

# Inhalt

## Sommaire

## Sommario

### ■ **Krankenversicherung/Assurance-maladie/Assicurazione malattia**

#### **341 ■ Indennità giornaliera; Termine per cambiamento esigibile di professione**

KV 380 Sentenza del TFA del 29 giugno 2006 (K 64/05)

#### **348 ■ Spese di salvataggio all'estero**

KV 381 Sentenza del TFA del 28 luglio 2006 (K 47/04)

#### **356 ■ Arzneimittelabgabe**

KV 382 Urteil des EVG vom 5. September 2006 (K 158/05)

#### **370 ■ Wirtschaftlichkeit der Leistungen**

KV 383 Urteil des EVG vom 9. Oktober 2006 (K 6/06)

#### **375 ■ Mitteilungen/Communications/Comunicazioni**

Mutationen bei den Krankenversicherern/Mutations dans l'état des assureurs-maladie/Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie  
Einstellung der RKUV/Cessation de la parution de la RAMA/  
Ultimo numero della RAMI

#### **380 ■ Sachverzeichnis 2006/Table des matières 2006/ Indice delle materie 2006**

■ **Unfallversicherung/Assurance-accidents/Assicurazione infortuni**

**386 ■ Schutz der Privatsphäre; Beweismittelverwertung**

U 586 Urteil des EVG vom 20. März 2006 i.S. M. (U 289/05)

**388 ■ Unterstellung, zuständiger Versicherer, «falscher» Versicherer**

U 587 Urteil des EVG vom 9. Juni 2006 i.S. S. (U 484/05)

**395 ■ Verzugszinsberechnung**

U 588 Urteil des EVG vom 05. September 2006 i.S. T. (U 257/06)

**401 ■ Nichteignungsverfügung gegenüber freiwilliger Versicherten**

U 589 Urteil des EVG vom 13. Juni 2006 i.Sa. S. (41/05)

**411 ■ Droit à l'IJ de l'assurance-accidents**

U 590 Urteil des EVG vom 14. Juli 2006 i.Sa. S. (133/05)

**418 ■ Sachverzeichnis 2006/Table des matières 2006/  
Indice delle materie 2006**

**421 ■ Mitteilungen/Communications/Comunicazioni**

Einbindeaktion für die RKUV/Possibilité de faire relier la RAMA/  
Possibilità di rilegarli la RAMI

# Indennità giornaliera; Termine per cambiamento esigibile di professione

*KV 380 Sentenza del TFA del 29 giugno 2006 (K 64/05)*

- **Un termine di adattamento di 3-5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore per la ricerca di un nuovo impiego (DTF 114 V 289 cons. 5b) si giustifica indipendentemente dal fatto che la persona assicurata sia ancora o meno vincolata da un rapporto di lavoro (cons. 4.4).**

**Nulla muta nel presente contesto la circostanza, sollevata dall'assicuratore ricorrente, secondo cui il termine di 15 giorni assegnato all'interessata sarebbe comunque bastato per avviare le procedure necessarie presso la cassa di disoccupazione (cons. 4.5).**

- **Eine Anpassungsfrist von 3 bis 5 Monaten seit der Aufforderung des Versicherers, eine neue Stelle zu suchen (BGE 114 V 289 Erw.5b), ist gerechtfertigt, unabhängig davon, ob die versicherte Person noch in einem Arbeitsverhältnis steht oder nicht (Erw. 4.4.).**

**Daran ändert der vom beschwerdeführenden Versicherer angeführte Umstand nichts, dass die der Betroffenen gewährte Frist von 15 Tagen ausreichend sei, um das erforderliche Verfahren bei der Arbeitslosenkasse einzuleiten (Erw. 4.5).**

- **Un délai d'adaptation de 3 à 5 mois à partir de la sommation de l'assureur de rechercher un nouvel emploi (ATF 114 V 289 cons. 5b) est justifié, que la personne assurée soit encore liée ou non par un contrat de travail (cons. 4.4).**

**Il est indifférent dans ce contexte que, comme le fait valoir l'assureur recourant, le délai de 15 jours accordé à l'intéressée suffise pour engager la procédure nécessaire auprès de la caisse de chômage (cons. 4.5).**

I.

**A.**

P., frontiera italiana nata nel 1953, di professione cameriera ai piani (ultimo datore di lavoro: Hotel A.), è assicurata presso la Cassa malattia/infortuni della Società svizzera degli albergatori (Hotela) per la perdita di guadagno.

Dal 31 marzo 2003 l'interessata è inabile al lavoro a dipendenza di una sindrome lombospondilogenica cronica recidivante.

Preso atto delle conclusioni specialistiche del proprio medico di fiducia, dott. C., l'Hotela, mediante decisione del 15 marzo 2004, sostanzialmente confermata il 13 luglio successivo anche in seguito all'opposizione interposta dall'Organizzazione Cristiano-Sociale Ticinese (OCST), ha fissato all'interessata un termine scadente il 31 marzo 2004 per cercare una nuova occupazione confacente al suo stato di salute e ha stabilito che a partire da tale data non le avrebbe più corrisposto alcuna indennità. L'assicuratore malattia ha motivato il provvedimento con il fatto che l'assicurata, ritenuta incapace al lavoro nella sua professione precedente, doveva essere considerata pienamente abile in un'attività con carichi variabili, inferiori ai 10kg, che garantisse la possibilità di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide.

**B.**

Con l'assistenza dell'OCST, P. si è aggravata al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino, il quale, per pronuncia del 6 aprile 2005, ha parzialmente accolto il ricorso e ha fatto obbligo alla Hotela di versare le indennità fino al 15 luglio 2004. In particolare, la Corte cantonale, considerate le circostanze del caso, ha ritenuto equo concedere all'assicurata un periodo di almeno 4 mesi (dalla data della decisione) – durante il quale fosse garantita l'erogazione delle indennità giornaliera – per permetterle di trovare un lavoro adeguato.

**C.**

L'Hotela interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, al quale, in accoglimento del gravame, chiede la conferma della decisione su opposizione del 13 luglio 2004. Sostanzialmente, l'assicuratore ricorrente contesta la protrazione dell'obbligo di versare indennità giornaliera stabilita dai primi giudici ritenendo di principio giustificato un termine di 3-5 mesi di adattamento per trovare una nuova occupazione soltanto nell'evenienza in cui l'assicurato dovesse essere vincolato da un contratto di lavoro. Nel caso in cui per contro – come in concreto, ritenuto che P. sarebbe uscita

dalle dipendenze dell'Hotel A. già dal 1° settembre 2003 –, l'assicurato non si trova più sotto contratto, la concessione di un simile periodo di adattamento non si giustificerebbe più. L'ente ricorrente rileva infine che il termine di 15 giorni assegnato all'interessata sarebbe comunque bastato per avviare le procedure necessarie presso la cassa di disoccupazione.

L'assicurata, sempre rappresentata dall'OCST, propone la reiezione del gravame, mentre l'Ufficio federale della sanità pubblica ha rinunciato a determinarsi.

II.

Il Tribunale federale delle assicurazioni ha, per i seguenti considerandi, respinto il ricorso di diritto amministrativo:

1.

Il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC), regolante, in particolare nel suo Allegato II, il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC). I presupposti materiali per l'obbligo prestativo dell'istituto ricorrente si determinano comunque, nel caso di specie, secondo il diritto svizzero. Infatti, sebbene la resistente non eserciti (più) un'attività lucrativa né risieda in Svizzera, il fatto che essa abbia beneficiato di indennità giornaliera per perdita di guadagno fa sì che l'eventuale diritto a tale prestazione rimanga soggetto alla legislazione svizzera (cfr. per analogia DTF 132 V 244 consid. 4.3.2; cfr. inoltre pure RAMI 2001 no. KV 147 pag. 40 [sentenza del 19 ottobre 2000 in re G., K 188/98], 2000 no. KV 111 pag. 115 [sentenza del 28 gennaio 2000 in re B., K 21/98]).

D'altronde anche il Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (in seguito: regolamento n. 1408/71), cui rinvia l'art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC, sembra rimandare a tale normativa. Per l'art. 20 di detto regolamento – applicabile *ratione temporis*, *personae* e *materiae* (art. 2 e 4 del regolamento) –, le prestazioni che il lavoratore frontaliero in malattia può anche richiedere nel territorio dello Stato competente – vale a dire dello Stato membro nel cui territorio si trova l'istituzione competente (art. 1 lett. q del medesimo regolamento) –, sono erogate dall'istituzione competente secondo le disposizioni della legislazione di tale Stato come se l'interessato

risiedesse in quest'ultimo. Addirittura, per le prestazioni in denaro tale principio configura una norma generale sancita dall'art. 19 n. 1 lett. b del regolamento.

Ora, l'istituzione competente, alla quale, conformemente all'art. 1 lett. o punto i del regolamento n. 1408/71, l'interessata era assicurata al momento della domanda di prestazioni, è l'Hotela, l'assicurata in questione trovandosi, nel momento determinante, ad esercitare un'attività subordinata in territorio elvetico ed essendo, di conseguenza, assoggettata alla legislazione di tale Stato (cfr. art. 13 n. 2 lett. a dello stesso regolamento; cfr. pure *Karl-Jürgen Bieback*, in: *Maximilian Fuchs* [editore], *Kommentar zum Europäischen Sozialrecht*, 3a ed., Baden-Baden 2002, no. 12 all'art. 18 del regolamento n. 1408/71). Donde, appunto, l'applicabilità di principio dell'ordinamento elvetico (cfr. pure la sentenza del 15 aprile 2004 in re F., U 76/03, consid. 1.3, concernente, in materia di assicurazione contro gli infortuni, l'applicazione degli art. 52 e 53 del regolamento comunitario, di analogo tenore alle disposizioni qui in esame).

## 2.

Nei considerandi dell'impugnata pronuncia, il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha già diffusamente esposto le norme legali e i principi giurisprudenziali disciplinanti la materia, enunciando in particolare i presupposti del diritto all'indennità giornaliera (art. 72 cpv. 2 LAMal), la nozione d'incapacità al lavoro (art. 6 LPGa; cfr. pure RAMI 2005 no. KV 342 pag. 356 [sentenza dell'11 luglio 2005 in re R., K 42/05]) e i criteri per determinare il grado di limitazione della capacità lavorativa (DTF 114 V 283 consid. 1c; cfr. pure DTF 111 V 239 consid. 1b<sup>1</sup>). Esso ha pure ricordato l'esigibilità, in ossequio all'obbligo di ridurre il danno, di un cambiamento di professione in caso di incapacità lavorativa durevole nell'ambito dell'attività abituale (DTF 114 V 283 consid. 1d e 285 consid. 3a; RAMI 2000 no. KV 112 pag. 122 [sentenza del 7 febbraio 2000 in re G., K 14/99], 1998 no. KV 45 pag. 430, 1989 no. K 812 pag. 255, 1987 no. K 720 pag. 105; SJ 2000 II pag. 440). A tale esposizione può essere fatto riferimento e prestata adesione.

## 3.

Unico oggetto del contendere è la determinazione del termine che poteva essere assegnato all'assicurata per procedere al cambiamento di professione dopo che anche il perito giudiziario intervenuto in sede cantonale, come già in precedenza il medico di fiducia dell'Hotela, aveva confermato la piena capaci-

<sup>1</sup> vedi RAMI 1986 n. K 664

tà lavorativa dell'interessata in attività leggere, confacenti al suo, stato di salute.

#### 4.

**4.1** Se, come nel caso di specie, l'assicurato, per considerazioni legate all'obbligo di ridurre il danno, è tenuto a cambiare professione, l'assicuratore malattia deve sollecitarlo in tal senso e assegnargli un adeguato termine transitorio durante il quale perdura tuttavia l'obbligo di versare l'indennità per perdita di guadagno (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a). Di conseguenza, l'assicuratore malattia che vuole porre fine al versamento delle indennità giornaliere deve, se la riduzione del danno può essere ragionevolmente pretesa dall'assicurato, impartirgli un termine per trovare un impiego adatto al suo stato di salute (SJ 2000 II pag. 440).

Secondo invalsa giurisprudenza, di regola viene considerato adeguato un termine di 3-5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore per la ricerca di un nuovo impiego (DTF 114 V 289 consid. 5b, 111 V 239 consid. 2a con riferimenti; RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a; *Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG*, in *LAMal-KVG*, Losanna 1997, pag. 519). Il periodo di adattamento nel singolo caso può, entro tali limiti (cfr. tuttavia la sentenza del 7 agosto 1998 in re C., K 126/97, consid. 2c, solo parzialmente riassunta in RAMI 1998 no. KV 45 pag. 430, nel cui ambito questa Corte ha tutelato l'operato della precedente istanza che aveva esteso a quasi sette mesi la durata del periodo di adattamento), essere fissato tenendo conto delle circostanze concrete, quali la difficile collocabilità sul mercato, l'età dell'assicurato, le capacità (fisiche) residue in un'attività adatta ecc. (DTF 114 V 289 seg. consid. 5b; SJ 2000 II pag. 440 consid. 2b; cfr. pure la sentenza citata del 7 agosto 1998 in re C., consid. 2c). Ai fini di tale esame non è per contro determinante la durata della precedente incapacità lavorativa (RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a; Eugster, op. cit., pag. 519). Né, per quanto è dato di vedere, il Tribunale federale delle assicurazioni ha mai fatto dipendere l'assegnazione di un simile periodo di transizione dall'esistenza, al momento dell'intimazione da parte dell'assicuratore malattia, di un rapporto di lavoro (cfr. ad es. i fatti posti a fondamento delle sentenze pubblicate in RAMI 1989 no. K 812 pag. 255 e in SJ 2000 II pag. 440).

**4.2** Nel caso di specie, la ricorrente ha intimato alla resistente il cambiamento di professione in occasione della decisione del 15 marzo 2004 dopo avere preso atto delle conclusioni 29 febbraio 2004 del dott.C.. Essa ha fissato un periodo di adattamento di 15 giorni, scadente fine marzo 2004.

