenermassen bei der Halleschen freiwillig (vertraglich) krankenversichert seien. Die Befreiungsvoraussetzung des Art. 2 Abs. 2 KVV, wonach eine obligatorische Krankenversicherung nach ausländischem Recht bestehen muss, sei somit nicht erfüllt. Art. 2 Abs. 2 KVV stütze sich indessen auf eine sehr unbestimmte Delegationsnorm, indem Art. 3 Abs. 2 KVG lediglich bestimme, dass der Bundesrat Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen könne, namentlich für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen und ausländischer Staaten. Weitere «Leitplanken»

habe der Gesetzgeber nicht angebracht. Unter diesen Voraussetzungen stelle sich die Frage, ob der Bundesrat die Befreiung vom schweizerischen Obligatorium zu Recht an die Voraussetzung des Bestehens einer obligatorischen ausländischen Versicherung geknüpft habe. In der bundesrätlichen Botschaft zur Revision der Krankenversicherung werde zwar betont, die Solidarität unter den Krankenversicherten in der Schweiz sei nur umfassend und gerecht, wenn alle daran beteiligt seien. Da die Beschwerdegegner aufgrund der bestehenden deutschen Krankenversicherung die ihnen erbrachten Leistungen aus dem Ausland finanzierten und damit die Solidarität der schweizerischen Versichertengemeinschaft als solche nicht beanspruchten, sei es indessen nicht erforderlich, sie durch die Unterstellung unter das schweizerische Obligatorium zu Mitgliedern dieser Solidargemeinschaft zu machen. Auch das gesetzgeberische Ziel der Vermeidung von Versicherungslücken könne mit andern Massnahmen als dem Erfordernis des Nachweises des Bestehens einer obligatorischen ausländischen Versicherung erreicht werden.

Hinzu komme, dass eine Nichtbefreiung der Beschwerdegegner vom schweizerischen Obligatorium mit erheblichen Nachteilen für jene verbunden wäre. Zwar könnten sie den mit der Halleschen abgeschlossenen Versicherungsvertrag kündigen. In der Schweiz wären sie dann aber nur im Rahmen des Obligatoriums versichert. Zusatzversicherungen, welche den in Deutschland versicherten Standard gewährleisten würden, wären sehr teuer oder kämen aus Alters- oder Gesundheitsgründen gar nicht mehr in Frage. Bei einer allfälligen Rückkehr nach Deutschland wäre sodann ungewiss, ob die Hallesche sie wieder zu gleichen Bedingungen aufnehmen würde. Weder das Ziel der Erhaltung der Solidarität unter den Versicherten noch jenes der Vermeidung von Versicherungslücken rechtfertige somit das in Art. 2 Abs. 2 KVV für die Befreiung vom Obligatorium statuierte Erfordernis des Nachweises einer obligatorischen ausländischen Krankenversicherung; demzufolge sei die Bestimmung gesetzwidrig.

4. – a) Nach der Rechtsprechung kann das Eidgenössische Versicherungsgericht Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich, von hier nicht in Betracht fallenden Ausnahmen abgesehen, auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüfen. Bei (unselbstständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation stützen, prüft es, ob sie sich in den Grenzen der dem Bundesrat im Gesetz eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Bundesrat durch die gesetzliche Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung beschränken, ob die umstrittenen Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten

Kompetenzen herausfallen oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desjenigen des Bundesrates setzen und es hat auch nicht die Zweckmässigkeit zu untersuchen. Die vom Bundesrat verordnete Regelung verstösst allerdings dann gegen Art. 4 BV, wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen lässt, wenn sie sinn- oder zwecklos ist oder wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt. Gleiches gilt, wenn die Verordnung es unterlässt, Unterscheidungen zu treffen, die richtigerweise hätten berücksichtigt werden sollen (BGE 125 V 30 Erw. 6a, 124 II 245 Erw. 3, 583 Erw. 2a, 124 V 15 Erw. 2a, 194 Erw. 5a<sup>1</sup>, je mit Hinweisen).

b) Der Vorinstanz ist darin beizupflichten, dass Art. 3 Abs. 2 KVG dem Bundesrat einen sehr weiten Spielraum des Ermessens einräumt. Die Bestimmung sagt zunächst bloss, dass der Bundesrat Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen kann. Als nicht abschliessende Beispiele werden sodann die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen internationaler Organisationen und ausländischer Staaten aufgeführt. Eine weitere, das Ermessen einschränkende oder sonst wie inhaltlich determinierende Vorgabe lässt sich Art. 3 Abs. 2 KVG nicht entnehmen. Bei dieser Sachlage ist zu prüfen, ob Art. 2 Abs. 2 KVV offensichtlich aus dem Rahmen der im Gesetz delegierten Kompetenz herausfällt oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig ist (Erw. 4a hievor).

c) Nach Art. 1 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 KVG ist die Krankenpflegeversicherung obligatorisch, und zwar – grundsätzlich anknüpfend an den Wohnsitz – für die gesamte Wohnbevölkerung (*Alfred Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 2 und 34 f.). Wie die Botschaft zum KVG ausführt (BBl 1992 I 125 f.), bestand eines der Hauptprobleme der früheren KUVG-Ordnung im Zerfall der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Um diese Solidarität (wieder-) herzustellen und gleichzeitig die volle Freizügigkeit zu garantieren, habe es der Einführung eines Versicherungsobligatoriums bedurft. Denn die Solidarität sei nur dann umfassend und gerecht, wenn alle daran beteiligt seien. In diesem Sinne sei das Versicherungsobligatorium kein Selbstzweck, sondern ein unverzichtbares Instrument, um die erforderliche Solidarität zu gewährleisten.

Angesichts dieser gesetzgeberischen Absicht ist es durchaus folgerichtig, dass die Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft eng umschrieben werden. Dies dürfte den Bundesrat dazu bewogen haben, eine Ausnahme von der Versi-

---

<sup>1</sup> siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

cherungspflicht nach Art. 2 Abs. 2 KVV nur dann zuzulassen, wenn die betreffende Person nach ausländischem Recht obligatorisch krankenversichert ist. Dabei hat wohl auch die Befürchtung eine Rolle gespielt, dass sich das schweizerische Obligatorium unterlaufen liesse, wenn auch der Nachweis einer ausländischen freiwilligen Versicherung als Befreiungsgrund akzeptiert würde. Wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde geltend gemacht wird, könnten sich dann nämlich Personen, die bisher in der Schweiz versichert waren, bei einer ausländischen Privatversicherung (allenfalls günstiger oder besser als hierzulande) versichern und wären alsdann auf Gesuch hin von der schweizerischen Versicherungspflicht auszunehmen. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz ist daher festzustellen, dass Art. 2 Abs. 2 KVV hinsichtlich der Voraussetzung des Bestehens einer nach ausländischem Recht obligatorischen Versicherung nicht aus dem gesetzlich eingeräumten Kompetenzrahmen herausfällt.

d) Die Bestimmung verstösst aber auch nicht sonst wie gegen das Gesetz oder die Verfassung. Insbesondere trifft Art. 2 Abs. 2 KVV keine rechtliche Unterscheidung, für die sich kein vernünftiger Grund finden liesse. Sie dient insbesondere der Klärung der Rechtslage in jenen Fällen, da eine grundsätzlich unter das schweizerische Obligatorium fallende Person gleichzeitig einem Krankenversicherungsobligatorium nach ausländischem Recht untersteht. Sie ist auf Schweizer und Ausländer anwendbar; der Einwand der rechtsungleichen Behandlung ist daher nicht begründet. Das Ziel, bestimmte Personengruppen vom Obligatorium zu befreien, wird nicht mit Art. 2 Abs. 2 KVV verfolgt. Diesem Ziel dienen vielmehr die konkreten Befreiungstatbestände gemäss Art. 2 Abs. 4 und 5 sowie von Art. 3 bis 6 KVV. Zudem wird in Art. 2 Abs. 3 KVV die Befreiung jener Personen vorbehalten, die gemäss zwischenstaatlichem Recht Anspruch auf Leistungsaushilfe und damit auf Fortgeltung ihrer ausländischen Krankenversicherung haben. Diesen Befreiungstatbeständen ist gemeinsam, dass sie einen aktuellen Auslandsbezug voraussetzen (Wohnsitz, Erwerbort oder Sitz des Arbeitgebers im Ausland) und/oder dass der Aufenthalt in der Schweiz befristet ist.

Dass Art. 2 Abs. 2 KVV nicht die Befreiung jener Personen vom Obligatorium vorsieht, die im Ausland über eine nicht-obligatorische Krankenversicherung verfügen, kann zwar, wie auch der vorliegende Fall zeigt, durchaus zu Problemen für die Betroffenen führen; dies namentlich für ältere Personen, die eine freiwillige ausländische Krankenversicherung besitzen. Diesen Personen steht der Abschluss einer tragbaren Zusatzversicherung nicht ohne weiteres offen; auch können sich bei einer allfälligen Rückkehr ins Herkunftsland Schwierigkeiten ergeben, wenn die frühere freiwillige Krankenversicherung im Hinblick auf das schweizerische Obli-



gatorium gekündigt worden ist. Diese Probleme dürften sich indessen in manchen Fällen lösen lassen, etwa auf dem Wege der Sistierung des ausländischen Versicherungsvertrags oder der temporären Umwandlung der ausländischen Versicherung in eine Ergänzungsversicherung zur schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung. Nicht von der Hand zu weisen ist, dass sich möglicherweise auch neue Regelungen im (nationalen oder zwischenstaatlichen) schweizerischen Recht aufdrängen.

e) Dass Art. 2 Abs. 2 KVV mit Verfassung und Gesetz vereinbar ist, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im Übrigen bereits – stillschweigend – in einem in RKUV 1999 Nr. KV 81 S. 337 veröffentlichten Urteil vom 20. Mai 1999 festgestellt. An dieser Rechtsprechung ist im Lichte des hievordargelegten festzuhalten. Da die Beschwerdegegner im Ausland nicht obligatorisch versichert sind, können sie nicht gestützt auf Art. 2 Abs. 2 KVV vom schweizerischen Obligatorium befreit werden.

5. – a) Zu entscheiden bleibt, ob eine Befreiung allenfalls gestützt auf Art. 2 Abs. 3 KVV möglich ist. Nach dieser Bestimmung können Personen von der Versicherungspflicht ausgenommen werden, die im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe in der Krankenversicherung über einen gleichwertigen Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz verfügen. Wie erwähnt (Erw. 2b hievord), kennt neben dem hier nicht in Betracht fallenden Rheinschiffer-Übereinkommen nur das Abkommen CH/D die Leistungsaushilfe in der Krankenversicherung. Nach Art. 2 Abs. 1 Ziff. 1 lit. e dieses Abkommens fällt nur die gesetzliche deutsche Krankenversicherung in dessen Anwendungsbereich. Im Weiteren ergibt sich aus dem Umstand, dass die freiwillige gesetzliche Versicherung nach deutschem Recht den Wohnsitz beziehungsweise den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland voraussetzt (§ 3 SGB IV), dass Personen, die in der Schweiz wohnen oder sich dort gewöhnlich aufhalten, der freiwilligen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung nicht angehören können und demzufolge nicht gemäss Abkommen CH/D leistungsaushilfeberechtigt sind (vgl. Merkblatt des BSV, Stand 1. November 1998, betreffend die Befreiung vom schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium für Personen, die in Deutschland krankenversichert sind, Abschnitt 1.4, Ziff. 5 und 6; Rundschreiben Nr. 16/1997 der deutschen Verbindungsstelle vom 21. März 1997 betreffend Befreiungsmöglichkeiten vom schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium bei Wohnsitz in der Schweiz, Abschnitt 7, Ziff. 5 und 6, und Abschnitt 8).

b) Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerdegegner nicht gestützt auf Art. 2 Abs. 3 KVV vom schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium befreit werden können.

# Mutationen bei den Krankenversicherern Mutations dans l'état des assureurs-maladie Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie

Abgänge – Ne figurent plus sur la liste –  
Non figurano più nell'elenco:

|     |             |   |          |
|-----|-------------|---|----------|
| 468 | Schleitheim | Krankenkasse Schleitheim<br>(Zusammenschluss mit der<br>Caisse maladie Progrès K 994) | 1.7.1999 |
|-----|-------------|---|----------|

## Neu – Nouveau – Nuovo

Die RKUV ist ab Heft 1/1999 auch auf der neuen Website des BSV publiziert ([www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)).

La revue RAMA (dès le fascicule 1/1999) est désormais accessible sur le nouveau site Internet de l'OFAS dont l'adresse est: [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch).

Dal fascicolo 1/1999, la rivista RAMI è pure pubblicata sul nuovo sito Internet dell'UFAS ([www.ufas.admin.ch](http://www.ufas.admin.ch)).

## Verrechnung von Forderungen auf Grund des UVG mit fälligen Leistungen

U 358 Urteil des EVG vom 4. August 1999 i. Sa. G.M.

*Verrechnung von Forderungen auf Grund des UVG mit fälligen Leistungen (Art. 50 Abs. 3 UVG; Art. 213 Abs. 2 SchKG):*

Die Verrechenbarkeit von ausstehenden Prämienforderungen des Unfallversicherers gegenüber dem ehemaligen Inhaber einer Einzel-firma mit dessen nach Konkursöffnung entstandenem Anspruch auf Taggeldleistungen ist im Hinblick auf das Erfordernis der Gegen-seitigkeit zwar zu bejahen; die Verrechnung ist in casu jedoch unzu-lässig, weil im Bereich von Art. 50 Abs. 3 UVG das in Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG statuierte Verrechnungsverbot zur Anwendung gelangt.

*Compensation de créances fondées sur la LAA avec des prestations exigibles (art. 50 al. 3 LAA; art. 213 al. 2 LP):*

La compensation de créances de l'assureur-accidents relatives à des primes encore dues par l'ancien titulaire d'une raison de com-merce individuelle avec la créance en paiement d'indemnités journalières obtenue par l'intéressé après l'ouverture de la faillite satisfait à l'exigence de réciprocité; elle n'est toutefois pas admissible, parce que l'interdiction de compenser prévue à l'art. 213, al. 2, ch. 2, LP est applicable dans les éventualités visées à l'art. 50. al. 3, LAA.

*Compensazione di crediti fondati sulla LAINF con prestazioni scadute (art. 50 cpv. 3 LAINF; art. 213 cpv. 2 LEF):*

La possibilità di compensare crediti dell'assicuratore infortuni relativi a premi arretrati dovuti dall'ex titolare di una ditta individua-le con diritti del medesimo a indennità giornaliera insorti dopo la dichiarazione di fallimento soddisfa l'esigenza di reciprocità; la com-pensazione non è comunque ammissibile poiché l'esclusione della compensazione di cui all'art. 213 cpv. 2 n. 2 LEF è richiamabile nelle evenienze contemplate dall'art. 50 cpv. 3 LAINF.

### Auszug aus den Erwägungen:

...

4. – Zunächst zu prüfen ist die Frage, ob eine Verrechnung vorliegend ausgeschlossen ist, da sich – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht – nicht die gleichen Rechtsträger gegenüberstehen.

a) Eine Verrechnung setzt voraus, dass Leistung und Forderung des Ver-sicherers grundsätzlich die gleiche Person betreffen (*Maurer*, a.a.O., S. 448; *Häfelin/Müller*; Grundriss des Allgemeinen Verwaltungsrechts, 3. Aufl.,

S. 165 f., Rz 644; vgl. auch Art. 120 Abs. 1 OR). Eine zeitliche Kongruenz der gegenseitigen Forderungen in dem Sinne, dass diese den gleichen Zeitraum beschlagen müssen, ist dabei nicht verlangt. Wesentlich für die Zulässigkeit der Verrechnung ist somit nicht, dass Forderung und Gegenforderung im gleichen Zeitpunkt entstanden sind, sondern dass beide im Zeitpunkt der Verrechnung fällig sind (vgl. dazu BGE 115 V 341 mit Hinweisen; nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 22. Juni 1998).

b) Als Inhaber einer Einzelfirma schuldete der Beschwerdeführer der SUVA in seiner Funktion als Arbeitgeber im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung den gesamten Prämienbetrag (Art. 91 Abs. 3 UVG). Da die Prämienforderung für die Jahre 1995 und 1996 spätestens mit der Konkursöffnung vom 5. November 1996 fällig wurde (Art. 208 Abs. 1 SchKG), wäre die Verrechnung mit dem durch die Unfallereignisse vom 16. Dezember 1997 und 17. März 1998 entstandenen Anspruch des Beschwerdeführers auf Taggeldleistungen grundsätzlich zulässig (vgl. BGE 100 V 134 Erw. 3; Maurer, a.a.O., S. 448). Fraglich ist indes, ob der Umstand des Konkurses und des damit verbundenen Wechsels der Rechtszuständigkeit (Konkursmasse/Gemeinschuldner; Art. 204 SchKG) einer Verrechnung entgegensteht. In BGE 104 V 7 Erw. 2b hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Verrechenbarkeit von ausstehenden Sozialversicherungsbeiträgen, welche im Rahmen eines Nachlassvertrages mit Vermögensabtretung zwischen dem ehemaligen Inhaber einer Einzelfirma und dessen Gläubigern angemeldet worden waren, mit dem Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente bejaht. Das Erfordernis der Gegenseitigkeit der Forderungen wurde mithin auch bei Erlöschen des Verfügungsrechts des Schuldners über das von ihm abgetretene, verselbstständigte Vermögen und dessen Übergang auf die Nachlassgläubiger (BGE 103 III 60; *Amonn/Gasser*, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, 6. Aufl. 1997, S. 468 f., Rz 23) als gegeben erachtet. Ein Grund, weshalb im Falle eines Konkursverfahrens, bei dem der Gemeinschuldner im Zeitpunkt der Konkursöffnung ebenfalls weitgehend die Fähigkeit verliert, über sein Vermögen zu disponieren (Art. 204 SchKG; vgl. auch *Amonn/Gasser*, a.a.O., S. 327 f., Rz 6 ff.), anders zu verfahren wäre, ist nicht auszumachen und wird auch vom Beschwerdeführer nicht substantiiert vorgebracht.