**4.3** Alla luce dei principi suesposti, giustamente i primi giudici potevano ritenere insufficiente il termine di transizione così assegnato dall'assicuratore malattia. Estendendolo a quattro mesi, essi hanno legittimamente fatto uso del margine di apprezzamento loro concesso dalla giurisprudenza in materia. Apprezzamento, quello operato dalla Corte cantonale, giustificato, oltre che dall'età dell'interessata, pure dalla situazione professionalmente difficile della medesima che non sembra disporre di alcuna formazione professionale particolare (cfr. a tal proposito RAMI 2000 no. KV 112 pag. 125).

**4.4** Contrariamente a quanto sembra invocare l'Hotela, l'introduzione di un termine di adattamento di 3-5 mesi non è stata stabilita dal Tribunale federale delle assicurazioni per tenere adeguatamente conto dei vincoli professionali preesistenti dell'assicurato, e quindi per permettere al lavoratore sotto contratto di rispettare i termini di preavviso per la disdetta e adempiere le incombenze amministrative legate alla rescissione di detto contratto, quanto piuttosto per consentirgli, durante una fase transitoria, il cambiamento di attività e la ricerca di una nuova occupazione in tale nuovo ambito (DTF 114 V 289 consid. 5b). Ora, questa necessità di adattamento si realizza indipendentemente dal fatto che l'interessato sia ancora o meno vincolato da un rapporto di lavoro e diventa attuale con l'ingiunzione, da parte dell'assicuratore malattia, di un cambiamento di professione. Per converso, fintanto che continua a percepire dall'assicuratore malattia le indennità giornaliere sulla base di una perdita di guadagno riferita alla precedente concreta occupazione e non riceve – sulla scorta di chiare risultanze mediche che evidenzino l'improponibilità della professione abituale, rispettivamente che definiscano se, in quale misura e in quale attività concreta l'assicurato possa mettere a frutto la propria capacità lavorativa residua – l'ingiunzione del cambiamento di attività, quest'ultimo – impregiudicate le conseguenze che un suo comportamento e un'eventuale sua inattività possono, se del caso, determinare dal profilo dell'assicurazione contro la disoccupazione – non può essere tenuto ad adoperarsi per una simile mutazione potendo egli piuttosto confidare di fare ancora parte del precedente ambito professionale e di essere coperto per la perdita di guadagno dovuta a malattia. Ne consegue che questa Corte non ravvisa impellente motivo per limitare l'assegnazione di un periodo di transizione di 3-5 mesi dall'intimazione dell'assicuratore ai soli assicurati vincolati da un contratto di lavoro, rispettivamente per attribuirne uno inferiore agli assicurati che non lo sono più.

**4.5** Nulla muta in tale contesto la circostanza, sollevata dall'assicuratore ricorrente, secondo cui il termine di 15 giorni assegnato all'interessata sarebbe comunque bastato per avviare le procedure necessarie presso la cassa di disoccupazione. A prescindere dal fatto che l'insorgente dimentica di

menzionare l'obbligo d'informazione incombente all'assicuratore in virtù dell'art. 27 cpv. 3 LPGa, tale ragionamento non tiene adeguatamente conto dello scopo della disciplina summenzionata (consid. 4.4). Di transenna si osserva inoltre che ad ogni modo, in forza della normativa dell'art. 71 n. 1 lett. a punto ii del regolamento n. 1408/71 – stante il quale il lavoratore frontaliero che è in disoccupazione completa beneficia delle prestazioni secondo le disposizioni della legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede come se fosse stato soggetto durante l'ultima occupazione a tale legislazione, dette prestazioni essendo erogate dall'istituzione del luogo di residenza ed essendo a carico della medesima –, l'interessata non era tenuta (ma aveva tutt'al più un diritto [cfr. sentenza della Corte di giustizia delle Comunità europee del 12 giugno 1986 nella causa 1/85, *Miethé*, Racc. 1986, pag. 1837; *Eberhard Eichenhofer*, in: *Maximilian Fuchs* [editore.], op. cit., no. 2 segg. all'art. 71 del regolamento n. 1408/71]; sulla rilevanza della giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee ai fini interpretativi dell'ALC cfr. l'art. 16 cpv. 2 ALC), a rivolgersi all'assicurazione disoccupazione elvetica.

# Spese di salvataggio all'estero

*KV 381 Sentenza del TFA del 28 luglio 2006 (K 47/04)*

- **Le spese di salvataggio all'estero, escluse dall'obbligo di prestazione giusta l'art. 27 OPre, non possono, mediante estensione della portata dell'art. 56 OMAal, essere (parzialmente) assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie quali spese di trasporto ai sensi dell'art. 26 OPre.**
- **Rettungskosten im Ausland, die gemäss Art. 27 KLV nicht Pflichtleistungen sind, können nicht, indem die Tragweite von Art. 56 KVV erweitert wird, als Transportkosten im Sinne von Art. 26 KLV (teilweise) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden.**
- **Les frais de sauvetage à l'étranger qui, en vertu de l'art. 27 OPAS, ne sont pas des prestations obligatoires, ne peuvent être (partiellement) pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en étant assimilés à des frais de transport au sens de l'art. 26 OPAS, par extension de la portée de l'art. 56 OAMal.**

I.

**A.**

Q., nata nel 1941, assicurata presso la Concordia Assicurazione svizzera malattie e infortuni per entrambi i rischi, in data 22 ottobre 2002, in occasione di una vacanza in Madagascar, durante un'escursione lungo un fiume, è scivolata su un legno appuntito, provocandosi una profonda lacerazione sotto il ginocchio sinistro. L'assicurata è stata trasferita in elicottero e poi in aereo in un ospedale di Antananarivo, dove è stata ricoverata per le cure del caso.

L'interessata ha il 3 dicembre 2002 esposto alla Cassa malati l'elenco delle spese sostenute, nel quale figurava segnatamente una fattura relativa ai costi di trasferimento in elicottero, rispettivamente in aereo, dal luogo dell'infortunio all'ospedale della capitale malgascia, ammontanti a franchi 16'117.90.

Con atto amministrativo 12 giugno 2003, confermato mediante decisione su opposizione 14 agosto 2003, la Cassa malati ha rifiutato di assumere i costi del trasferimento in questione.

## **B.**

Statuendo su ricorso dell'assicurata, rappresentata dall'avv. Mauro von Siebenthal, il Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino ha per giudizio 10 marzo 2004 accolto parzialmente l'impugnativa, nel senso che ha messo a carico della Cassa un contributo di franchi 1000.–.

## **C.**

Protestate spese e ripetibili, la Cassa malati interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, al quale chiede l'annullamento del giudizio cantonale.

Mentre l'Ufficio federale della sanità pubblica rinuncia a determinarsi sul gravame, l'assicurata, sempre tramite il suo legale, ne chiede la reiezione.

## **II.**

Il Tribunale federale delle assicurazioni ha, per i seguenti considerandi, accolto il ricorso di diritto amministrativo:

### **1.**

Tema della presente lite è il punto di sapere se e in quale misura la Cassa malati ricorrente sia tenuta a prendere a carico le spese di trasferimento dell'assicurata dal luogo dell'infortunio subito all'ospedale di Antananarivo in cui è poi stata ricoverata.

### **2.**

**2.1** Giusta l'art. 1 cpv. 2 LAMal (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2002, per il giudice essendo di principio determinanti le norme sostanziali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto - in concreto: l'infortunio e il susseguente trasferimento aereo nella capitale malgascia nell'autunno del 2002 – che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche [DTF 129 V 4 consid. 1.2]), l'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di malattia (lett. a), infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni (lett. b), e maternità (lett. c). Secondo l'art. 28 LAMal, per gli infortuni ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. b, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi in caso di malattia.

Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Per il cpv. 2 della medesima norma queste prestazioni comprendono segnatamente gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura, dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico (lett. b), la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e), così come un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio (lett. g).

L'art. 33 lett. g OAMal dispone che, sentita la commissione competente, il Dipartimento federale dell'interno designa il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio di cui all'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal, indicando che i trasporti da un ospedale a un altro, necessario dal profilo medico, fanno parte del trattamento ospedaliero.

Ai sensi dell'art. 56 OAMal chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore-malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi può esercitare a carico di questo assicuratore.

Conformemente all'art. 33 lett. g OAMal, il Dipartimento ha emanato gli art. 26 e 27 OPre.

L'art. 26 OPre al cpv. 1 prevede che l'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato, il contributo massimo essendo di 500 franchi per anno civile. Giusta il cpv. 2 della norma, il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso.

L'art. 27 OPre dispone dal canto suo che per salvataggi in Svizzera l'assicurazione assume il 50 per cento delle relative spese, il contributo massimo essendo in questa evenienza di franchi 5000 per anno civile.

**2.2** Secondo l'art. 34 cpv. 2 LAMal il Consiglio federale può in particolare decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui all'art. 25 cpv. 2 eseguite all'estero per motivi

d'ordine medico. Sempre secondo questa norma, l'autorità esecutiva federale può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero.

Sulla base dell'art. 34 cpv. 2 LAMal il Consiglio federale ha emanato l'art. 36 OAMal. Per l'art. 36 cpv. 2 OAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza, precisando che esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato, mentre non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire un trattamento. Conformemente al cpv. 4 di questo disposto, i predetti trattamenti d'urgenza nonché i trattamenti dispensati all'estero ai frontalieri, ai lavoratori distaccati all'estero e alle persone al servizio di una collettività pubblica, come pure ai loro familiari, sono assunti al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera.

### **3.**

**3.1** I primi giudici hanno considerato costituire il trasferimento dell'insorgente dal luogo dell'infortunio lungo un fiume malgascio all'ospedale di Antananarivo un salvataggio ai sensi dell'art. 27 OPre. Trattandosi di salvataggio, nessun costo andava da questo profilo assunto dall'assicuratore malattia nella misura in cui l'intervento dei mezzi di trasporto era avvenuto all'interno di uno Stato estero e conformemente al precitato disposto dell'ordinanza è prevista l'assunzione dei costi di salvataggio solo in Svizzera. Essi hanno comunque osservato che essendo il salvataggio una forma qualificata di trasporto, laddove vi è salvataggio ci deve essere anche il trasporto.

Fatte queste considerazioni, l'autorità giudiziaria cantonale ha ritenuto esistere per quanto concerne i trasporti, ed in particolare il rimpatrio in Svizzera, una lacuna che andava colmata. In effetti, sempre a mente dei primi giudici, l'art. 56 OAMal prevede che solo chi è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi può esercitare a carico di questo assicuratore, l'ordinanza essendo silente per quanto concerne i trasportatori esteri che svolgono la loro attività all'estero.

Orbene, per il Tribunale cantonale delle assicurazioni, dalla chiara volontà del legislatore, ed in particolare dall'art. 34 cpv. 2 LAMal, risulterebbe la competenza, per delega, del Consiglio federale di prevedere l'assunzione dei costi di trattamenti urgenti all'estero. Il Dipartimento competente avrebbe, per quanto concerne il salvataggio, limitato l'assunzione dei costi agli interventi in Svizzera, mentre per quanto riguarda invece il trasporto nonavrebbe stabilito

nessuna limitazione territoriale. La lacuna dell'art. 56 OAMal andrebbe pertanto colmata nel senso che nella misura in cui il trasporto, come nella fattispecie, è in relazione con i trattamenti d'urgenza eseguiti all'estero, anche i relativi costi di trasporto all'estero andrebbero posti a carico dell'assicuratore giusta l'art. 36 cpv. 4 OAMal, e ciò indipendentemente dalla presenza di un'autorizzazione cantonale e di un accordo con l'assicuratore malattia.

L'autorità giudiziaria ne ha concluso che, ammontando il contributo massimo in Svizzera a franchi 500.–, nel caso concreto, tenuto conto della fattura di franchi 16'117.90, la Cassa malati era tenuta al pagamento di franchi 1000.–.

**3.2** La Cassa malati ricorrente si oppone alla tesi affacciata dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

Gli organi dell'assicurazione contestano, per motivi sistematici, la concezione per la quale costituendo il salvataggio nel contempo anche un trasporto, si dovrebbero, conformemente all'art. 26 OPre – il quale non contiene una limitazione territoriale al riconoscimento di prestazioni –, comunque assegnare le prestazioni previste da quel disposto. Né può per la ricorrente essere nell'ordinamento applicabile ravvisata una lacuna da colmare.

#### **4.**

**4.1** In concreto, l'assicurata ha dovuto essere trasferita d'urgenza dal fiume lungo il quale aveva subito un infortunio sull'isola di Madagascar, procurandosi un'importante ferita alla gamba sinistra, ad un ospedale di Antananarivo: considerata la gravità della lesione e gli indiscutibili rischi di complicazioni, questo trasferimento configurava a non averne dubbio un salvataggio ai sensi dell'art. 27 OPre (cfr. al riguardo SVR 2002 KV no. 25 pag. 89; *Eugster*, Krankenversicherung, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Soziale Sicherheit, pag. 77, cifra marg. 150; *Duc*, De la prise en charge des frais de sauvetage en cas d'accident, dans l'assurance-accidents et dans l'assurance-maladie, in: *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale [CGSS]*, Hors série n° 3, 2001, pag. 59). Gli avvisi della Cassa malati e del Tribunale cantonale delle assicurazioni sono peraltro concordi al riguardo.

**4.2** I pareri dell'amministrazione e dei primi giudici divergono invece, come si è visto, sulla questione di sapere se possano essere riconosciute prestazioni dal profilo dell'art. 26 OPre disciplinante le spese di trasporto.