5. – Im Weiteren ist zu beurteilen, ob das gemäss Rechtsprechung (BGE 104 V 5) im Bereich des Art. 20 Abs. 2 AHVG nicht geltende Verrechnungsverbot nach Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG, wonach die Verrechnung ausgeschlossen ist, wenn ein Gläubiger des Gemeinschuldners erst nach der Konkursöffnung Schuldner desselben oder der Konkursmasse wird, vorliegend ebenfalls keine Anwendung findet.

a) In BGE 104 V 5 wird die Nichtgeltung von Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG im Anwendungsbereich des Art. 20 Abs. 2 AHVG damit begründet, dass durch diese Norm «eine eigene Ordnung geschaffen» werde, «welche auf die Besonderheiten der Sozialgesetzgebung im AHV-Bereich zugeschnitten ist» (vgl. auch BGE 115 V 342 Erw. 2b). Diese Eigenständigkeit ergebe sich beispielsweise aus Art. 16 Abs. 2 AHVG, wonach eine Beitragsforderung drei Jahre (in der bis 31. Dezember 1996 gültig gewesenen Fassung) nach Ablauf des Kalenderjahres verwirkt, in welchem sie geltend gemacht wurde; fällt der Ablauf der Frist in ein hängiges Schuldbetreibungs- oder Konkursverfahren, endet die Frist mit dessen Abschluss; Art. 149 Abs. 5 SchKG (in der bis 31. Dezember 1996 gültig gewesenen Fassung), der die durch den Verlustschein verurkundete Forderung gegenüber dem Schuldner allgemein als unverjährbar erklärt, findet von Gesetzes wegen auf Beitragsforderungen keine Anwendung (BGE 104 V 7 f. Erw. 3b). Bei Entstehung des Rentenanspruches nicht erloschene Beitragsforderungen können in jedem Fall gemäss Art. 20 Abs. 2 AHVG noch verrechnet werden (Art. 16 Abs. 2 letzter Satz AHVG). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 104 V 5 ferner befunden, dass die Berücksichtigung des Verrechnungsverbotes nach Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG, welches verhindern will, dass auf dem Wege des Verrechnungsrechts Missbrauch unter anderem in Form der Gläubigerüberteilung getrieben wird, im AHV-Bereich vielmehr die Schädigung eines Sozialwerkes zu bewirken imstande wäre, aus dem der Schuldner selber Vorteile erlangt, da die Sozialversicherungsbeiträge rentenbildend sein können. Ohne Verrechnung würden zudem alle übrigen Gläubiger schlechter gestellt, da die Beitragsforderungen gemäss Art. 219 Abs. 4 SchKG (in der bis 31. Dezember 1996 gültig gewesenen Fassung) in der zweiten Klasse privilegiert sind und durch eine verrechnungsweise Verminderung dieser Forderung die gleich- oder nachgestellten Gläubiger eine Besserstellung erfahren. Im Übrigen würde ohne Verrechnungsmöglichkeit allein der Schuldner profitieren, weil die Sozialversicherungsleistungen unabtretbar, unverpfändbar und der Zwangsvollstreckung entzogen sind (Art. 20 Abs. 1 AHVG) (BGE 104 V 8 Erw. 3c).

b) Zu prüfen ist, ob die obgenannten Kriterien, welche zu einem Ausschluss des konkursrechtlichen Verrechnungsverbotes im AHV-Bereich führen, auch auf dem Gebiete des UVG «im Sinne einer einheitlichen Regelung für das gesamte Sozialversicherungsrecht» (kantonaler Entscheid S. 4) gelten.

aa) Mit Art. 50 Abs. 3 UVG hat der Gesetzgeber auch für den Bereich der Unfallversicherung eine ausdrückliche Regelung der Verrechnung vor-

gesehen. Fraglich ist nun, ob durch diese Norm eine eigene Ordnung geschaffen wird, welche auf die Besonderheiten der Sozialgesetzgebung im Unfallversicherungsrecht zugeschnitten ist, wie dies für Art. 20 Abs. 2 AHVG im AHV-Bereich zutrifft. Zu vermerken ist, dass das UVG keine Art. 16 Abs. 2 AHVG vergleichbare Norm enthält, aus welcher sich unter anderem die als entscheidend betrachtete Eigenständigkeit des Sozialversicherungsrechts in diesem Bereich ergibt. Art. 94 UVG statuiert einzig eine fünfjährige Verwirkungsfrist für Prämienforderungen. Was Art. 16 Abs. 2 AHVG anbelangt, so äusserte sich der Bundesrat in seiner Botschaft vom 5. Mai 1953 zum letzten Satz dieser Norm dahingehend, «dass bei Entstehung des Rentenanspruches nicht erloschene Beitragsforderungen in jedem Fall gemäss Art. 20 Abs. 3 AHVG (in der heute geltenden Fassung Abs. 2) noch verrechnet werden können. Beiträge, die der Rentenberechnung zugrunde gelegt werden, sollen ohne Einschränkung durch Verrechnung bezahlt werden» (BBl 1953 II 120). In BGE 117 V 212 Erw. 4b befand das Eidgenössische Versicherungsgericht, das auf Grund der Materialien feststellbare Motiv und damit der vom Gesetzgeber als sachlich bezeichnete Grund für die Verrechenbarkeit nicht erloschener Beitragsforderungen mit Rentenleistungen über die Dreijahresfrist hinaus lägen somit darin, dass rechtskräftig festgelegte, aber noch nicht bezahlte Beiträge rentenbildend sein könnten. In diesem Sinne bestehe zwischen Beiträgen und Renten ein enger versicherungsrechtlicher Konnex, welcher hinsichtlich der Verrechnung eine spezielle Regelung rechtfertige. Diese Darlegungen zeigen, dass die AHV-Gesetzgebung in verschiedenen Normen eine auf die spezifischen Bedürfnisse in diesem Bereich zugeschnittene Ordnung enthält, deren Umsetzung die Anwendung des allgemein geltenden Verrechnungsverbotes nach Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG ausschliesst.

bb) Das UVG weist demgegenüber lediglich die Verrechnungsbestimmung des Art. 50 Abs. 3 UVG auf, kennt indes keine weiteren Normen, welche den Ausschluss des Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG indizieren würden. Insbesondere werden die Leistungen nicht wie in der AHV nach dem individuellen Beitragskonto entrichtet, womit das Argument des rentenbildenden Charakters entfällt. Ferner findet sich im UVG keine Bestimmung, welche die Anwendung von Art. 149 Abs. 5 SchKG (in der bis 31. Dezember 1996 gültig gewesenen Fassung) ausschliessen würde, sodass die bei nur teilweiser Befriedigung des Gläubigers durch Verlustschein verurkundete Forderung grundsätzlich – nach altem Recht – unverjährbar ist. Die in Art. 94 UVG verankerte Verwirkungsfrist steht diesem Umstand nicht entgegen, sofern die Prämienforderung durch Schuldbetreibung fristgerecht geltend gemacht wurde (vgl. *Maurer*, a.a.O., S. 529). Das AHVG sieht demge-

genüber die Beendigung der Frist bei Ablauf eines Schuldbetreibungs- und Konkursverfahrens vor (Art. 16 Abs. 2 Satz 3 AHVG), womit der Überlegung Rechnung getragen wird, dass «aus Gründen der Rechtssicherheit und aus verwaltungstechnischen Erwägungen nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes in einem bestimmten Schuldverhältnis zwischen AHV und Beitragspflichtigen Ruhe eintreten soll» (BBI 1953 II 119; vgl. auch BGE 117 V 211 Erw. 4b). Aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des zeitlich später in Kraft getretenen Art. 94 UVG, welcher sich im übrigen weitgehend an Art. 16 AHVG anlehnt (Botschaft zum UVG Ziff. 407.2; *Maurer*, a.a.O., S. 579, FN 1492), gerade den speziellen schuldbetreibungs- und konkursrechtlichen Ausnahmepassus dieser Norm nicht übernahm, erhellt die Absicht, in diesem Sozialversicherungszweig keine dem SchKG vorgehende Regelung zu schaffen. Gleiches indiziert die Tatsache, dass anlässlich der Revision des SchKG durch das Bundesgesetz vom 16. Dezember 1994 bei Art. 50 Abs. 1 UVG eine Angleichung und Koordination vorgenommen, im Bereich des Verrechnungsrechts nach Abs. 3 indes darauf verzichtet wurde. Ebenfalls zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang der Bericht der Kommission des Nationalrates für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) vom 26. März 1999 betreffend das Bundesgesetz über einen Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (BBI Nr. 23 vom 15. Juni 1999 S. 4523 ff.). In Art. 34 (S. 4581) hatte der Ständerat die grundsätzliche Möglichkeit des Versicherungsträgers vorgesehen, die von diesem geschuldeten Geldleistungen mit Ansprüchen, die dieser oder der Träger eines anderen Sozialversicherungszweiges aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherten hat, zu verrechnen. Die nationalrätliche SGK beantragt nun jedoch die Streichung dieser Bestimmung, da sich das Problem der Verrechnung einer Harmonisierung entziehe.

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass einer differenzierten Betrachtungsweise der Verrechnungsmöglichkeit je nach Sozialversicherungszweig gegenüber einer – im Bestreben nach einer einheitlichen Regelung für den gesamten Sozialversicherungsbereich postulierten – pauschalen Übernahme der Lösung des AHVG in andere Gebiete der Sozialversicherung der Vorzug zu geben ist.

c) Zusammenfassend ergibt sich, dass die Verrechnung der dem Beschwerdeführer monatlich zu leistenden Taggeldzahlungen mit der ausstehenden Prämienforderung durch die SUVA nicht zulässig ist, weil das in Art. 213 Abs. 2 Ziff. 2 SchKG statuierte Verrechnungsverbot auch im Anwendungsbereich des UVG berücksichtigt werden muss.

...

# Natürlicher Kausalzusammenhang bei einem HWS-Schleudertrauma

U 359 Urteil des EVG vom 12. August 1999 i. Sa. E. E.

*Natürlicher Kausalzusammenhang bei einem HWS-Schleudertrauma (Art. 6 Abs. 1 UVG):*

Das Vorliegen eines Schleudertraumas der HWS oder eines äquivalenten Verletzungsmechanismus wird im Wesentlichen wegen zu langer Latenzzeit zwischen dem Unfall und Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS verneint.

*Lien de causalité naturelle dans le cas d'un accident de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (art. 6 al. 1 LAA):*

L'existence d'un accident de type «coup du lapin» à la colonne cervicale ou d'un mécanisme traumatique équivalent est niée, essentiellement en raison d'un temps de latence trop important entre l'accident et l'apparition de plaintes dans la région de la nuque ou de la colonne cervicale.

*Rapporto di causalità naturale nel caso di un traumatismo cervicale di contraccolpo alla colonna vertebrale cervicale (art. 6 cpv. 1 LAINF):*

La presenza di un traumatismo cervicale di contraccolpo alla colonna vertebrale cervicale o di un meccanismo di lesione equivalente è negata essenzialmente a causa di un tempo di latenza troppo lungo tra l'infortunio e i disturbi alla regione della nuca o alla colonna vertebrale.

**Auszug aus den Erwägungen:**

...

5. – e) In dem am 7. Dezember 1992 beurteilten Fall K. hatten sich die von der Versicherten geklagten Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich nicht unmittelbar nach dem (Auffahr-)Unfall, sondern erst nach einigen Wochen eingestellt. Der vom Kreisarzt nach erst fast vier Monaten erstmals abgegebenen Diagnose eines HWS-Schleudertraumas begegnete das Gericht daher mit Zurückhaltung. Der Latenzzeit wurde auch von SUVA-Arzt entscheidende Bedeutung beigemessen, der damals festgehalten hatte, dass «gemäss einem heute einhellig anerkannten biologischen Basisprinzip die Beschwerden und medizinischen Befunde in der Halsregion oder an der Halswirbelsäule notwendigerweise binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall hätten auftreten müssen, damit sie diesem zugerechnet werden könnten».



Das Gericht erachtete diese durch Hinweise auf das jüngere Schrifttum dokumentierte Aussage über die Latenzzeit nach Schleudertrauma als zutreffend (Erw. 3b/cc mit Hinweis auf zahlreiche medizinische Abhandlungen; vgl. auch unveröffentlichtes Urteil L. vom 20. Oktober 1993, wo – ebenfalls unter Berufung auf dieses Schrifttum – ausgeführt wird, dass Beschwerden und Befunde in der Halsregion oder an der HWS erfahrungsgemäss innerhalb einer kurzen Zeitspanne nach dem Unfall auftreten).

f) Nach Lage der Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer bei der Erstbehandlung im Spital X., die am 18. Februar 1991 um 16.00 Uhr und damit rund 1½ bis 3 Stunden nach dem Unfallzeitpunkt (in der Unfallmeldung mit 14.30 Uhr, im SVK-Gutachten mit 13.00 Uhr angegeben) erfolgte, volle passive Beweglichkeit der Wirbelsäule und keine neurologischen Defizite aufwies. Ein Schleuder- und Stauchungstrauma der HWS wurde erstmals von Dr. O. am 15. März 1991 genannt. PD Dr. med. D. nahm bei der konsiliarischen Untersuchung vom 21. Juni 1991 eine direkte Schädel- und direkte HWS-Verletzung als «wahrscheinlich» an, was die Vorinstanz zur Bemerkung veranlasste, die erwähnte Verletzung sei «nur» (also nicht überwiegend) wahrscheinlich und nicht von allzu grosser Bedeutung. Später gingen auch die Kreisarztstellvertreter von einem Schleudertrauma der HWS aus. Bezüglich unmittelbar nach dem Unfall aufgetretener Beschwerden sind die Schilderungen – wie der SUVA-Arzt festhält – etwas widersprüchlich. Laut Bericht des Dr. med. O. (vom 19. März 1991) habe der Versicherte sofort keine Sensibilität im linken Daumen mehr verspürt und die rechte Hand sei wie bei einer Radialparese gehangen, was sich nach zwei Stunden gebessert habe. Nach Dr. D. seien unmittelbar nach dem Unfall eine Lähmung des rechten Arms und Sensibilitätsstörungen im Bereich der unteren Extremitäten aufgetreten. Indes: diese Beschwerden haben den Beschwerdeführer offenbar nicht daran gehindert, nochmals mit dem Sessellift nach oben zu fahren. Nach den Angaben des Hausarztes Dr. med. P. vom 15. März 1991 seien Gefühlsstörung und Lähmungserscheinungen passager erst auf dem Rega-Flug aufgetreten, wogegen der Kreisarzt anlässlich der ersten Untersuchung vom 29. April 1991 davon ausging, «in dieser Zeit» (d. h. während des Hochfahrens mit dem Sessellift) hätten offenbar die Halsbeschwerden immer mehr zugenommen (und wären somit schon vorher vorhanden gewesen); auch seien dann Lähmungserscheinungen am rechten Arm aufgetreten, weshalb denn auch eine Evakuierung mit der Rega erfolgt sei.

g) Wenn man sich einerseits diese Arztberichte vor Augen hält und andererseits die medizinischen Erkenntnisse über die Latenzzeit nach einem Schleudertrauma der HWS berücksichtigt, so zeigt der vorliegende Fall einmal mehr, wie wichtig es ist, was sich am Unfall- und an den folgenden