**4.3** Il Tribunale federale delle assicurazioni non può che condividere l'opinione della Cassa malati ricorrente.

La motivazione dei giudici di prime cure poggia su un avviso di *Maurer* (Transport- und Rettungskosten in der Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: *Mélanges en l'honneur de Jean-Louis Duc*, Losanna 2001, pag. 183). L'autore sostiene che, nella misura in cui, conformemente al tenore dei disposti di cui agli art. 26 e 27 OPre e dell'art. 56 OAMal, l'assicurazione obbligatoria è tenuta a fornire prestazioni solo per trasporti di pazienti effettuati in Svizzera, questa normativa è lacunosa. Egli prosegue affermando che se all'assicurazione già spetta prendere a carico le cure rese necessarie all'estero, ci si deve necessariamente porre il tema di sapere se essa non sia chiamata ad assumere pure i relativi costi di trasporto, segnatamente quelli legati al rimpatrio. La lacuna ravvisata, conclude *Maurer*, andrebbe colmata nel senso che i disposti menzionati devono valere per analogia anche per i trasporti all'estero.

A simile tesi non può essere prestata adesione.

**4.4** Anzitutto, essa tesi parte dal presupposto che il salvataggio è una forma qualificata di trasporto, per cui laddove vi è salvataggio necessariamente ci deve essere anche il trasporto.

Questa considerazione, o perlomeno le deduzioni che da questa considerazione vengono fatte, sono opinabili. Dalla disciplina applicabile appare piuttosto che i trasporti di pazienti e i salvataggi sono concetti qualitativamente distinti.

Come rileva con pertinenza la Cassa malati ricorrente, la LAMal all'art. 25 cpv. 2 lett. g distingue chiaramente i due tipi di prestazioni, nel senso che menziona le spese di trasporto necessarie dal profilo medico, da un lato, e le spese di salvataggio, dall'altro lato. L'OPre, emanato sulla base dell'art. 33 lett. g OAMal, ha rispettato questa distinzione contenuta nella legge predisponendo due distinte norme che non subordinano il riconoscimento delle prestazioni alle medesime condizioni: in altre parole, l'OAMal non ha semplicemente prescritto un'unica norma disciplinante la presa a carico del trasferimento di pazienti con partecipazioni dissimili a carico dell'assicurazione a seconda che ci si trovi nell'ipotesi del semplice trasporto oppure in quella del trasporto configurante un salvataggio.

Al riguardo, *Eugster* (op. cit. pag. 76, cifra marg. 148) con riferimento all'art. 26 OPre rileva che ha diritto al contributo per spese di trasporto l'assicurato che, al fine di sottoporsi a misure diagnostiche o terapeutiche, deve essere condotto presso un fornitore di prestazioni, senza peraltro trovarsi in uno stato di bisogno necessitante un salvataggio ai sensi dell'art. 27 OPre. Egli

nota (op. cit. pag. 77, cifra marg. 151) come prestazioni giusta quest'ultima norma entrino in considerazione in tutt'altre ipotesi, ossia quando si tratti di liberare un paziente da una situazione di pericolo per la sua salute o la sua vita oppure di trasferirlo d'urgenza dove gli si possano prestare le necessarie cure sanitarie (sulle nozioni di trasporto e di salvataggio cfr. anche DTF 130 V 424 e RAMI 2001 no. KV 193 pag. 520).

Queste considerazioni legate alla sistematica del disciplinamento non necessitano comunque di più ampi esami per i motivi che seguono.

**4.5** La tesi dei giudici cantonali, fondata sul parere di *Maurer*, implicherebbe quindi pure che si colmi l'asserita lacuna dell'art. 56 OAMal, il quale disposto prevede che solo chi è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi può esercitare a carico di questo assicuratore, mentre è silente per quanto concerne i trasportatori esteri che svolgono la loro attività all'estero.

Orbene, simile estensione della portata della norma non può essere decisa da questa Corte.

Vero è che il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di relativizzare la portata di essa norma statuendo che il diritto a prestazioni non è subordinato all'esistenza di una convenzione tra l'assicuratore sociale e il fornitore di prestazioni (DTF 124 V 338<sup>1</sup>). Ma questa giurisprudenza, relativa alle spese per trasporti di pazienti in territorio svizzero, non può offrire lo spunto per l'adozione di una concezione giuridica quale quella ventilata dai primi giudici per evenienze verificanti oltre i confini dello Stato svizzero. Non dev'essere disatteso che il diritto dell'assicurazione contro le malattie è pur sempre retto dal principio della territorialità (cfr. FF 1992 I 133); non spetta alla giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni disattendere questo ossequiato principio nel modo incisivo prospettato dai giudici di prime cure.

## 5.

Non può essere negato che la soluzione proposta dall'autorità giudiziaria cantonale è intesa a tenere conto della situazione legata al sempre più crescente aumento di casi di malattia o di infortunio all'estero in cui sono implicate persone assicurate in Svizzera che sempre maggiormente, per motivi di lavoro o per vacanze, si spostano oltre i confini del nostro Stato. Ma spetterà se del caso al legislatore, emendando il disciplinamento applicabile o

<sup>1</sup> vedi RAMI 1998 n. KV 47 p. 484 segg.

promuovendo convenzioni internazionali, adattare le normative all'evoluzione della situazione.

Che spetti semmai al legislatore ricercare una soluzione, nella misura in cui si voglia efficacemente ovviare agli inconvenienti di cui si tratta, e non alla giurisprudenza, emerge poi dalla constatazione che il giudice avrebbe comunque sulla base dell'ordinamento vigente solo il potere di mettere a carico dell'assicurazione contro le malattie un contributo massimo, oscillante fra i 500 e i 1000 franchi (se si considera la maggiorazione di cui all'art. 36 cpv. 4 OAMal), contributo questo quasi simbolico di fronte alle sovente ingenti, come in concreto, spese di salvataggio all'estero: in altre parole, una soluzione giurisprudenziale permetterebbe solo in modo del tutto imperfetto di raggiungere il fine che si intende prefiggere.

## **6.**

Ne consegue che, in applicazione dei combinati disposti di cui agli art. 56 OAMal e 26 OPre, l'assicurata non può essere messa al beneficio del contributo di franchi 1000.– riconosciuto dal Tribunale cantonale. In simili condizioni, il giudizio cantonale non può essere tutelato.

## **7.**

Vertendo sull'assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative (art. 134 OG), la procedura è gratuita. Conformemente all'art. 159 cpv. 2 OG, in relazione con l'art. 135 OG, nessuna indennità per ripetibili viene assegnata alla Concordia, la quale, in qualità di assicuratrice malattia e infortuni, dev'essere assimilata a un'autorità vincente o a un organismo con compiti di diritto pubblico (DTF 123 V 310 consid. 10, 118 V 169 consid. 7).

# Arzneimittelabgabe

*KV 382 Urteil des EVG vom 5. September 2006 (K 158/05)*

- **Der beschwerdeführenden Apothekerin steht auch im Rahmen des sog. «Thuner Modells» (Versandhandel) für die Arzneimittelabgabe sowohl die Apothekertaxe als auch die Patiententaxe gemäss Art. 6 und Art. 7 des Tarifvertrags vom 30. Januar 2001 zu. Dies gilt auch dann, wenn die Medikamente nicht direkt dem Patienten, sondern auf Bestellung hin dem verschreibenden Arzt geschickt werden, welcher sie an den Patienten abgibt (Erw. 5-7).**
- **Même dans le cadre du « modèle de Thoune » (vente par correspondance), la taxe-patient et la taxe-pharmacien au sens des art. 6 et 7 de la convention tarifaire du 30 janvier 2001 sont dues à la pharmacienne recourante, au titre de la remise de médicaments. La règle s'applique également si les médicaments ne sont pas directement envoyés au patient mais, sur commande, au médecin prescripteur qui les remet au patient (cons. 5 à 7).**
- **In virtù degli articoli 6 e 7 della convenzione tariffale del 30 gennaio 2001, la tassa farmacista e la tassa paziente competono, anche nel quadro del cosiddetto «modello di Thun» per la consegna dei medicinali (vendita per corrispondenza di medicinali) alla farmacista ricorrente. Ciò vale anche quando i medicinali non sono consegnati direttamente al paziente, ma sono spediti su ordinazione al medico che li ha prescritti, il quale s'incarica di consegnarli al paziente (cons. 5-7).**

I.

**A.**

W. ist Apothekerin und betreibt die Apotheke X.. Daneben erbringt sie Leistungen im Rahmen des sogenannten Thuner Modells, vorwiegend in den Kantonen Bern und Solothurn. Bei diesem Modell bestellt der verschreibende Arzt die verordneten Medikamente im Auftrag der Patienten bei einer Apotheke, welche diese postalisch oder durch Kurier dem bestellenden Arzt zur Abgabe an die Patienten oder aber diesen direkt zustellt. W. besitzt zu diesem Zweck eine Versandhandelsbewilligung des Kantons Zug gemäss Art. 27 des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz [HMG], SR 812.21).

## **B.**

Zwischen der Visana Versicherungen AG (im Folgenden: Visana) und W. entstand Uneinigkeit darüber, ob im Rahmen des Thuner Modells auch die Apotheker- und Patiententaxen gemäss Art. 6 und 7 des Tarifvertrags zwischen dem Schweizerischen Apothekerverband (SAV) und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) vom 30. Januar 2001 geschuldet seien. Nachdem die Paritätische Vertrauenskommission SAV – santésuisse (PVK) mit Entscheid vom 20. August 2003 befunden hatte, der Tarifvertrag sei auf die im Rahmen des Thuner Modells erbrachten Leistungen nicht anwendbar, erhob W. am 22. September 2003 beim Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG des Kantons Zug Klage mit dem Antrag, es sei festzustellen, dass ihr die Apotheker- und Patiententaxen gemäss Art. 6 und 7 des Tarifvertrags auch für Lieferungen im Rahmen des Thuner Modells zustünden. Das Schiedsgericht hiess mit Urteil vom 7. September 2005 die Klage teilweise gut und stellte fest, dass die Klägerin für den direkten Versand von Arzneimitteln an obligatorisch krankenversicherte Personen im Rahmen des Thuner Modells Anspruch auf die Patiententaxe nach Art. 7 des Tarifvertrags habe. Im Übrigen wies es die Klage ab.

## **C.**

W. lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, der Entscheid des Schiedsgerichts vom 7. September 2005 sei aufzuheben, und es sei festzustellen, dass ihr die Taxen nach Art. 6 und 7 des Tarifvertrags auch für Lieferungen an Patienten, die nach den Modalitäten des Thuner Modells bedient werden, zustünden. Die Visana schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

## **II.**

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat aus den folgenden Erwägungen die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gutgeheissen, den Entscheid der Vorinstanz vom 7. September 2005 aufgehoben, und festgestellt, dass der Beschwerdeführerin die Taxen nach Art. 6 und 7 des Tarifvertrags vom 30. Januar 2001 auch für Lieferungen an Patienten, die nach den Modalitäten des sog. Thuner Modells bedient werden, zustehen:

...

### 3.

Der Sachverhalt (vorne Bst. A) ist weitgehend unbestritten. Unklar ist, ob im Thuner Modell die direkte Abgabe der Medikamente an die Patienten die Regel oder die Ausnahme darstellt. Nach der Darstellung in der vorinstanzlich eingereichten Klageschrift wird die Mehrzahl der Medikamente von der Apotheke direkt an die Patienten geliefert. Die Beschwerdegegnerin ist demgegenüber in ihrer Duplik vor dem kantonalen Gericht davon ausgegangen, dass die Medikamente in den meisten Fällen an den Arzt abgegeben werden, welcher sie an die Patienten weitergibt. Mit Blick auf den Verfahrensausgang kann diese Frage offen bleiben.

### 4.

**4.1** Nach Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG (in der Fassung vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001) umfassen die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen auch die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln. Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG übertragen dem Bundesrat bzw. dem Departement oder Amt die Kompetenz, diese Leistungen näher zu bezeichnen. Gemäss Art. 4a KLV (in der Fassung vom 27. November 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001) übernimmt die Versicherung die Kosten folgender, Apothekerleistungen:

- a. Beratung beim Ausführen einer ärztlichen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;
- b. Ausführung einer ärztlichen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;
- c. Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum;
- d. ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

Die Versicherung kann die Kosten von weitergehenden kostendämpfenden Leistungen zugunsten einer Gruppe von Versicherten im Rahmen eines Tarifvertrages übernehmen (Art. 4a Abs. 2 KLV). Nach Art. 43 Abs. 1 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen und Preisen. Die Tarife und Preise werden in Tarifverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn sie in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 KVG).

## **4.2**

**4.2.1** Vertragsrechtliche Grundlage für die Beurteilung der hier umstrittenen Leistungspflicht bildet der Tarifvertrag vom 30. Januar 2001, auf den allein sich das vorinstanzliche Verfahren bezog und sich auch das Rechtsbegehren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht stützt. Nicht massgebend ist die Rechtslage unter dem per 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Tarifvertrag zwischen dem SAV und santésuisse vom 2. November 2004, welcher den Tarifvertrag vom 30. Januar 2001 ersetzt.

**4.2.2** Der Tarifvertrag vom 30. Januar 2001, welcher vom Bundesrat am 20. Februar 2002 genehmigt worden ist und dem unbestritten beide Parteien beigetreten sind, legt in Art. 6 eine Apothekertaxe und in Art. 7 eine Patiententaxe fest.

**4.2.2.1** Mit der Apothekertaxe werden gemäss Art. 6 Abs. 1 insbesondere folgende Leistungen abgegolten:

- 1.1 Rezeptüberprüfung
- 1.2 Repetition: Zulässigkeitsprüfung
- 1.3 Überprüfung der Anwendungsdosierung und allfälliger Limitationen
- 1.4 Interaktionskontrolle
- 1.5 Kontrolle von Risikofaktoren und Kontraindikationen
- 1.6 Kontaktnahme zum verordnenden Arzt (falls medizinisch notwendig oder vom Patienten gewünscht)
- 1.7 Missbrauchskontrolle, Einhaltung von Patientensperrungen
- 1.8 Beratung der Patienten (wird näher ausgeführt)
- 1.9 wirtschaftlich optimale Wahl der an die Dosierungsvorschriften angepassten Auswahl der Packungsgrösse
- 1.10 Versorgung des Patienten nach Dringlichkeit, Verordnungsänderung in dringenden Fällen

Art. 6 Abs. 3 bestimmt, dass die Apothekertaxe nur verrechenbar ist, wenn die Leistungen gemäss Abs. 1 vom Apotheker persönlich oder unter persönlicher Kontrolle erfolgen.