Tagen zugetragen hat, wie genau Angaben des Verunfallten wiedergegeben werden und was Ärzte abgeklärt oder sonstwie festgestellt und – auch zeitlich fixiert – festgehalten haben. Auf Grund der medizinischen Akten bestehen gewisse Zweifel, ob hier mit der erforderlichen Sorgfalt bei der Feststellung und Protokollierung der medizinischen Fakten vorgegangen wurde. Wenn Dr. P. nach der Konsultation vom 15. März 1991 an Dr. O. schreibt, der Versicherte beklage sich «nun in zunehmendem Masse» über angeblich unerträgliche, schwerste Schmerzen im Bereich der Schulter-Nacken-Muskulatur, wäre natürlich wichtig zu wissen, wann diese angeblichen Schmerzen erstmals aufgetreten sind und ab wann sie zugenommen haben. Indessen lassen sich den Akten gewisse «Eckdaten» entnehmen, und es kann in Würdigung der Arztberichte festgestellt werden, dass die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden zunächst nur vorübergehender Natur waren, zumal sich im Zeugnis des Spitals X. keinerlei Anhaltspunkte für dannzumal bei der Untersuchung bestehende Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS finden. Wenn Dr. P. am 15. März 1991 von nun zunehmenden Schmerzen schreibt, so kann dies nur so verstanden werden, dass solche Beschwerden erst nach einer Latenzzeit aufgetreten sind, zumal der Beschwerdeführer seinen Hausarzt erstmals am 1. März 1991 und damit erst elf Tage nach dem Unfall aufgesucht hat und – nach der Untersuchung durch den Neurologen Dr. O. am 15. März 1991 – aktenmässig ausgewiesen durch ein Rezept von Dr. P. erstmals am 22. März 1991 mit Medikamenten, u.a. einem Schmerzmittel, versorgt worden ist. In diesem Zusammenhang darf auch nicht übersehen werden, dass die HWS nach den Erkenntnissen von PD Dr. D. im Bericht vom 21. Juni 1991 degenerativ vorgeschädigt war, weshalb – wie der SUVA-Arzt einleuchtend darlegt – Nackenbeschwerden zeitlich viel unmittelbarer hätten auftreten müssen, wenn der Versicherte beim Unfall eine Verletzung der HWS erlitten hätte. Angesichts der Aktenlage und im Hinblick auf die in der medizinischen Wissenschaft gesicherten Erkenntnisse zur Latenzzeit nach Schleudertraumen ist daher das Vorliegen eines HWS-Schleudertraumas oder eines äquivalenten Verletzungsmechanismus im vorliegenden Fall nicht gesichert; jedenfalls kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem solchen Verletzungsmechanismus ausgegangen werden. Insofern ist die kurze Feststellung der SUVA im Einspracheentscheid vom 27. August 1993 zutreffend.

...

## Répétition de prestations indûment touchées – intérêts moratoires

U 360 Arrêt du TFA du 13 août 1999 dans la cause A.G.

*Répétition de prestations indûment touchées – intérêts moratoires (art. 52 LAA; art. 67 OLAA):*

En l'absence d'une base légale spéciale ou de manoeuvres illicites, il n'existe aucune obligation, pour un assuré, de verser des intérêts moratoires sur des sommes qu'un assureur lui a versées, par erreur, et qu'il doit restituer. Confirmation des principes énoncés dans l'arrêt ATF 119 V 81 ss cons. 3 et 4, à la lumière de récents avis doctrinaux en la matière.

*Rückforderung von unrechtmässig bezogenen Leistungen – Verzugszinsen (Art. 52 UVG; Art. 67 UVV):*

Ohne eine besondere Rechtsgrundlage oder ein unerlaubtes Vorgehen ist eine versicherte Person nicht verpflichtet, auf den ihr von einem Versicherer irrtümllicherweise überwiesenen Beträgen, die sie zurückerstatten muss, Verzugszinsen zu bezahlen. Bestätigung der Grundsätze im BGE 119 V 81 ff. Erw. 3 und 4, ausgehend von den jüngsten Lehrmeinungen zur Materie.

*Ripetizione di prestazioni indebitamente ottenute – interessi di mora (art. 52 LAINF; art. 67 OAINF):*

In mancanza di una base legale speciale o di manovre illecite, non esiste nessun obbligo per l'assicurato di versare gli interessi di mora su somme che l'assicuratore gli ha versato per errore e che devono essere restituite. Conferma, alla luce dei recenti pareri dottrinali in materia, dei principi menzionati nella sentenza DTF 119 V 81 ss. cons. 3 e 4.

I.

A. – Né en 1935, A.G. a été victime d'un grave accident de la circulation le 16 février 1988. Dans le cadre de son activité de concierge il était assuré auprès de la compagnie d'assurances A (ci-après: la compagnie) contre les conséquences des accidents. Par décision du 22 avril 1993, cette dernière lui a alloué une rente d'invalidité calculée sur la base d'une incapacité de gain de 20% et passant de 1126 fr. par mois en 1992 à 1213 fr. en 1996.

Entre le 21 septembre 1993 et le 21 mars 1994, A. G. a reçu de la compagnie, en sus de sa rente, un montant de 21 745 fr. et six fois 22 125 fr. 80. Par

lettre du 23 novembre 1994, la compagnie a expliqué que ces versements résultaient d'une erreur d'informatique. Le courrier se termine de la manière suivante: «C'est donc une somme de 123 436 fr. qui a été versée en trop à M. G. De ce fait, nous avons suspendu le versement de la rente jusqu'à concurrence de ce montant. Si M. G. le désire, il peut nous rembourser le trop-perçu et de ce fait nous reprendrons le versement mensuel de la rente...».

Par lettre du 20 décembre 1994, l'avocat d'A. G. a répondu ce qui suit: «Ce dernier me fait savoir qu'il est d'accord que vous suspendiez le versement de la rente jusqu'à concurrence du montant que vous avez versé en trop».

La compagnie a écrit au mandataire de son assuré le 29 août 1995 pour lui réclamer le solde dû au 30 septembre 1995. Me L. s'est étonné du fait que la compagnie d'assurance revienne sur l'accord intervenu et a signalé que son client n'était plus en possession des montants litigieux.

Par lettre du 9 janvier 1996, la compagnie a reconnu qu'elle avait pensé, dans un premier temps, se contenter d'une suspension provisoire des rentes. Elle a cependant ajouté ce qui suit: «en effectuant le décompte de notre créance, il nous est apparu que cette dernière dépassait largement 100 000 fr. C'est donc dire que nous sommes dans l'obligation de remettre en question cet arrangement». A. G. a ainsi été invité à verser un acompte de 70 000 fr., faute de quoi un intérêt à 5% serait calculé dès le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

Par décision du 20 mai 1996, la compagnie a réclamé à son assuré le remboursement de la somme de 70 000 fr., «la différence étant à considérer comme acompte à valoir».

A la suite de l'opposition formée par l'assuré et d'un échange de courrier, la compagnie a rendu, le 3 février 1997, une nouvelle décision. Elle admettait partiellement l'opposition en ce sens que le montant versé par erreur serait compensé avec la rente d'invalidité, mais en tenant compte d'un intérêt moratoire à 5% dès le 1<sup>er</sup> septembre 1995.

B. – A. G. a recouru contre cette décision sur opposition devant le Tribunal administratif du canton de X.

Par jugement du 23 décembre 1997, la juridiction cantonale a rejeté le recours, considérant qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1997, la créance en faveur de la compagnie s'élevait à 77 244 fr. en capital et à 5796 fr. en intérêts (l'intérêt étant calculé à raison d'un taux de 5%, dès le 1<sup>er</sup> septembre 1995).

C. – A. G. interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation. Il conclut, sous suite de dépens, à ce que la

Cour de céans déclare que la somme due au 1<sup>er</sup> janvier 1997, de 77 244 fr., est compensée avec les rentes dues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, et à ce que la compagnie soit déboutée de toutes autres ou contraires conclusions, singulièrement à ce qu'il soit exempté du paiement des intérêts.

La compagnie conclut au rejet du recours, alors que l'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé.

## II.

Par les considérants suivants, le TFA a admis le recours de droit administratif:

1. – a) La décision sur opposition fixe le mode de remboursement, lequel n'est pas contesté en tant que tel. Est seul litigieux en l'espèce, le point de savoir si des intérêts peuvent être calculés sur les sommes touchées indûment.

b) La décision litigieuse n'ayant pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les premiers juges ont violé le droit fédéral, y compris par l'excès ou par l'abus de leur pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou s'ils ont été établis au mépris de règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ).

2. – A juste titre, le recourant ne met pas en cause son obligation de restitution, au sens des art. 52 LAA et 67 OLAA. Ce n'est pas sous cet angle-là qu'il conteste devoir payer des intérêts moratoires. Il invoque deux arguments d'un autre type à cet égard: d'une part, un accord excluant des intérêts a été passé avec la compagnie et, d'autre part, ceux-ci ne sont en principe pas dus en matière d'assurances sociales.