**4.2.2.2** Die Patiententaxe deckt nach Art. 7 Abs. 1 des Tarifvertrags insbesondere folgende Leistungen ab:

- 1.1 Medikationshistory
- 1.2 Führung des Patientendossiers
- 1.3 Medikamentenüberprüfung auf Kumulation nach dem Kenntnisstand der Patientensituation und unter Berücksichtigung der Selbstmedikation
- 1.4 Interaktionskontrolle innerhalb des pharmazeutischen Dossiers.

**4.3** Die Vorinstanz, der sich die Beschwerdegegnerin letztinstanzlich anschliesst, hat – abweichend von der Auffassung der PVK – entschieden, dass die Abgabe von Medikamenten im Versandhandel grundsätzlich unter den Geltungsbereich des Tarifvertrags fällt, allerdings nur der direkte Versand an die Patienten, nicht hingegen die indirekte Abgabe, bei welcher das Medikament an den verschreibenden Arzt versandt und von diesem an den Patienten abgegeben wird. Weiter hat das Schiedsgericht erwogen, dass auch beim Versandhandel zwar die meisten der in Art. 6 Abs. 1 des Tarifvertrags genannten Leistungen erbracht würden. Der wesentliche Punkt der Apothekertaxe gemäss Art. 4a KLV liege jedoch in der Beratung des Patienten; fehle diese, so bestehe kein Anspruch auf die entsprechende Taxe. Beim Versandhandel von Arzneimitteln finde die Beratung der Patienten nicht durch den Apotheker, sondern allenfalls durch den Arzt statt, weshalb die Apothekertaxe nicht geschuldet sei. Hingegen führe der Apotheker auch im Thuner Modell ein Patientendossier und stelle eine Interaktionskontrolle sicher. Er habe daher Anspruch auf die Patiententaxe gemäss Art. 7 des Tarifvertrags. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass sie sowohl auf die Apotheker- als auch die Patiententaxe Anspruch habe, und zwar unabhängig davon, ob sie die Medikamente dem Patienten direkt oder indirekt via Arzt zukommen lässt.

## **5.**

**5.1** Wie die Vorinstanz richtig dargelegt hat, bestimmt sich der Inhalt der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bezahlenden Leistungen nach Gesetz und Verordnung. Der Tarifvertrag kann nur die Preise für die gesetzlich bestimmten Leistungen festlegen und diese präzisieren, nicht aber zusätzliche, im Gesetz nicht enthaltene Leistungen vorsehen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen wären (vgl. BGE 132 V 24 Erw. 5.3<sup>1</sup>). Umgekehrt kann ein Tarifvertrag nicht Leistungen, die gesetzlich vorgesehen sind, als nicht kassenpflichtig bezeichnen. Ob und in welchem Ausmass die von der Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütet sind, richtet sich daher in erster Linie nicht nach dem Tarifvertrag, sondern nach Gesetz und Verordnung. Es ist zwar möglich, dass ein Tarifvertrag nur einen Teilbereich der gesetzlich vorgesehenen Leistungen regelt. Daraus folgt jedoch nicht, dass die gesetzlich vorgesehenen, tarifvertraglich indes nicht normierten Leistungen nicht kassenpflichtig wären; vielmehr bestünde für diese ein vertragsloser Zustand, der nach Art. 47 KVG oder allenfalls durch gerichtliche Festlegung eines Tarifs (vgl. BGE 131 V 144 Erw. 12<sup>2</sup>; RKUV 2004 Nr. KV 281

<sup>1</sup> siehe RKUV 2006 Nr. KV 357 S. 46 ff.

<sup>2</sup> siehe RKUV 2005 Nr. KV 334 S. 271 ff.

[= Urteil K. vom 12. Februar 2004, K 34/02]) zu beheben wäre. Es müsste sich freilich aus dem Vertrag mit hinreichender Klarheit ergeben, dass eine solche Konsequenz von den Parteien gewollt wäre. Bei der Auslegung eines Tarifvertrags ist daher grundsätzlich davon auszugehen, dass der Vertrag in seinem Geltungsbereich sämtliche gesetzlich vorgesehenen Leistungen abdeckt, sofern nicht ein Teil davon ausdrücklich ausgenommen ist. Zudem darf ein Tarifvertrag nicht einzelne Leistungserbringer ohne sachlichen Grund bevorzugen oder benachteiligen (Art. 46 Abs. 3 lit. d KVG; *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 150 Rz 291).

**5.2** Wie die Vorinstanz sodann richtig erwogen hat und letztinstanzlich auch von der Beschwerdegegnerin nicht mehr bestritten wird, gilt der Tarifvertrag grundsätzlich auch für die Versandapotheken. So werden auch bei diesen die Vertriebsleistungen gemäss Art. 5 lit. a sowie Anhang 1 Ziff. 1 des Tarifvertrags abgegolten. Umstritten ist einzig, ob die Beschwerdeführerin für ihre Tätigkeit im Bereich Versandapotheke auch Anspruch auf die Apotheker- und Patiententaxe hat, was nach dem Gesagten einerseits gestützt auf die gesetzliche Umschreibung der kassenpflichtigen Leistungen, andererseits in Auslegung des Tarifvertrags zu beurteilen ist.

**5.3** Die Art. 6 und 7 des Tarifvertrags unterscheiden nicht ausdrücklich zwischen Versand- und Offizinapotheken. Auch Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG, welcher die Grundlage dieser Vertragsbestimmungen bildet, kennt keine derartige Differenzierung. Aus dem Wortlaut des Gesetzes lässt sich daher eine unterschiedliche Behandlung in Bezug auf die Abgeltung der Leistungen nicht herleiten. Eine solche ergibt sich auch nicht aus dem Sinn dieser Bestimmung: Der Gesetzgeber wollte mit Art. 25 Abs. 2 lit. h KV die von den Apothekern erbrachten Fachleistungen von den Medikamentenpreisen abkoppeln, namentlich mit dem Ziel, den Anreiz zum Verkauf teurerer Medikamente zu beseitigen und den in Art. 52a KVG (in der Fassung vom 20. März 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001) ermöglichten Absatz von Generika zu fördern (Amtl. Bull. S 1999 163, Votum Bundesrätin Dreifuss; Amtl. Bull. N 1999 751, Votum Hochreutener). Dieses Ziel wird durch die Zulassung von Versandapotheken nicht in Frage gestellt, da auch diese Generika abgeben können. Es ist somit davon auszugehen, dass nach der Konzeption des Gesetzes die Versandapotheken prinzipiell die gleichen Leistungen erbringen wie die Offizinapotheken und gleichermassen entschädigungsberechtigt sind. Letztinstanzlich ist denn auch nicht mehr umstritten, dass die Beschwerdeführerin jedenfalls bei der direkten Belieferung der Patienten (zur indirekten Belieferung siehe Erw. 7) Anspruch auf die Patiententaxe gemäss Art. 7 des Tarifvertrags hat.

## **6.**

Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin aus bestimmten Gründen die Beanspruchung der Apothekertaxe gemäss Art. 6 des Tarifvertrags verwehrt ist.

**6.1** Unbestritten erbringt die Beschwerdeführerin die meisten der in Art. 6 des Tarifvertrags genannten Leistungen. Die Vorinstanz ist jedoch davon ausgegangen, dass der wesentliche Punkt der pharmazeutischen Leistungen in der – in Art. 4a KLV an erster Stelle genannten – Beratung der Patienten bestehe. Das Erbringen der Beratungsleistung sei unverzichtbare Voraussetzung, damit dem Apotheker die Apothekertaxe zustehe. Beim Thuner Modell erfolge aber die Beratung in erster Linie durch den Arzt, nicht durch den Apotheker. Dieser habe daher keinen Anspruch auf die Apothekertaxe.

**6.2** Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, Art. 4a KLV bleibe hinter dem Sinn von Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG zurück, wonach die gesamte fachliche Leistung entschädigt werde, nicht etwa nur die Beratung. Es trifft zu, dass das Gesetz nicht näher festlegt, welche pharmazeutischen Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG abzugelten sind. Die Beratung wurde in der Bundesversammlung als ein Beispiel der pharmazeutischen Leistungen erwähnt (Amtl. Bull. N 1999 751, Votum Gross), nicht aber im Sinne einer abschliessenden Aufzählung genannt; vielmehr war nicht genau bekannt, welches die abgeltungsberechtigten Leistungen sein sollten (Amtl. Bull. N 1999 751 f., Votum Bundesrätin Dreifuss). Das Eidgenössische Departement des Innern hat Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG zwar eher einschränkend konkretisiert, die Beratung aber in Art. 4a KLV jedenfalls nicht als einzige abzugeltende Leistung aufgeführt. Auch Art. 6 des Tarifvertrags zählt – über die Verordnungsbestimmung hinausgehend, aber jedenfalls durch den Wortlaut des Gesetzes gedeckt – eine Reihe von (weiteren) Leistungen auf, ohne dass eine Gewichtung derselben erkennbar wäre. Es erscheint daher fragwürdig, aus Art. 6 des Tarifvertrags in Verbindung mit den gesetzlichen Grundlagen abzuleiten, das Erbringen der (pharmazeutischen) Beratungsleistung sei unabdingbare Voraussetzung für den Anspruch auf die Apothekertaxe.

## **6.3**

**6.3.1** Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, die Apothekertaxe werde bei den Offizinapotheken in der Praxis nicht als Einzelleistungstarif (Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG), sondern als Pauschaltarif (Art. 43 Abs. 2 lit. c KVG) gehandhabt, da nicht in jedem Fall effektiv eine Beratung stattfindet und auch gar nicht überprüfbar sei, ob dies der Fall sei. Sie habe daher aus Gründen der

Gleichbehandlung ebenfalls Anspruch auf die Taxe, unabhängig davon, ob sie eine Beratungsleistung erbringe.

**6.3.2** Die Vorinstanz hat dazu ausgeführt, der Umstand, dass offenbar in der Praxis auch beim persönlichen Abholen in der Apotheke nicht immer eine Beratung stattfindet, die Apothekertaxe aber dennoch verrechnet werde, könne kein Argument sein, im Sinne des Gleichbehandlungsgebots die Taxe auch beim Versand von Medikamenten zu bezahlen. Aus einer allenfalls gesetzwidrigen Praxis der Taxenverrechnung in der Offizinapotheke könne die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

**6.3.3** Das Schiedsgericht scheint demnach davon auszugehen, dass auch in der Offizinapotheke die Apothekertaxe nur verrechnet werden kann, wenn eine Beratung tatsächlich stattfindet. Dies entspricht indessen offensichtlich nicht der Realität. Gerichtsnotorisch findet bei weitem nicht in jedem Fall eine Beratung statt. Insbesondere bei den ärztlich verschriebenen Medikamenten, um die es im Zusammenhang mit der Apothekertaxe einzig geht, erfolgt eine Beratung in der Regel bereits durch den verschreibenden Arzt und nicht immer auch durch die Apotheke. Die Darstellung in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, wonach bei Offizinapotheken die Apothekertaxe unabhängig davon erbracht werde, ob eine Beratung effektiv stattfindet, wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht ausdrücklich bestritten. Sie wird zudem bestätigt durch eine von der Beschwerdeführerin letztinstanzlich eingereichte, von santésuisse und dem Schweizerischen Apothekerverband gemeinsam herausgegebene Broschüre. Gemäss dortigen Ausführungen erfolgt die Abgeltung der «Apothekerpauschale» nicht nach Zeitaufwand, weil gerade ältere Menschen oft eine längere Beratung benötigen; eine einheitliche Abgeltung der Apothekerdienstleistungen entspreche dem Solidaritätsprinzip der sozialen Krankenversicherung. Ausdrücklich wird festgehalten, dass ein Verzicht auf die Beratungsleistung nicht von der Pflicht entbinde, die «Apothekerpauschale» zu entrichten, da der Apotheker neben der Beratung viele andere Arbeitsschritte erbringen müsse. Zwar bezieht sich diese im Jahre 2005 publizierte Broschüre offensichtlich auf den neuen, ab 1. Januar 2005 geltenden Vertrag, der hier nicht Streitgegenstand ist. Doch hat bereits die PVK in ihrem Entscheid vom 20. August 2003 festgehalten, der hier streitige Tarifvertrag sehe eine «pauschale Abgeltung» für sämtliche darin aufgezählten Leistungen vor. Auch auf der Homepage des Apothekerverbandes, wo im Übrigen die Darstellung in der erwähnten Broschüre bestätigt wird, ist der Hinweis zu finden, dass sich bezüglich der «Apothekerpauschale» im Vertrag 2005 gegenüber der vorherigen Regelung nichts geändert habe; die Beratung sei nur eine der durch die Apothekerpauschale abgegoltenen pharmazeutischen Leistungen («Die Eckwerte des LOA-Tarifvertrages II»),

[http://www.sav.ch/de/medien/01\\_medienmitteilungen/Archiv\\_Medieninfos.php?navanc hor=1010017](http://www.sav.ch/de/medien/01_medienmitteilungen/Archiv_Medieninfos.php?navanc%20hor=1010017), besucht am 24. August 2006). Unter diesen Umständen kann der von der Vorinstanz vertretene Auffassung nicht gefolgt werden, die Apothekerpauschale könne nur verlangt werden, wenn tatsächlich eine Beratung stattfindet.

**6.3.4** Zu keinem anderen Ergebnis führt der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf den bundesrätlichen Genehmigungsbeschluss vom 20. Februar 2002: Darin wurde «festgestellt» (was als Auflage zu verstehen ist), dass u.a. die Tarifparteien dafür zu sorgen haben, dass die Patiententaxe nur dann erhoben wird, wenn die damit abzugeltenden Leistungen im Einverständnis mit der versicherten Person tatsächlich erbracht werden. Diese Auflage bezieht sich indessen nach ihrem klaren Wortlaut nur auf die Patiententaxe, nicht auf die Apothekertaxe.

**6.4** Soweit die Apothekertaxe auf die Beratungsleistung abstellt, kann damit nach dem Gesagten nicht die effektiv geleistete Beratung gemeint sein, sondern höchstens die Verfügbarkeit eines Beratungsdienstes, unabhängig davon, ob der Patient einen solchen in Anspruch nimmt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass auch die Versandapotheke verpflichtet ist, eine Beratung zu erbringen (Art. 27 Abs. 2 lit. c HMG; Art. 29 Abs. 2 lit. g der Verordnung über die Arzneimittel vom 17. Oktober 2001 [VAM; SR 812.212.21]). Dies ist Ergebnis der beim Erlass des Heilmittelgesetzes geführten Diskussion über die Zulässigkeit von Versandapotheken. Einerseits erblickte man im unkontrollierten Versandhandel ein Risiko für die Gesundheit der Patienten, denn das heutige System der Arzneimittelabgabe beruhe auf der persönlichen sachgerechten Fachberatung und der ärztlichen Überwachung; andererseits wurde im Lichte der Wirtschaftsfreiheit und des Binnenmarktgesetzes ein absolutes Verbot von Versandapotheken als unverhältnismässig erachtet (Bundesrätliche Botschaft zu einem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte [Heilmittelgesetz, HMG] vom 1. März 1999, BBl 1999 S. 3453 ff., hier: 3514). Der Gesetzgeber hat nach einer langen und kontroversen Diskussion als Kompromiss den Versandhandel von Arzneimitteln grundsätzlich untersagt (Art. 27 Abs. 1 HMG), ihn jedoch unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen. Namentlich ist er nur zulässig für ärztlich verschriebene Arzneimittel; zudem dürfen keine Sicherheitsanforderungen entgegenstehen und muss die sachgemässe Beratung sichergestellt sein (Art. 27 Abs. 2 HMG). Die Versandapotheke hat mittels eines eigenen Qualitätssicherungssystems u.a. zu gewährleisten, dass die sachgemässe Beratung durch eine Fachperson wahrgenommen wird (Art. 29 Abs. 2 VAM). Für die Einhaltung dieser Anforderungen sorgen die gesetzlich verankerte Bewilligungspflicht (Art. 27 Abs. 2 und 4 HMG; Art. 29 f. VAM) und behördliche

Kontrolle (Art. 58 HMG; Art. 30 VAM). Der Gesetzgeber folgte damit den Überlegungen des Bundesgerichts: Dieses hatte in BGE 125 I 488 f. Erw. 4e (vgl. Pra 2000 Nr. 177 S. 1081 f.) erwogen, der Versandhandel berge gewisse Risiken, weil hier die Direktbegegnung mit dem Patienten fehle. Soweit aber der Versandhandel auf ärztlich verordnete Medikamente beschränkt sei, biete dies Gewähr dafür, dass bereits eine Kontrolle durch einen Arzt stattgefunden habe. Zudem sei auch beim Versandhandel eine pharmazeutische Kontrolle sichergestellt. Ausserdem bestehe auch bei der Offizinapotheke nicht unbedingt eine persönliche Beziehung zum Patienten.

**6.5** Verfügt eine Apotheke – wie im hier zu beurteilenden Fall – über eine Versandhandelsbewilligung, ist davon auszugehen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen einer solchen Bewilligung tatsächlich erfüllt sind. Gegenteiliges wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht behauptet. Es darf mithin angenommen werden, dass auch die sachgerechte Beratung, zumal unabdingbares Bewilligungserfordernis, sichergestellt ist. Damit ist den Qualitätsanforderungen, welche der Gesetzgeber an den Vertrieb von Medikamenten stellen wollte, Genüge getan. Namentlich ist vom Gesetzgeber akzeptiert worden, dass beim Versand von Arzneimitteln kein direkter, persönlicher Kontakt zwischen dem Patienten und dem Apotheker besteht. Mit der Erteilung einer Versandhandelsbewilligung erfüllt die betreffende Apotheke auch die Voraussetzungen als Leistungserbringer im Sinne des KVG (Art. 35 Abs. 2 lit. b und Art. 37 KVG). Sie erbringt dabei prinzipiell die gleichen Leistungen wie sie in einer Offizinapotheke erbracht würden und dort Anspruch auf die Apothekertaxe geben. Es besteht daher kein Grund, in Bezug auf die Vergütung der Leistung die Versandapotheke anders zu behandeln als eine Offizinapotheke, jedenfalls solange sich ein solcher Unterschied aus dem Tarifvertrag nicht ausdrücklich ergibt.

**6.6** Es mag zutreffen, dass beim Versandhandel weniger häufig eine Beratung durch die Apotheke stattfindet als beim Bezug durch eine Offizinapotheke. Dies kann indessen nicht ausschlaggebend sein: Dem Patienten steht es nämlich frei, in welcher Apotheke er seine Medikamente bezieht (Art. 41 Abs. 1 KVG). Die Rechtsordnung schreibt namentlich nicht vor, dass Medikamente grundsätzlich in einer Offizinapotheke entgegenzunehmen sind. Auch der Bezug bei einer Versandapotheke ist ohne weiteres zulässig, sofern diese über die entsprechende Bewilligung verfügt. So oder so ist der Patient nicht verpflichtet, die Medikamente persönlich in der Apotheke abzuholen und eine Beratung durch den Apotheker in Anspruch zu nehmen. Gerade bei ernstlich kranken und bettlägerigen Patienten ist davon auszugehen, dass die Medikamente in der Regel von Angehörigen in der Apotheke abgeholt werden. In diesem Fall ist die persönliche pharmazeutische Beratung in einer Offizina-

potheke nicht unbedingt direkter als bei einer Versandapotheke, bei welcher der Patient die Möglichkeit hat, eine telefonische Beratung einzuholen (Art. 29 Abs. 2 lit. g VAM). Nachdem die effektive Erbringung der Beratungsleistung ohnehin nicht Voraussetzung für die Apothekertaxe ist (vorne Erw. 6.3), besteht kein Grund, den Versandapotheken aus diesem Grund diese Taxe zu verweigern. Die übrigen pharmazeutischen Leistungen – namentlich die Überprüfung der Rezeptbestellung und damit die Doppelkontrolle – werden auch beim Versandhandel erbracht (vgl. Urteil 2P.52/2001 = ZBl 103/2002 S. 322, Erw. 6c).

**6.7** Insgesamt ergibt sich, dass entgegen der Auffassung der Vorinstanz die Beschwerdeführerin nicht nur Anspruch auf die Patiententaxe, sondern auch auf die Apothekertaxe hat. Ob eine ausdrückliche tarifvertragliche Ungleichbehandlung von Offizin- und Versandapotheken mit dem Gesetz vereinbar wäre, kann offen bleiben, da im hier massgebenden Vertrag eine solche Ungleichbehandlung nicht enthalten ist.

## **7.**

Zu prüfen bleibt, ob der Anspruch auch dann besteht, wenn die Beschwerdeführerin die Medikamente nicht direkt dem Patienten zustellt, sondern dem Arzt, der sie anschliessend dem Patienten abgibt (sog. indirekte Abgabe).

**7.1** Die Vorinstanz lehnt die Vergütung der indirekten Medikamentenabgabe mit der Begründung ab, gemäss Art. 4 des Tarifvertrags werde die an eine obligatorisch krankenpflegeversicherte Person erbrachte Leistung abgegolten, womit die indirekte Abgabe – als eine gegenüber dem verschreibenden Arzt erbrachte Leistung – nicht erfasst sei. Zum andern ergebe sich das Erfordernis der direkten Abgabe auch aus Art. 6 Abs. 3 des Tarifvertrags, wonach die Leistung des Apothekers persönlich erbracht werden müsse. Zudem sei bei der indirekten Medikamentenabgabe die Apotheke eher als Grossistin tätig; die Abgabe der Medikamente erfolge durch den Arzt. Schliesslich sei auch im neuen, ab 1. Januar 2005 geltenden Vertrag ausdrücklich festgehalten, dass der Vertrag nicht gelte bei der Lieferung an andere Leistungserbringer zwecks indirekter Abgabe an die Patienten. Diese Bestimmung könne als Präzisierung des bisherigen – hier streitigen – Vertrags verstanden werden.

**7.2** Das letztgenannte Argument ist nicht stichhaltig, da vorliegend nur der alte Vertrag aus dem Jahre 2001 zur Diskussion steht (Erw. 4.2.1 hievore) und der entsprechende Passus im neuen Vertrag möglicherweise erst als Reaktion auf das vorliegende Verfahren eingefügt worden ist.

**7.3** Es ist auch hier darauf hinzuweisen, dass sich die zu vergütenden Leistungen in erster Linie nicht aus dem Vertrag, sondern aus dem Gesetz ergeben, welches keine Unterscheidung zwischen Offizin- und Versandapotheke trifft (Erw. 5.3). Solange ein Tarifvertrag seinen Geltungsbereich in einem Tätigkeitsbereich nicht ausdrücklich auf bestimmte Leistungserbringer beschränkt, gilt er für alle im entsprechenden Bereich zugelassenen Leistungserbringer (Erw. 5.1). Dass der Tarifvertrag gemäss seinem Art. 4 auf Leistungen Anwendung findet, «die von einem Vertragsapotheker an eine obligatorisch krankenversicherte Person erbracht werden», schliesst seine Geltung für die indirekte Abgabe nicht aus: Auch bei dieser ist Adressat der Leistung der Patient, an welchen das Arzneimittel abgegeben wird, bloss erfolgt die Aushändigung durch den Arzt. Im Übrigen steht der Beschwerdeführerin die Abgeltung für die Vertriebsleistungen (Art. 5 lit. a und Anhang 1 Ziff. 1 des Tarifvertrags) unbestritten auch bei der indirekten Abgabe zu. Die Vorinstanz argumentiert widersprüchlich, wenn sie – mit Recht (vorne Erw. 5.2) – von der grundsätzlichen Anwendbarkeit des Tarifvertrags auch für Versandapotheken ausgeht, aber gestützt auf Art. 4 des Vertrags die indirekte Abgabe vom Geltungsbereich des Vertrags ausschliessen will.

**7.4** Im Weiteren steht auch Art. 6 Abs. 3 des Tarifvertrags einer Abgeltung der indirekten Medikamentenabgabe nicht entgegen. Diese Bestimmung legt nur fest, dass die Leistung durch den Apotheker persönlich oder unter seiner persönlichen Kontrolle erfolgen muss, besagt aber nicht, dass sie dem Patienten direkt zu erbringen ist. Es steht diesem nämlich kraft seiner Privatautonomie frei, mit der Entgegennahme eines Medikaments Dritte zu beauftragen. Namentlich kann er Arzneimittel durch Angehörige in der Apotheke abholen lassen, womit die Abgabe nicht direkt an die versicherte Person erfolgt. Trotzdem sind diesfalls die Apotheker- und Patiententaxen geschuldet. Beim Versandhandel ist zudem die Auslieferung an schriftlich bevollmächtigte Dritte ausdrücklich zulässig (Art. 29 Abs. 2 lit. e VAM). Auch insoweit leuchtet nicht ein, weshalb der Anspruch auf die Apotheker- und Patiententaxe davon abhängig sein soll, ob das Medikament direkt an den Patienten oder an eine Drittperson ausgeliefert wird.

**7.5** Entgegen der Auffassung der Vorinstanz tritt die Apotheke beim Thuner Modell, bei welchem der Arzt beauftragter Dritter ist, nicht als Grossistin auf. Der Grosshandel mit Medikamenten unterliegt einer besonderen gesetzlichen Regelung und erfordert eine Bewilligung (Art. 28 HMG; Art. 7 ff. der Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich vom 17. Oktober 2001 [AMBV; SR 812.212.1]), über welche die Beschwerdeführerin unbestritten nicht verfügt. Es besteht auch in der Sache ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Grosshandel und der indirekten Abgabe durch Versandhandel:

Beim En-Gros-Bezug erwirbt der Arzt für seine Privatapotheke vom Grossisten Medikamente, die er bei Bedarf an seine Patienten weiter verkauft. Die vom Grossisten gelieferten Medikamente sind dabei nicht für bestimmte Patienten vorgesehen. Im Unterschied dazu werden beim Thuner Modell Medikamente geliefert, die in einem konkreten Fall für einen bestimmten Patienten verschrieben worden sind. Ein Detailverkauf durch den Arzt würde nur vorliegen, wenn der Arzt der liefernden Apotheke bloss den Grossistenpreis bezahlen und die Marge zwischen diesem Preis und dem Fachhandelspreis für sich behalten würde. Zu Recht wird von keiner Seite geltend gemacht, dass dies beim Thuner Modell der Fall ist. Der Arzt hat hier deshalb nicht die Funktion eines Apothekers, sondern diejenige eines Zustellungsbeauftragten im Sinne von Art. 29 Abs. 2 lit. e VAM. Es bleibt (auch) bei der indirekten Abgabe unstrittig die Apotheke, welche die auf einzelne Patienten bezogenen Leistungen gemäss Art. 6 und 7 des Tarifvertrags zu einem wesentlichen Teil erbringt; namentlich nimmt sie die Rezeptüberprüfung und die Interaktionskontrolle vor, wozu sie gestützt auf Art. 29 Abs. 2 lit. b VAM verpflichtet ist. Dies wäre bei einer Grossistin nicht der Fall. Zutreffend ist, dass bei der indirekten Abgabe die Beratung des Patienten wohl eher durch den Arzt als durch die Apotheke erfolgt. Nachdem aber – wie oben Erw. 6.3 ausgeführt – die Taxen ohnehin unabhängig vom konkreten Beratungsaufwand verrechnet werden, kann dieser Punkt nicht ausschlaggebend sein.