3. – a) Dans le domaine du droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances considère depuis longtemps déjà qu'il n'y a en principe pas place pour des intérêts moratoires, dans la mesure où ils ne sont pas prévus par la législation. La principale raison de l'exclusion de la dette d'intérêts dans ce domaine réside dans le rôle dévolu à l'administration. Celle-ci se présente comme détentrice de la puissance publique chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations émanant des particuliers et de leur appliquer le droit de manière objective. Lui imposer systématiquement des intérêts moratoires reviendrait à la pénaliser pour avoir accompli son devoir avec soin. Quant à l'assuré, la règle de l'égalité des parties commande de le dispenser lui aussi du paiement d'intérêts de

retard lorsqu'il a défendu ce qu'il estimait être son droit. De manière générale, on peut dire qu'il faut laisser l'administration exercer ses fonctions et l'assuré défendre ses droits sans craindre de devoir verser des intérêts moratoires. On ne saurait cependant laisser sans aucune sanction des manœuvres illicites ou purement dilatoires. L'octroi d'intérêts de retard, dans ces hypothèses, se justifie même dans le domaine des assurances sociales, mais il ne doit intervenir qu'avec retenue. Il a ainsi été considéré qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une obligation générale de verser des intérêts dans des groupes de cas et que seules des situations particulières pouvaient, à titre exceptionnel, donner lieu à un tel résultat, quand le sentiment du droit est heurté de manière particulière (ATF 119 V 81 ss consid. 3 et 4 ainsi que les arrêts cités).

b) Dans l'arrêt ATF 119 V 78, le Tribunal fédéral des assurances s'est penché sur la question de l'opportunité de procéder à un changement de jurisprudence en matière d'intérêts moratoires, au regard des critiques émises par la doctrine de l'époque. Tout en y répondant par la négative (consid. 4b), il a accordé un certain poids à l'argument de *Grisel* – qu'il s'est gardé de juger définitivement – d'après lequel l'obligation de payer des intérêts moratoires selon l'art. 104 al. 1 CO devrait être reconnue comme l'émanation d'un principe général de droit (*Grisel*, «L'apport du Tribunal fédéral des assurances au développement du droit public», dans *Mélanges Berenstein*, 1989, p. 451 ss, 455).

c) Les principes rappelés et confirmés dans l'arrêt ATF 119 V 78 ont donné lieu à de nouvelles critiques doctrinales (cf. à ce propos *Hans-Ulrich Zürcher*, *Verzugszinsen im Bundesverwaltungsrecht*, thèse Berne 1998, not. p. 211 ss, 243; *Chablais/Sallin*, *Le versement d'intérêts moratoires en droit des assurances sociales*, in: *Revue fribourgeoise de jurisprudence* 1997, p. 313 ss, 320 ss).

A l'appui de nombreuses citations, *Zürcher* fait état notamment de l'absence d'harmonisation avec la jurisprudence des cours de droit public du Tribunal fédéral, de l'ignorance délibérée d'une institution essentielle du droit privé fondée de longue date sur des principes d'équité et des postulats d'ordre, de l'incohérence du système appliqué dans le droit des assurances sociales en matière d'intérêts moratoires, ainsi que d'une violation de l'art. 4 Cst. Le système actuel encouragerait les spéculations du débiteur, singulièrement celles de l'assureur social (*Zürcher*, op. cit., p. 211 ss, not. 245 et les références).

*Chablais/Sallin* considèrent que le système actuel du non-versement d'intérêts moratoires dans le domaine des assurances sociales garde toute sa

justification, compte tenu des facilités procédurales offertes aux parties et des coûts supplémentaires inacceptables qu'engendrerait un changement de pratique. En revanche, dans le régime des exceptions, il conviendrait de renoncer à la condition d'illicéité et à celle de la faute et de recourir à la notion d'équité pour allouer, à titre exceptionnel et de manière restrictive, des intérêts moratoires (*Chablais/Sallin*, op. cit., p. 336 ss et 326 ss sur les notions d'illicéité et de faute).

*Locher* est d'avis que l'institution des intérêts moratoires doit être traitée de la même manière dans le droit des assurances sociales que dans le droit administratif général, ce d'autant plus que la prévoyance professionnelle instaure une obligation générale de verser des intérêts moratoires (*Thomas Locher*, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2<sup>ème</sup> éd., Bern 1997, p. 60 n° 41).

Pour *Koller*, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances conduit à une violation du principe de l'égalité de traitement; les intérêts moratoires n'ont pas de fonction pénale, ils visent seulement à réparer le préjudice que le créancier a subi du fait de l'exécution tardive. Selon lui, l'arrêt rendu le 31 janvier 1995 par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Schuler-Zraggen* (série A, vol. 305 n° 17/1992/362/436) devrait donner au Tribunal fédéral des assurances l'impulsion nécessaire pour modifier sa jurisprudence (*Thomas Koller*, *Verzugszinsen bei der verspäteten Ausrichtung von Sozialversicherungsleistungen – Gibt «Strassburg» den Anstoss für die dringend notwendige Praxisänderung?*, in: *Recht* 1995, p. 215 s.). A cet égard, la Cour a fixé à 25 000 fr. l'indemnité allouée à Dame *Schuler-Zraggen* à titre de satisfaction équitable au sens de l'art. 50 CEDH. Sans porter de jugement sur le bien-fondé en droit suisse de la décision du Tribunal fédéral des assurances qui avait rejeté la demande litigieuse (consid. 6a non publié de l'arrêt ATF 120 V 150), la Cour européenne a considéré que dans le cas particulier, l'écoulement du temps, soit environ huit ans, justifiait sur le terrain de la Convention d'allouer des intérêts pour la période dont il s'agissait (cf. sur ces points aussi *Zürcher*, op. cit., p. 252 s.; *Chablais/Sallin*, op. cit., p. 321 s.).

d) Sans méconnaître ces critiques, en partie nouvelles, auxquelles elle n'est pas insensible, la Cour de céans n'entend pas modifier sa jurisprudence. C'est ainsi que, le 29 mars 1996, elle a rejeté une demande d'octroi d'intérêts moratoires sur des indemnités journalières d'attente, motif pris de l'absence d'action ou d'omission illicite et fautive de l'administration (VSI 1997, p. 178 consid 3c). Dans un arrêt du 31 juillet 1997, elle a jugé que l'art. 105 LAMal ne constituait pas une base légale suffisante pour la per-

ception d'intérêts moratoires selon l'art. 12 al. 4 de l'ordonnance sur la compensation des risques (RAMA 1997 KV 13 p. 303). Dans un arrêt non publié B. du 2 avril 1998, saisie d'un recours contre un jugement tessinois accordant des intérêts moratoires sur des rentes AVS en l'absence de base légale, elle est parvenue à la conclusion que les considérations de l'autorité cantonale, même fondées sur les avis de la doctrine actuelle, n'étaient pas de nature à justifier un changement de jurisprudence (cf. SVR 1997 AHV No. 132 p. 401 ss). Plus récemment encore, elle a rejeté une demande d'intérêts moratoires sur des indemnités journalières dues à l'assuré par une caisse-maladie, considérant que celle-ci n'avait commis ni faute ni acte illicite et que le sentiment du droit n'avait pas été heurté de manière particulière par le fait que l'assuré avait dû recourir à un emprunt, sur lequel des intérêts moratoires au taux de 14,9% pouvaient lui être réclamés (arrêt non publié K. du 29 décembre 1998).

4. – a) La LAA ne prévoit pas le versement d'intérêts moratoires pour les cas où un assuré est tenu de restituer des prestations d'assurance auxquelles il n'avait pas droit. Il reste donc à examiner si la situation particulière justifie qu'il en soit calculé, sous l'angle de la jurisprudence restrictive qui vient d'être rappelée.

b) S'il est vrai qu'en l'espèce le recourant eût pu réagir avant novembre 1994, nonobstant les explications données par son mandataire (de nationalité étrangère et ne comprenant pas toutes les subtilités juridiques, son client, qui savait qu'il devait percevoir un montant important à titre d'atteinte à son avenir économique, a confondu les versements de la compagnie avec ceux qu'il devait toucher du tiers responsable), force est de constater d'un autre côté qu'il n'a jamais contesté devoir rembourser les sommes indûment perçues. Il n'a pas non plus cherché à en différer la restitution: il a d'emblée accepté la proposition de la compagnie de suspendre le versement de la rente jusqu'à concurrence du montant en cause. En juillet 1996, il a même proposé, à titre transactionnel, de s'en tenir à un intérêt de 2,5%, ce que l'intimée a refusé. Par ailleurs, l'assuré n'a pas obtenu les versements indus par des moyens frauduleux puisqu'ils résultent d'une erreur d'informatique imputable à la compagnie. Enfin, le fait qu'il a reçu de la compagnie d'assurances B 90 000 fr. au début de janvier 1996 (convention d'indemnisation), sans l'affecter au remboursement des sommes litigieuses n'est pas déterminant: à cette époque, assurance et assuré étaient en pleine discussion (c'est dans un courrier du 9 janvier 1996 que la compagnie écrivait notamment ce qui suit: «en effectuant le décompte de notre créance, il nous est apparu que cette dernière dépassait largement 100 000 fr. C'est donc dire que nous sommes dans l'obligation de remettre en question cet arrange-



ment»). Le fait qu'il n'a conservé ni ce montant ni ceux remis par erreur par la compagnie ne saurait être reproché au recourant puisqu'il était clairement question à ce moment-là d'une compensation avec les rentes futures.

c) Cela étant, en l'absence de manoeuvres illicites ou purement dilatoires, il ne se justifie pas d'ajouter des intérêts à la somme que le recourant doit restituer à l'intimée. Le recours de droit administratif est bien fondé dans cette mesure.

# Meinungsäußerungen von Verwaltungsärzten

## U 361 Urteil des EVG vom 26. August 1999 i. Sa. F. M.

*Meinungsäußerungen von Verwaltungsärzten (Art. 12 VwVG; Art. 60 BZP; Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 49 BZP):*

Verwaltungsärzte wirken auf Grund ihrer besonderen Fachkenntnisse an der Vorbereitung von Verfügungen mit. Auch wenn ihre Meinungsäußerungen entscheidungswesentliche Grundlagen zum Gegenstand haben und materiell Gutachtenscharakter aufweisen, handelt es sich nicht um Sachverständigengutachten. Sie sind in beweisrechtlicher Hinsicht vielmehr den eingeholten Amtsberichten gleichzustellen. Die besonderen Verfahrensvorschriften für den Sachverständigenbeweis u.a. zur Wahrung des rechtlichen Gehörs kommen nicht zur Anwendung (Erw. 2).

*Prises de position de médecins au service de l'administration (art. 12 PA; art. 60 PCF ; art. 19 PA en corrélation avec l'art. 49 PCF):*

Les médecins au service de l'administration participent, du fait de leurs connaissances spéciales, à la préparation des décisions.

Même si leurs prises de position constituent un élément essentiel lors de la décision et ont du point de vue matériel toutes les caractéristiques d'une expertise, elles ne sont pas des rapports d'experts. Elles s'apparentent plutôt sur le plan de l'administration des preuves à des renseignements écrits recueillis auprès d'autorités. Les prescriptions procédurales particulières de la preuve par expertise, entre autres la protection du droit d'être entendu, ne sont pas applicables (cons. 2).

*Opinioni espresse da medici al servizio dell'amministrazione (art. 12 PA; art. 60 PC; art. 19 PA in relazione con l' art. 49 PC):*

I medici al servizio dell'amministrazione viste le loro conoscenze specifiche, partecipano alla preparazione di decisioni. Anche se le opinioni da loro espresse costituiscono un elemento essenziale per la decisione e dal punto di vista materiale hanno il carattere di perizia, non sono referti peritali. Sotto l'aspetto del diritto probatorio, sono piuttosto da paragonare ai rapporti forniti dagli uffici. Non sono applicabili le particolari norme di procedura relative alla prova peritale che tutelano tra l'altro il diritto di essere sentito (cons. 2).

**Auszug aus den Erwägungen:**

...

**2. – In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, soweit sich die Beschwerdegegnerin und die Vorin-**

stanz auf die ärztliche Beurteilung des Dr. med. B. vom 5. Dezember 1996 abstütze. Die Beschwerdegegnerin habe die in Art. 57 ff. BZP garantierten Mitwirkungs- und Parteirechte bereits im Verfügungsverfahren zu wahren, was in casu nicht geschehen sei. Dem Beschwerdeführer sei weder die Gelegenheit gegeben worden, sich zu den Fragen zu äussern und Änderungs- und/ oder Ergänzungsanträge zu den Fragen zu stellen, noch Einwendungen gegen den Gutachter zu erheben, noch zum Gutachten Stellung zu nehmen.

Diese Rüge erweist sich als unbegründet. Der Beschwerdeführer übersieht, dass die von ihm erwähnten, aus Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP fliessenden Mitwirkungsrechte nur dann zur Anwendung gelangen, wenn es um die Begutachtung durch einen Sachverständigen geht. Bei der Beschaffung von versicherungsinternen medizinischen Unterlagen verhält es sich anders.

Als Sachverständige gelten Drittpersonen, die vom Richter (bzw. der Verwaltung) auf Grund ihrer besonderen Fachkenntnisse zur Aufklärung des Sachverhalts beigezogen werden (Art. 57 BZP), nicht dagegen (verwaltungsinterne) Personen, die eine Verfügung zu treffen oder vorzubereiten haben. Die Verwaltungsärzte der Beschwerdegegnerin wirken auf Grund ihrer besonderen Fachkenntnisse an der Vorbereitung von Verfügungen mit. Sie können demzufolge nicht als Sachverständige im Sinne von Art. 57 ff. BZP qualifiziert werden, weshalb ihre Meinungsäusserungen auch nicht den nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP für Sachverständigengutachten geltenden Regeln unterliegen. Auch wenn solche Meinungsäusserungen entscheidungswesentliche Grundlagen zum Gegenstand haben und materiell Gutachtenscharakter aufweisen, handelt es sich nicht um Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 12 lit. e VwVG und Art. 60 BZP. Sie sind in beweisrechtlicher Hinsicht vielmehr den nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 49 BZP eingeholten Amtsberichten gleichzustellen. Inhaltlich können solche Berichte sowohl einer Auskunft (Art. 12 lit. c VwVG) als auch einem Gutachten (Art. 12 lit. e VwVG) entsprechen; auch im zweiten Fall kommen die besonderen Verfahrensvorschriften für den Sachverständigenbeweis (Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP) jedoch nicht zur Anwendung (BGE 123 V 332 f. Erw. 1b). Der Beschwerdeführer kann sich nach dem Gesagten nicht auf Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP berufen, um daraus in Bezug auf die ärztliche Beurteilung durch Dr. med. B. eine Verletzung des rechtlichen Gehörs abzuleiten.

...

## Atteinte à l'intégrité

### U 362 Arrêt du TFA du 31 août 1999 dans la cause C.B.

*Atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA; annexe 3 OLAA; art. 159 al. 2 et 161 OJ; art. 394 al. 3 CO):*

Evaluation de l'atteinte à l'intégrité: confrontation entre deux expertises, l'une de la CNA, l'autre produite par l'assuré (cons. 2).

Dépens dus à un assuré à titre de remboursement des frais qu'il a consentis pour une expertise privée: résumé et adaptation en français de l'arrêt E. du 1<sup>er</sup> février 1999, dont il est rendu compte *in* RSAS 1999 p. 253 ss (cons. 3).

*Integritätsschaden (Art. 25 Abs. 1 UVG; Anhang 3 UVV; Art. 159 Abs. 2 und 161 OG; Art. 394 Abs. 3 OR):*

Evaluation des Integritätsschadens: Gegenüberstellung von zwei Gutachten – eines von der SUVA, das andere erstellt im Auftrag der versicherten Person (Erw. 2).

Entschädigung an eine versicherte Person zur Vergütung der Kosten für ein privates Gutachten: Zusammenfassung und Anpassung in Französisch des Urteils E. vom 1. Februar 1999, *in* SZS 1999 S. 253 ff. (Erw. 3).

*Menomazione dell'integrità (art. 25 cpv. 1 LAINF; allegato 3 OAINF; art. 159 cpv. 2 e 161 OG; art. 394 cpv. 3 CO):*

Valutazione della menomazione dell'integrità: confronto fra due perizie, una dell'INSAI, l'altra prodotta dall'assicurato (cons. 2).

Oneri processuali dovuti ad un assicurato a titolo di rimborso delle spese da lui sostenute per una perizia privata: riassunto e adattamento in francese della sentenza E. del 1° febbraio 1999 di cui si trova un resoconto in RSAS 1999 (d/f), p. 253 ss (cons. 3).

#### I.

**A. – Le 24 novembre 1994, C.B. a chuté d'une dalle d'une hauteur de 5 à 6 mètres, alors qu'il travaillait sur un chantier au service de l'entreprise L. SA, à M. Ayant subi diverses fractures aux vertèbres, au bassin et aux membres inférieurs, il a vu son cas pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) auprès de laquelle il était assuré.**

Par décision du 18 mars 1998, la CNA lui a accordé une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 100%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique d'un taux de 40% (soit un montant de

38 880 fr.). Elle a fondé sa décision sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, le docteur K., spécialiste FMH en chirurgie (rapports des 7 janvier et 6 février 1998). Saisie d'une opposition de l'assuré qui réclamait une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant plus élevé, la CNA l'a écartée par décision du 6 mai 1998.