**7.6** Ob das Thuner Modell eine Umgehung des im Kanton Bern geltenden Selbstdispensationsverbots darstellt, ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen, da es nicht Sache des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ist, die richtige Anwendung von kantonalem Recht zu prüfen (Art. 128 in Verbindung mit Art. 97 Abs. 1 OG und Art. 5 Abs. 1 VwVG sowie Art. 104 lit. a OG). Es ist aber immerhin darauf hinzuweisen, dass das bernische Verwaltungsgericht mit Urteil vom 11. September 1995 (BVR 1996 S. 368) entschieden hat, das Thuner Modell verstosse nicht gegen Bestimmungen des kantonalen Gesundheitsgesetzes; namentlich sei darin keine Umgehung des Selbstdispensationsverbots zu erblicken, da der verschreibende Arzt keine Privatapotheke führe und auch keine Medikamente selber abgebe, sondern lediglich die Abgabe der Medikamente durch eine Apotheke vermittele. Dies gelte jedenfalls solange, als die Abgabe durch die Apotheke in der Regel an den Patienten direkt und nur im Ausnahmefall via Arzt an den Patienten erfolge (a.a.O., S. 375, Erw. 4c). Eine Umgehung liege auch deshalb nicht vor, weil das Thuner Modell keine finanzielle Beteiligung der Ärzteschaft vorsehe, diese mithin aus dem Vertriebssystem keinen finanziellen Vorteil zögen (a.a.O., S. 376, Erw. 4d/bb).

Möglicherweise erfolgt beim Thuner Modell (was sachverhaltlich nicht klar ist, vgl. vorne Erw. 3) in der Mehrzahl der Fälle die Abgabe indirekt via Arzt. Für die hier strittige Frage ist dies indessen nicht von zentraler Bedeutung, da es ohnehin in der Freiheit des Patienten steht, Dritte mit der Entgegennahme der Medikamente zu beauftragen. Entscheidend muss vielmehr sein, wie die Verrechnung erfolgt: Mit dem Selbstdispensationsverbot wird dem Arzt untersagt, eine eigene Privatapotheke zu führen und damit die sonst dem Apotheker zustehenden Entschädigungen gemäss dem vorliegend streitigen Tarifvertrag zu beziehen. Beim Thuner Modell aber gehen die Entschädigungen unbestritten nicht an den Arzt; die Beschwerdeführerin verlangt denn auch die Zahlung der Apotheker- und Patiententaxen an sich, nicht an die Ärzteschaft. Gerade in Kantonen, in denen ein Selbstdispensationsverbot gilt, entstehen den Krankenversicherungen durch das Thuner Modell keine zusätzlichen Kosten: Da der Arzt die Medikamente nicht selber abgeben darf, muss der Patient diese ohnehin bei einer Apotheke beziehen, welche dafür die Apotheker- und Patiententaxe berechnet. Haben auch die Versandapotheken Anspruch auf diese Taxen, sind damit – auch dann, wenn der Arzt als Zustellungsbeauftragter fungiert – keine höheren Kosten verbunden als beim Medikamentenbezug in einer Offizinapotheke. Anders wäre es nur, wenn der Arzt zusätzlich zum Apotheker eine Apotheker- und Patiententaxe berechnen könnte, was jedoch nicht der Fall ist. Unerheblich ist, ob beim Thuner Modell allenfalls bestimmte Vereinbarungen zwischen dem Arzt und der Versandapotheke vorkommen, die möglicherweise auch eine gewisse Entschädigung des Arztes beinhalten. Für die Leistungspflicht der Krankenversicherung gegenüber dem Apotheker kommt es allein darauf an, dass die gesetzlich (Art. 25 Abs. 2 lit. h KVG; Art. 4a KLV) und tarifvertraglich vorgesehenen Voraussetzungen für die Abgeltungsberechtigung erfüllt sind und die entsprechenden Kosten nicht doppelt vergütet werden. Was der Apotheker mit dem so erzielten Verdienst vorkehrt, ist sein Entscheid und für die hier einzig streitige Frage der Vergütungspflicht der Krankenversicherer nicht von Bedeutung.

# Wirtschaftlichkeit der Leistungen

*KV 383 Urteil des EVG vom 9. Oktober 2006 (K 6/06)*

- **Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeitsfrage ist grundsätzlich der Gesamtkostenindex massgebend (Änderung der Rechtsprechung; Erw. 5.3).**
- **Lors de l'examen de la question de l'économicité, l'indice de l'ensemble des coûts est en principe déterminant (changement de jurisprudence; cons. 5.3).**
- **Determinante per l'esame della questione dell'economicità è di principio l'indice dei costi complessivi (modifica della giurisprudenza; cons. 5.3).**

Auszug aus den Erwägungen:

...

**5.3** Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie könne aufgrund ihrer breiteren Ausbildung (Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie und ORL) viele Leistungen direkt erbringen, ohne die Patienten an Spezialärzte oder Spitäler zu überweisen, wie im Übrigen auch die Blaue Kommission des Bündner Ärztevereins (in ihrem Entscheid vom 11. November 2003) anerkannt habe. Sie rügt, das Schiedsgericht habe dieses Argument verworfen, ohne das von ihr beantragte Beweisverfahren durchgeführt zu haben. Auch bei den Medikamenten sei ihr Index unterdurchschnittlich. Bei einer Gesamtbetrachtung lägen die von ihr verursachten (direkten und veranlassten) Kosten (Gesamtkostenindex von 119 [2001] bzw. 110 Punkten [2002]) innerhalb des Toleranzrahmens.

**5.3.1** Im angefochtenen Entscheid wird anerkannt, dass die veranlassten Kosten bei der Beschwerdeführerin mit einem Index von 95 Punkten im Jahr 2001 und von 82 Punkten im Jahr 2002 unterdurchschnittlich ausgefallen sind. Nach Auffassung der Vorinstanz vermag die Beschwerdeführerin daraus indessen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten, weil sie nicht in der Lage ist, den Beweis zu erbringen, dass die Einsparungen in den veranlassten Kosten kausal mit den durch die besondere Behandlung bei den direkten Arztkosten anfallenden Mehrkosten zusammenhängen.

**5.3.2** Nach der bisherigen Rechtsprechung ist die Wirtschaftlichkeit der Behandlung für die Bereiche der Arzt- und Medikamentenkosten getrennt zu beurteilen (nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 29. Oktober 1993, K 101/92, Erw. 8). Dass Mehraufwendungen im einem Leistungsbereich Minderaufwendungen in einem anderen Leistungssegment gegenüberstehen, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht indessen unter dem Titel der kompensatorischen Einsparungen, allerdings «nur in sehr beschränktem Masse», wie wiederholt festgehalten wurde, berücksichtigt. Im in RKUV 1986 Nr. K 654 S. 3 auszugsweise publizierten (unter der Herrschaft von Art. 23 KUVG ergangenen) Urteil D.A. vom 5. September 1985, K 49/84, hatte sich das Eidgenössische Versicherungsgericht erstmals mit der Frage zu befassen, ob eine Kompensation zwischen einem überhöhten Fallwert bei den direkten Arztkosten (Index von 143) und unterdurchschnittlichen Medikamentenkosten (Index von 16) möglich sei. Dabei verneinte es die Frage mit der Begründung, dass selbst wenn ein sachlicher Zusammenhang zwischen niedrigen Medikamentenkosten (als Folge einer zurückhaltenden Verschreibungspraxis) und hohen Arztkosten (als Folge einer intensiveren persönlichen Betreuung durch den Arzt) bejaht würde, dies eine Kompensation nur in sehr beschränktem Masse zu rechtfertigen vermöchte (nicht publizierte Erw. 5a). Diese Rechtsprechung wurde in Erw. 4c des in RKUV 1988 Nr. K 761 S. 92 nur mit den Leitsätzen wiedergegebenen Urteils S. vom 19. Oktober 1987, K 97/85, bestätigt. In dieselbe Richtung zielt schliesslich das nicht veröffentlichte Urteil S. vom 29. Oktober 1993, K 101/92, in dessen Erw. 8 ausgeführt wurde, dass die im Bereich der Medikamentenverschreibung geübte Zurückhaltung keinen oder nur sehr bedingten Rückschluss auf die übrige Tätigkeit des Arztes zulasse und selbst wenn ein Kausalzusammenhang zwischen unterdurchschnittlichen Medikamentenkosten und hohen Arztkosten zu bejahen wäre, dies eine Kompensation nur in sehr beschränktem Masse rechtfertigen würde. Unter Hinweis auf die fehlende Überprüfbarkeit mangels Vorliegens statistischer Daten wurde auch dem Argument eines Arztes, seine Behandlungsweise ermögliche die Vermeidung einiger stationärer Spitalaufenthalte, in BGE 119 V 455 Erw. 5a nicht gefolgt. In einem kürzlich ergangenen Urteil C. Vom 1. März 2006, K 142/05, Erw. 8.2.1, ging das Eidgenössische Versicherungsgericht auf das von einer Ärztin vorgebrachte Argument der kompensatorischen Einsparung im Zusammenhang mit unterdurchschnittlichen Medikamentenkosten schon deshalb nicht weiter ein, weil die Medikamentenkosten jedenfalls durch deutlich überdurchschnittliche Arzt- und veranlasste Kosten «mehr als kompensiert» waren.

**5.3.3** Sprechen keine entscheidenden Gründe zu Gunsten einer Praxisänderung, ist die bisherige Praxis beizubehalten. Gegenüber dem Postulat der

Rechtssicherheit lässt sich eine Praxisänderung grundsätzlich nur begründen, wenn die neue Lösung besserer Erkenntnis der Ratio legis, veränderten äusseren Verhältnissen oder gewandelten Rechtsanschauungen entspricht. Nach der Rechtsprechung ist eine bisherige Praxis zu ändern, wenn sie als unrichtig erkannt oder wenn deren Verschärfung wegen veränderter Verhältnisse oder zufolge zunehmender Missbräuche für zweckmässig gehalten wird (BGE 131 V 110 Erw. 3.1, 130 V 372 Erw. 5.1, 495 Erw. 4.1, 129 V 373 Erw. 3.3, 126 V 40 Erw. 5a, 125 I 471 Erw. 4a, je mit Hinweisen). Eine Änderung der in Erw. 5.3.2 dargestellten Rechtsprechung drängt sich in dem Sinne auf, dass im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen hat und dementsprechend auf den die Arzt-, die Medikamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex abzustellen ist. Denn nach BGE 130 V 379 f. Erw. 7.4 und 7.5 erstreckt sich das Wirtschaftlichkeitsgebot auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und findet für alle gesetzlichen Leistungen, insbesondere auch in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln, Analysen sowie von Mitteln und Gegenständen oder die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer, Anwendung. Aus diesem Grunde unterliegen der Rückerstattungspflicht des Arztes oder der Ärztin wegen unwirtschaftlicher Behandlung grundsätzlich auch die Vergütungen der Kosten für die auf Veranlassung des Arztes oder der Ärztin erbrachten Leistungen sowie die von ihnen verordneten und von den Apotheken abgegebenen Arzneimittel. Daraus folgt aber umgekehrt, dass auch dann eine Gesamtbetrachtung erforderlich ist, wenn diese sich zu Gunsten des Arztes oder der Ärztin auswirkt: Sinn und Zweck von Art. 56 KVG ist nicht die Begrenzung des ärztlichen Einkommens, sondern die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (vgl. auch Erw. 8.2.3 des Urteils C. vom 1. März 2006, K 142/05). Wenn beispielsweise ein Arzt oder eine Ärztin zwar selber überdurchschnittlich viele Leistungen erbringt, dies aber mit unterdurchschnittlichen veranlassten Kosten kompensiert, ist das von Art. 56 KVG anvisierte Ziel ebenfalls erreicht. Es würde im Hinblick auf das Ziel der Wirtschaftlichkeit falsche Anreize schaffen, wenn die veranlassten Kosten nicht einbezogen würden: Ärzte, welche viele Kosten veranlassen, hätten zwar geringe direkte Arztkosten pro Patient, würden aber indirekt höhere und möglicherweise unwirtschaftliche Kosten verursachen (vgl. *Mathias Wenger*, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], *Medizin und Sozialversicherung im Gespräch*, St. Gallen 2006, S. 74). Zudem könnte der Arzt oder die Ärztin den eigenen bescheidenen Aufwand pro Patient einkommensmässig durch eine grosse Zahl von Patienten kompensieren. Wer sich mit weniger Patienten begnügt, diese dafür eingehender behandelt und damit viele indirekte Kosten einspart, würde demgegenüber bestraft, weil er pro Patient höhere direkte

Kosten hat. Es kann nicht der Sinn von Art. 56 KVG sein, derart falsche Anreize zu schaffen.

**5.3.4** Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gälte übrigens auch, wenn man der Kritik der Lehre an BGE 130 V 377<sup>1</sup> (*Monika Gattiker*, Veranlasste Kosten – Einbezug in die Forderungen wegen Überarztung nach Art. 56 Abs. 2 KVG, in: AJP 2005 S. 1098 ff.; *Eduard Iselin*, Polypragmasie et étendue de l'obligation de restitution au sens de l'art. 56 al. 2 LAMal, in: SZS 2006 S. 106 ff.) folgen würde. Denn diese Kritik gründet sich darauf, dass Art. 56 KVG nur die Rückforderung der dem Leistungserbringer bezahlten Vergütung erlaube, schliesst aber nicht aus, dass für die Frage, ob diese Vergütung überhöht ist, auf den die veranlassten Kosten einschliessenden Gesamtkostenindex abgestellt wird (vgl. *Iselin*, a.a.O., S. 117).