B. – C. B. a recouru contre cette dernière décision devant le Tribunal des assurances du canton du Valais, en concluant derechef à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique d'un montant plus élevé que celui octroyé par la CNA. Il demandait également la mise en œuvre d'une expertise médicale «neutre».

Par jugement du 23 novembre 1998, le tribunal a écarté la requête de preuve et rejeté le recours.

C. – C. B. interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il requiert l'annulation. Reprenant ses conclusions de première instance, il produit à l'appui de son recours une expertise du docteur R., lequel estime son taux d'atteinte à l'intégrité physique à 55 %. Il demande par ailleurs une indemnité de dépens pour ses frais d'avocat et d'expert ainsi que le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

La CNA conclut au rejet du recours.

## II.

Par les considérants suivants, le TFA a admis le recours de droit administratif:

1. – Le litige porte sur le taux d'atteinte à l'intégrité physique du recourant.

Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes,

le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; voir aussi ATF 125 II 175 consid. 2d).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

2. – a) Se fondant sur les tables concernant les atteintes à l'intégrité établies par la CNA, plus précisément sur les tables 5.2 («taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses») et 7.2 («atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale»), le docteur K., médecin d'arrondissement de l'intimée, estime le taux d'atteinte à l'intégrité à 40 % au total (15 % pour la fracture lombaire accompagnée de douleurs permanentes, 15 % pour l'arthrodèse de la cheville gauche et 10 % pour l'arthrodèse de la cheville droite). De son côté, le docteur R. estime le taux de l'atteinte à 55 % (20 % pour la fracture lombaire, 20 % pour l'atteinte à la cheville gauche, 10 % pour l'atteinte à la cheville droite et 5 % en raison d'un probable développement, dans l'avenir, d'une arthrose aux deux hanches), en se basant, en ce qui concerne l'atteinte consécutive à l'arthrodèse de la cheville gauche, sur la table 2.2 («taux d'atteinte résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs»).

b) Compte tenu des appréciations en partie contradictoires des docteurs K. et R., on pourrait renvoyer le dossier aux premiers juges pour qu'ils ordonnent une expertise. Toutefois, cela serait contraire au principe d'économie de procédure car l'affaire est en état d'être jugée et il s'agit, en définitive, comme l'a rappelé à juste titre la juridiction cantonale, d'une question de droit qu'il appartient au juge de trancher.

En l'occurrence, l'argumentation développée par le docteur R., qui n'est au demeurant pas réellement réfutée par l'intimée, est convaincante et peut être suivie, sauf en ce qui concerne la prise en compte d'un probable développement d'une arthrose aux deux hanches dans l'avenir (RAMA 1998

n° U 320, p. 602 consid. 3b). Pour le reste, il se justifie de fixer à 20% le taux de l'atteinte consécutive à l'arthrodèse de la cheville gauche, celui-ci ressortant d'ailleurs aussi bien de la table 2.2 à laquelle se réfère le docteur R. (qui constate que la tibio-tarsienne est pratiquement bloquée) que de la table 5.2 invoquée par le docteur K. Par ailleurs, au regard du caractère permanent – également attesté par le médecin d'arrondissement de la CNA – des douleurs engendrées par la fracture lombaire, dont rien ne permet de dire qu'elles sont minimales, le taux de 20% déterminé par le docteur R. doit également être retenu (table 7.2). Vu, enfin, le taux d'atteinte – non contesté – de 10% relatif à l'arthrodèse de la cheville droite, l'atteinte à l'intégrité physique qu'il faut reconnaître à l'assuré se monte, au total, à 50%.

Le recours est bien fondé dans cette mesure.

3. – a) Obtenant en partie gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Ceux-ci comprennent en particulier une indemnité pour ses honoraires d'avocat, qu'il y a lieu de fixer à 3000 fr. pour les deux procédures (art. 159 al. 6 OJ).

b) Le recourant peut également prétendre une indemnité de dépens pour les honoraires du docteur R., dès lors que l'expertise de ce médecin s'est révélée utile à la solution du litige (art. 159 al. 2 OJ; ATF 115 V 62). Dans un arrêt non publié E. du 1<sup>er</sup> février 1999 (dont il est rendu compte *in* RSAS 1999 p. 253 sv), le Tribunal fédéral des assurances a posé des critères permettant d'évaluer les dépens dus à une partie à titre de remboursement de ses frais d'expertise privée. Relevant que les tarifs médicaux valables dans l'assurance-accidents n'étaient matériellement pas applicables à la fixation des dépens, cette jurisprudence expose qu'il faut partir des principes généraux développés à propos du mandat en l'absence de convention ou d'usage au sens de l'art. 394 al. 3 CO (ATF 101 II 111 consid. 2; voir aussi ATF 117 II 282) et, par analogie avec l'art. 161 OJ (procédure en modération des honoraires d'avocat), tenir compte des difficultés et de l'importance de l'affaire, ainsi que de l'ampleur du travail et du temps consacré par l'expert, notamment des efforts particuliers qui ont pu lui être demandés (ATF 93 I 124 consid. 6b, 88 I 110; *Birchmeier*, Handbuch der Bundesrechtspflege, Zurich 1950, p. 531 ch. 4).

En l'occurrence, compte tenu de la qualité du rapport d'expertise du docteur R., en particulier de la précision avec laquelle celui-ci a décrit les atteintes à la santé subies par le recourant et expliqué pourquoi son appréciation différait de celle du docteur K., il se justifie d'allouer au recourant une indemnité d'un montant équivalant au total des honoraires facturés par ce médecin, soit 622 fr. 50.

## Existence du lien de causalité

U 363 Arrêt du TFA du 9 septembre 1999

dans la cause A. M. F.

*Existence du lien de causalité (art. 6 al. 1 LAA; art. 9 al. 1 OLAA):*

Preuve de la disparition du lien de causalité entre un accident et les troubles résiduels de l'assuré:

La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (cons. 2; confirmation de la jurisprudence).

Lien de causalité entre un accident et des troubles dorsaux dégénératifs:

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (cons. 3a; confirmation de la jurisprudence).

*Bestehen eines Kausalzusammenhangs (Art. 6 Abs. 1 UVG; Art. 9 Abs. 1 UVV):*

Beweis für den Wegfall des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den verbliebenen Schäden einer versicherten Person:

Der Wegfall des ursächlichen Charakters des Unfalls im Hinblick auf den Gesundheitsschaden der versicherten Person muss aufgrund des im Sozialversicherungsbereich verlangten Grades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Die Möglichkeit alleine, dass der Unfall keinen kausalen Effekt mehr hat, ist nicht ausreichend (Erw. 2; Bestätigung der Rechtsprechung).

Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und degenerativen Rückenbeschwerden:

Die signifikante und somit dauernde Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, ist nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeigt (Erw. 3a; Bestätigung der Rechtsprechung).



*Esistenza del nesso causale (art. 6 cpv. 1 LAINF; art. 9 cpv. 1 OAINF):*

Prova della scomparsa del nesso causale tra un infortunio e i disturbi residui dell'assicurato:

Considerato il danno alla salute dell'assicurato, la scomparsa del carattere causale dell'infortunio deve essere stabilita nella misura della probabilità preponderante, come richiesto in materia di assicurazioni sociali. La semplice possibilità che l'infortunio abbia cessato di essere cagione di conseguenza non è sufficiente (cons.2; conferma della giurisprudenza).

Nesso causale fra un infortunio e disturbi dorsali degenerativi:

L'aggravarsi significativo e dunque duraturo di un'affezione degenerativa preesistente alla colonna vertebrale in seguito ad un infortunio è dimostrato soltanto quando la radioscopia mette in evidenza una compressione improvvisa delle vertebre nonché la comparsa o il peggioramento di lesioni successivamente ad un trauma (cons. 3a; conferma della giurisprudenza).

**Extrait des considérants:**

...

2. – Le jugement entrepris expose correctement les dispositions légales et les principes jurisprudentiels applicables en l'espèce, de sorte qu'il peut y être renvoyé. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b).

3. – a) En l'espèce, le recourant ne conteste plus, à juste titre, l'absence d'un lien de causalité entre ses troubles dorsaux dégénératifs et l'événement du 27 juillet 1994. En effet, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de

lésions après un traumatisme (arrêt non publié L. du 31 décembre 1997 consid. 4c). Or, les documents médicaux figurant dans le dossier n'ont pas permis de mettre en évidence de telles lésions.