**5.3.5** Wenn der Gesamtkostenindex entscheidend ist, kann es nicht ausschlaggebend sein, ob ein Kausalzusammenhang zwischen Reduktionen bei den einen Kosten und Mehrausgaben bei anderen Kosten nachgewiesen ist. Auch innerhalb der direkten Arztkosten wird ein solcher nachgewiesener Kausalzusammenhang nicht verlangt. Abgesehen davon wäre es kaum möglich (worauf auch *Eugster*, a.a.O., S. 251 f., hinweist), einen solchen Nachweis tatsächlich zu erbringen. Es entspricht allgemeiner Lebenserfahrung, dass beispielsweise ein vermehrter Abklärungs-, Beratungs- und Behandlungsaufwand sich in tieferen Medikamentenkosten niederschlagen kann (vgl. auch *Eugster*, a.a.O., S. 255 f. Rz 751). Wenn ein solcher Zusammenhang tatsächlich besteht, ist dies im Rahmen der vorzunehmenden Gesamtbetrachtung grundsätzlich zu berücksichtigen. Es geht nicht an, durch praxisfremde Anforderungen an einen Kausalnachweis die falschen Anreize, die durch eine getrennte Betrachtung von Arzt-, Medikamenten- und veranlassten Kosten entstehen, zu perpetuieren. Demgegenüber rechtfertigt sich eine Gesamtbetrachtung nicht, wenn konkrete Anzeichen bestehen, dass die niedrigen Kosten im einen Bereich auf äussere Umstände zurückzuführen sind, die dem Arzt oder der Ärztin gewissermassen unverdient zugute kommen. Solche Umstände sind jedoch im Falle der niedrige veranlasste Kosten aufweisenden Beschwerdeführerin nicht dargetan.

**5.3.6** Eine wirkliche Gesamtbetrachtung müsste allerdings auch die durch Überweisung an Spezialärzte und Spitäler veranlassten Kosten einbeziehen, welche Daten nicht erhoben worden sind. Die Beschwerdeführerin hat immerhin in ihrer Klageantwort geltend gemacht, dass bei ihr auch die Zahl der Überweisungen an Spezialisten und Spitäler unterdurchschnittlich sei,

<sup>1</sup> siehe RKUV 2004 Nr. KV 294 S. 336 ff.

und entsprechende Beweisanträge gestellt. Ihr Vorbringen wird untermauert durch die Feststellung der Blauen Kommission im Entscheid vom 11. November 2003, wonach die Beschwerdeführerin wenig Kosten für Zuweisungen an Spezialärzte und Spitäler generiere. Unter diesen Umständen geht es nicht an, auf die Erhebung der beantragten Beweise zu verzichten und der Beschwerdeführerin vorzuwerfen, sie habe ihre Behauptungen nicht bewiesen. Dies gilt umso mehr, als für den entsprechenden Nachweis nicht unbedingt eine aufwändige Einzelfallanalyse erforderlich wäre, sondern statistische Angaben, welche am ehesten von den Krankenversicherern beschafft werden können, genügten (vgl. *Schürer*, a.a.O., S. 85 und 89).

Da nach den Akten keine Hinweise bestehen, dass die Beschwerdeführerin durch die Überweisung an Spezialärzte und Spitäler überdurchschnittliche Kosten verursacht hat, bleibt der Gesamtkostenindex von 119 Punkten im Jahr 2001 bzw. 110 Punkten im Jahr 2002 massgebend, welcher innerhalb des gemäss angefochtenem Entscheid auf 130 Punkte festzusetzenden Toleranzrahmens liegt. Bei dieser Sachlage hat die Vorinstanz die Beschwerdeführerin zu Unrecht zur Rückerstattung von Fr. 93'757.70 für die Jahre 2001 und 2002 verpflichtet.

# Mitteilungen

## Communications

## Comunicazioni

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

### **Entzug der Bewilligung/Retrait de l'autorisation/ Ritiro dell'autorizzazione:**

290	Luzern	Verein CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (Vermögensübertragung auf die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG)	31.12.2006
376	Bern	Genossenschaft KPT/CPT Krankenkasse (Vermögensübertragung auf die KPT Krankenkasse AG)	31.12.2006
1159	Vollèges	Auxilia Assurance-maladie (transmission des actifs et passifs à l'Auxilia Assurance-maladie SA)	31.12.2006

### **Neue Versicherer/Nouveaux assureurs/Nuovi assicuratori:**

290	Luzern	CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bisher Verein CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung ; Erteilung der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung in der ganzen Schweiz)	01.01.2007
-----	--------	--	------------

376	Bern	KPT Krankenkasse AG (bisher Genossenschaft KPT/CPT Krankenkasse; Erteilung der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung in der ganzen Schweiz)	01.01.2007
-----	------	--	------------

1159	Vollèges	Auxilia Assurance-maladie SA (anciennement Auxilia Assurance-maladie ; Autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale dans toute la Suisse)	01.01.2007
------	----------	--	------------

**Tätigkeitsgebiet/Rayon d'activité/Raggio d'attività:**

1040	Visperterminen	Krankenkasse Visperterminen Prämienregion 2 des Kantons Wallis (bisher Kanton Wallis)	01.01.2007
------	----------------	---	------------

# Wichtige Mitteilung

## ■ Letzte Ausgabe der RKUV

*Sie halten die letzte Nummer der RKUV in den Händen. Das BAG (Bundesamt für Gesundheit) stellt nämlich das Erscheinen der RKUV auf Ende 2006 ein. Folgende Gründe führten zu diesem Schritt:*

- Seit dem Jahr 2000 veröffentlicht das Eidgenössische Bundesgericht praktisch die gesamte Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007 fünfte und sechste Abteilung des Bundesgerichts) im Internet. Nach wenigen Tagen oder Wochen sind die neu erlassenen Entscheide aufgeschaltet und kostenlos abrufbar ([www.bger.ch](http://www.bger.ch)). Mit dem verbesserten Internetzugang sank insbesondere der «Newswert» der RKUV. Von unverändertem Wert blieb jedoch die Publikation der Bundesratsentscheide.
- Am 3. Januar 2007 hat das Bundesverwaltungsgericht seine Tätigkeit aufgenommen. Die Beschwerden aufgrund von Artikel 53 KVG werden neu durch diese Institution und nicht mehr durch den Bundesrat beurteilt. Die Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts sind über eine Entscheiddatenbank auf der Homepage des neuen Gerichts ([www.bundesverwaltungsgericht.ch](http://www.bundesverwaltungsgericht.ch)) zugänglich. Entscheide, die der Bundesrat aufgrund des Übergangsrechts noch erlässt und die von allgemeinem Interesse sind, wird das BAG in Form von PDF-Dateien – wie bisher die RKUV – auf seiner Homepage ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)) aufschalten.
- Infolge der Ressourcensituation hätte das BAG das regelmässige Erscheinen der RKUV bzw. eines den neuen Begebenheiten angepassten Periodikums nicht mehr sicherstellen können.

An dieser Stelle danken wir Ihnen für Ihre Treue zur RKUV. Wir hoffen auf Ihr Verständnis für die Umstellung. Ebenfalls gedankt sei dem Redaktionsteam, dem Bundesamt für Bauten und Logistik und der Druckerei Südostschweiz Print AG in Chur für die einwandfreie Arbeit und den Einsatz in den vergangenen Jahren.

Dr. med. Peter Indra, Vizedirektor BAG

# Information importante

## ■ **Dernier numéro de la RAMA**

*Vous avez entre les mains le dernier numéro de la RAMA. En effet l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) a cessé de publier la RAMA à fin 2006. Plusieurs raisons ont conduit à une telle mesure :*

- Depuis l'année 2000, le Tribunal fédéral publie sur Internet quasiment toute la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA ; cinquième et sixième cour du Tribunal fédéral depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007). Ses décisions sont téléchargeables gratuitement ([www.tribunal-federal.ch](http://www.tribunal-federal.ch)) quelques jours ou semaines après avoir été rendues. La RAMA a perdu ainsi sa valeur d'actualité, tandis que l'accès à Internet s'améliorait. La publication des décisions du Conseil fédéral a cependant gardé toute sa valeur.
- Le Tribunal administratif fédéral est entré en fonction le 3 janvier 2007. Les recours basés sur l'art. 53 LAMal sont désormais tranchés par cette institution et non plus par le Conseil fédéral. Les décisions du Tribunal administratif fédéral sont accessibles dans une banque de données des décisions sur le site du nouveau tribunal ([www.bundesverwaltungsgericht.ch](http://www.bundesverwaltungsgericht.ch)). De son côté l'OFSP publiera sur son site ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)), sous forme de fichiers PDF, les décisions que le Conseil fédéral est encore amené à rendre en vertu du droit transitoire et qui sont d'intérêt général – comme le faisait jusqu'ici la RAMA.
- Faute de ressources, l'OFSP n'aurait plus été en mesure de garantir la parution régulière de la RAMA ou d'un périodique adapté aux nouvelles circonstances.

Nous saisissons cette occasion pour vous remercier de votre fidélité à la RAMA, en espérant que vous comprenez ce changement. Nous tenons encore à remercier l'équipe de rédaction, l'Office fédéral des constructions et de la logistique et l'imprimerie Südostschweiz Print AG à Coire de leur engagement et du travail irréprochable accompli au cours des années passées.

D' med. Peter Indra, sous-directeur de l'OFSP

# Informazione importante

## ■ Ultimo numero della RAMI

*Quello presente è l'ultimo numero della RAMI che ricevete, dato che l'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica) ha deciso di cessarne la pubblicazione alla fine del 2006. I motivi che hanno condotto a questa decisione sono i seguenti.*

- Dal 2000 il Tribunale federale pubblica su Internet praticamente tutta la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 costituisce la quinta e la sesta divisione del Tribunale federale). Le nuove decisioni sono disponibili gratuitamente dopo qualche giorno o settimana dalla loro emanazione ([www.bger.ch](http://www.bger.ch)). La facile accessibilità della rete ha diminuito il grado di attualità delle sentenze pubblicate dalla RAMI. La pubblicazione delle decisioni del Consiglio federale mantiene invece tutto il suo valore.
- Il 3 gennaio 2007 sono iniziate le attività del Tribunale amministrativo federale. I ricorsi fondati sull'articolo 53 LAMal verranno d'ora in poi trattati da questa istituzione e non più dal Consiglio federale. Le decisioni del Tribunale amministrativo federale possono essere consultate tramite una banca dati delle decisioni, accessibile dalla pagina Internet del nuovo tribunale (<http://www.bundesverwaltungsgericht.ch//it/index.htm>). Le decisioni tutt'ora emanate dal Consiglio federale in virtù del diritto transitorio e che sono d'interesse pubblico saranno pubblicate dall'UFSP sotto forma di documenti pdf sulla sua pagina Internet ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)), così com'era stato finora il caso per la RAMI.
- La carenza di risorse venutasi a creare in seno all'UFSP avrebbe determinato l'impossibilità di garantire la pubblicazione continua della RAMI o di un periodico adattato alla nuova situazione.

Teniamo a ringraziarvi per la vostra fedeltà alla RAMI e contiamo sulla vostra comprensione per questo cambiamento. Ringraziamo anche il comitato di redazione, l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica nonché la tipografia Südostschweiz Print AG di Coira per il lavoro impeccabile e per l'impegno dimostrato durante gli anni scorsi.

Dr. med. Peter Indra, vicedirettore dell'UFSP

# Sachverzeichnis 2006: KVG

<i>A. Gerichtsurteile</i>	<i>Seite</i>
Aufprall beim Scooter-Fahren .....	3
Freiwillige Taggeldversicherung	
– Frist, um einen Berufswechsel zu verlangen.....	341
– Leistungsverweigerung .....	12
– Verspätete Meldung einer Arbeitsunfähigkeit bei Mutter- schaft .....	226
Kostenbeteiligung: Beitrag an die Kosten des Spitalaufent- halts.....	147
Leistungen:	
– Arzneimittelabgabe .....	356
– bei plastisch-chirurgischen Eingriffen; ästhetischer Mange .....	55
– im Fall von echter Transsexualität.....	133
– Krankenpflege zu Hause; Familienangehörige als Ange- stellte einer Spitex-Organisation.....	303
– Rettungskosten im Ausland .....	348
– Wirtschaftlichkeit der Leistungen .....	286, 370
Prämien erhebung:	
– Aufschub der Übernahme der Leistungen.....	320
– Unteilbarkeit der Monatsprämie .....	325
– Verzugs- und Vergütungszinsen .....	40
Tarife	
– Halbprivat- oder Privataufenthalt im öffentlichen Spital: Leistung des «Sockelbeitrages» primär durch den Kran- kenversicherer .....	150
– Leistungsanspruch im tariflosen Zustand .....	313
– Tarifvereinbarung, welche das System des Tiers payant vorsieht .....	46
Verfahren:	
– Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherung. ....	6
– Verwaltungsgerichtsbeschwerde betreffend Spitalliste...	28

– Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen Beschwerdeentscheid des Bundesrates betreffend Festsetzung des Spitaltarifs. ....	136
– Zuständigkeit des Schiedsgerichts (Streitigkeit betreffend Verweigerung einer sog. Zahlstellenummer).....	199
– Zuständigkeit des Schiedsgerichts (Streitigkeit betreffend Zulässigkeit eines Tarifs für Privatpatienten).....	298
Versicherungspflicht: Ausnahme von der Versicherungspflicht in der schweizerischen Krankenversicherung.....	206
Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme:	
– Differenzzahlungspflicht.....	232
– Festlegung der Kostenbeteiligung des Wohnkantons bei ausserkantonaler Hospitalisierung .....	19
Wechsel des Versicherers; Kollektive Kündigung von Krankenversicherungsverhältnissen, Feststellungsklage des bisherigen Krankenversicherers.....	119
Zulassung als Leistungserbringer: Beurteilung der Gleichwertigkeit.....	204, 291

## *B. Bundesratsentscheide*

*Seite*

Festsetzung der Pflegeheimtarife; Einhaltung der Rahmentarife bei vielstufigen Tarifierungssystemen.....	257
Festsetzung der Pflegeheimtarife; Transparenz der Kosten, Bedarfsabklärung.....	271
Festsetzung der Tarife für die Krankenpflege zu Hause.....	275
Genehmigung eines Tarifvertrages für die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung von Privatspitälern	115

## *C. Mitteilungen*

*Seite*

Mutationen bei den Krankenversicherern.....	239, 338, 375
Einbindeaktion RKUV .....	421
Rechtspflege in Krankenversicherungssachen.....	60
Strafverfahren nach Artikel 93a KVG.....	159
Wichtige Mitteilung: Einstellung der RKUV .....	377

# Table des matières 2006: LAMal

<i>A. Arrêts du TF et du TFA</i>	<i>page</i>
Admission comme fournisseur: examen de l'équivalence...	204, 291
Assurance facultative d'indemnités journalières:	
– annonce tardive d'une incapacité de travail pour raison de maternité .....	226
– délais pour exiger un changement de profession .....	341
– refus de prestations .....	12
Changement d'assureur; résiliation collective des rapports d'assurance-maladie. Action en constatation .....	119
Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts:	
– détermination de la participation du canton de résidence.	19
– obligation de payer la différence.....	232
Contribution aux frais de séjour hospitalier .....	147
Choc en cas de conduite d'un scooter .....	3
Obligation de s'assurer : exemption à l'obligation d'assurance dans l'assurance-maladie suisse .....	206
Prestations :	
– caractère économique .....	286, 370
– dans le cas du transsexualisme vrai .....	133
– frais de sauvetage à l'étranger.....	348
– opérations de chirurgie plastique; défaut esthétique.....	55
– remise de médicament.....	356
– soins à domicile; membres de la famille en tant qu'employés d'une organisation spitex.....	303
Primes, non-paiement des primes :	
– intérêts moratoires et intérêts rémunérateurs.....	40
– principe de l'indivisibilité de la prime mensuelle .....	325
– suspension du paiement des prestations .....	320

Procédure:	
– compétence du tribunal arbitral (litige concernant le refus de l’attribution d’un code au registre des comptes créances) .....	199
– compétence du tribunal arbitral (litige concernant l’admissibilité d’un tarif pour patients privés).....	298
– exception à l’obligation de s’assurer.....	6
– recours de droit administratif contre une décision sur recours du Conseil fédéral en matière de fixation des tarifs hospitaliers. ....	136
– recours de droit administratif en matière de liste des hôpitaux .....	28

Tarifs :	
– convention tarifaire instaurant le système du tiers payant	46
– droit aux prestations en l’absence de tarif.....	313
– séjour hospitalier en division semi-privée ou privée d’un hôpital public; subvention cantonale.....	150

*B. Décisions du Conseil fédéral* *page*

Approbation d’une convention tarifaire pour le traitement hospitalier dans la division commune d’hôpitaux privés	115
Fixation des tarifs des établissements médico-sociaux ; respect des tarifs-cadre dans les systèmes tarifaires à plus de quatre niveaux .....	257
Fixation des tarifs des établissements médico-sociaux ; transparence des coûts, évaluation des soins requis .....	271
Fixation des tarifs pour les soins à domicile .....	275

*C. Communications* *page*

Information importante : cessation de la parution de la RAMA.....	378
Jurisprudence en matière d’assurance-maladie.....	60
Mutations dans l’état des assureurs-maladie.....	239, 338, 375
Possibilité de faire relier la RAMA	421
Procédure pénale selon l’article 93a LAMal.....	159

# Indice delle materie 2006: LAMal

<i>A. Sentenze del TF e del TFA</i>	<i>pagina</i>
Autorizzazione ad esercitare: Valutazione dell'equipollenza.....	204, 291
Cambiamento di assicuratore; disdetta collettiva dei rapporti di assicurazioni malattia obbligatoria; azione di accertamento.....	119
Contributo ai costi di degenza ospedaliera.....	147
Indennità giornaliera:	
– notificazione tardiva d'incapacità al guadagno in caso di maternità .....	226
– rifiuto di prestazioni .....	12
– termine per cambiamento esigibile di professione.....	341
Obbligo d'assicurazione:	
– esenzione dall'obbligo assicurativo all'assicurazione malattia svizzera .....	206
Premi, mancato pagamento dei premi:	
– interessi di mora e interessi compensativi .....	40
– principio dell'indivisibilità del premio mensile.....	325
– sospensione del pagamento delle prestazioni.....	320
Prestazioni:	
– consegna dei medicinali.....	356
– economicità delle prestazioni.....	266, 370
– in caso di vera transessualità .....	133
– interventi di chirurgia plastica; difetti estetici ... ..	55
– spese di salvataggio all'estero .....	348
– spitex.....	303
Procedura:	
– competenza del tribunale arbitrale .....	199, 298
– esonero dall'obbligo assicurativo .....	6
– ricorso di diritto amministrativo in materia di elenchi degli stabilimenti ospedalieri .....	28

– ricorso di diritto amministrativo contro una decisione su ricorso del Consiglio federale in materia di fissazione delle tariffe ospedaliere. ....	136
---	-----

Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi:

– obbligo da parte del Cantone di coprire la differenza.....	232
– ospedalizzazione fuori Cantone e assunzione della differenza dei costi.....	19

Tariffe:

– convenzione tariffale che instaura il sistema del terzo pagante .....	46
– diritto alle prestazioni in assenza di tariffe.....	313
– trattamento ospedaliero nel reparto semiprivato o privato di un ospedale pubblico o sovvenzionato dall'ente pubblico; contributo del Cantone .....	150

Urto avvenuto guidando uno scooter .....	3
--	---

*B. Decisioni del Consiglio federale* *pagina*

Approvazione di una convenzione tariffale per la cura ospedaliera nel reparto comune d'ospedali privati .....	115
Fissazione delle tariffe delle case di cura; rispetto delle tariffe limite nei sistemi tariffali a più di quattro livelli .....	257
Fissazione delle tariffe delle case di cura; trasparenza dei costi, valutazione dei bisogni .....	271
Fissazione delle tariffe per le cure a domicilio .....	275

*C. Comunicazioni* *pagina*

Informazione importante: Ultimo numero della RAMI .....	379
Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattia.....	60
Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie.....	239, 338, 375
Possibilità di rilegare la RAMI	421
Procedura penale secondo l'articolo 93a LAMal.....	159

# Schutz der Privatsphäre; Beweismittelverwertung

*U 586 Urteil des EVG vom 20.03.2006 i.Sa. M. U 289/05*

- **Schutz der Privatsphäre; Beweismittelverwertung (Art. 43 Abs.1 und Art. 61 lit. c ATSG)**

**Hatte eine private Haftpflichtversicherung eine Person rechtmässig durch einen Privatdetektiv beobachten lassen, bildet Art. 43 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 61 lit. c ATSG die gesetzliche Grundlage für die Verwendung der entsprechenden Beweismittel (Ermittlungsbericht und Videoband) durch die SUVA**

- **Protection de la sphère privée ; utilisation de moyens de preuve (art. 43, al.1, art. 61, let. c LPGA)**

**Lorsqu'une assurance privée en responsabilité civile a fait surveiller une personne par un détective privé de manière licite, l'art. 43, al. 1, en liaison avec l'art. 61, let. c, LPGA constitue une base légale permettant à la CNA d' utiliser les moyens de preuve concernés (rapport d' enquête et vidéocassette)**

- **Protezione della sfera privata; utilizzazione di mezzi di prova (art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGA)**

**Se un assicuratore privato ha fatto sorvegliare lecitamente una persona da un investigatore privato, l'articolo 43 capoverso 1 LPGA in combinato disposto con l'articolo 61 lettera c LPGA costituisce la base legale per l'utilizzazione dei relativi mezzi di prova (rapporti di sorveglianza e cassetta video) da parte dell'INSAI (cons. 2.5.1).**

Auszug aus den Erwägungen:

...

## 2.5

**2.5.1** Der von der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers veranlasste Ermittlungsbericht und das weiter erstellte Videoband sind zulässige Beweismittel, da die Observierung durch die Detektei rechtmässig war (Art. 28 Abs. 2 ZGB) und deren Ergebnisse von der SUVA verwertet werden durften (Art. 13 und 36 BV; zum Ganzen: BGE 129 V 323). Entgegen der Auffassung

des Beschwerdeführers war die Beobachtung insbesondere auch verhältnismässig; so hätte eine (weitere) medizinische Abklärung (dazu *Walter Kälin*, Die staatsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts in den Jahren 2003 und 2004, in: ZBJV 2004 S. 657) es nicht ermöglicht, festzustellen, was der Versicherte effektiv noch zu leisten vermag. Zu berücksichtigen ist, dass seit BGE 129 V 323 das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten ist. Art. 43 Abs. 1 ATSG auferlegt dem Unfallversicherer – gleich wie Art. 47 UVG in der bis Ende 2002 geltenden Fassung – die Pflicht zur Sachverhaltsabklärung, ohne dabei eine Beschränkung der Beweismittel vorzusehen. Sodann sind nach Art. 96 lit. b UVG die mit der Durchführung des UVG betrauten Organe befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um Leistungsansprüche zu beurteilen. Diese Normen bilden eine ausreichende Grundlage für den mit der Beobachtung durch einen Privatdetektiv verbundenen Eingriff in die Privatsphäre des Versicherten, zumal dieser Eingriff auch nicht schwer wiegt, wurde doch der Beschwerdeführer nur an einem öffentlich einsehbaren Raum und bei Tätigkeiten beobachtet und aufgenommen, die er aus freiem Willen ausgeführt hat (vgl. BGE 131 I 278 Erw. 4.1.1, 283 Erw. 5.1 sowie nicht publizierte Erw. 6.2). Damit bilden diese Normen eine ausreichende gesetzliche Grundlage für den mit der Beobachtung durch einen Privatdetektiv verbundenen Eingriff in die Privatsphäre des Versicherten. Dies gilt gestützt auf Art. 61 lit. c ATSG auch für das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht (*Ueli Kieser*, Kommentar zum ATSG, Rz 53 zu Art. 61 ATSG).

...

# Unterstellung, zuständiger Versicherer, «falscher» Versicherer

*U587 Urteil des EVG vom 9. Juni 2006 i.Sa S. (U484/05)*

- **Unterstellung, zuständiger Versicherer, «falscher» Versicherer (Art. 59, 66 und 77 UVG);**

Bei einem Unfall haftet diejenige Versicherung, die im Unfallzeitpunkt gegenüber dem Arbeitgeber Anspruch auf die Prämien für Unfälle hatte. Nicht entscheidend ist, ob der Betrieb im Unfallzeitpunkt oder schon früher nach Art. 59 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 66 Abs. 1 UVG der SUVA hätte unterstellt werden müssen. Es existieren nicht wenige Betriebe, die einer Privatversicherung angeschlossen sind, für welche sich aber die Frage der SUVA-Unterstellung nach einiger Zeit stellen kann. Gleiches gilt auch für die umgekehrte Konstellation.

- **Soumission, assureur compétent, «faux» assureur (art. 59, 66 et 77 LAA)**

En cas d'accident, répond l'assurance celui qui au moment de l'accident, avait droit au paiement pour l'employeur des primes pour les accidents. Le fait que l'entreprise aurait dû, au moment de l'accident ou avant celui-ci, être soumise à la CNA, conformément à l'art. 59, al. 1, en liaison avec l'art. 66, al. 1, LAA n'est pas déterminant. Il n'est pas rare, en effet, que la question de la soumission à la CNA puisse se poser après un certain temps pour une entreprise assurée auprès d'une compagnie privée. Cela vaut également dans le sens inverse.

- **Assoggettamento, assicuratore competente, «falso» assicuratore (art. 59 LAINF, art. 66 LAINF, art. 77 LAINF)**

In caso d'infortunio risponde l'assicurazione che al momento in cui esso è avvenuto aveva nei confronti del datore di lavoro diritto ai premi per infortuni. Non è determinante se l'azienda al momento dell'infortunio o già precedentemente avrebbe dovuto essere assoggettata all'INSAI secondo l'articolo 59 capoverso 1 in combinato disposto con l'articolo 66 capoverso 1 LAINF. Non sono poche le aziende affiliate ad un'assicurazione privata, a cui tuttavia dopo un certo tempo sono confrontate con la questione di un assoggettamento all'INSAI. Lo stesso vale anche in una situazione contraria a quella qui descritta.

I.

**A.**

**A.a** Der 1967 geborene S. sel. war bei X. als Landwirtschaftsmitarbeiter angestellt. Gemäss Vereinbarung vom 22./24. März 1992 schloss sich X. zur Versicherung aller seiner familienfremden Arbeitnehmer ab 15. März 1992 der Globalversicherung des Bauernverbandes an. Auf Grund des Rahmenvertrages zwischen der Vorsorgestiftung der schweizerischen Landwirtschaft (VSTL) und der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) vom 5./12. Dezember 1996 war S. bei dieser unfallversichert. Vom Arbeitgeber wurde der Versicherte für Bauarbeiten an die Firma Y. AG ausgeliehen. Im Rahmen dieser Tätigkeit verunfallte er am 9. Oktober 1997 auf einer Baustelle der Autobahn A 16 bei Z. tödlich. Die Visana, welcher der Unfall am 10. Oktober 1997 gemeldet worden war, teilte der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) am 2. März 1998 mit, da die Versicherungsunterstellung unklar sei, werde sie die sich aus dem Unfall ergebenden Leistungen vorerst ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erbringen, behalte sich jedoch das Rückforderungsrecht gegenüber der SUVA vor. Mit Verfügung vom 9. Juni 1998 lehnte die SUVA die Ausrichtung von Leistungen ab mit der Begründung, der Verstorbene sei im Zeitpunkt des Unfalls nicht bei ihr versichert gewesen. Die von der Witwe und dem Sohn des tödlich Verunfallten sowie der Visana hiegegen erhobenen Einsprachen wies die SUVA mit Entscheid vom 7. September 1999 ab. Die Visana erhob beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheides und die Verpflichtung der SUVA, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Da seiner Ansicht nach eine Frage der Zuständigkeit der SUVA zur Versicherung der Arbeitnehmer eines Betriebes zur Beurteilung anstand, trat das kantonale Gericht mit Entscheid vom 20. Dezember 2000 auf die Beschwerde nicht ein und überwies die Sache zuständigkeitshalber an die Eidgenössische Rekurskommission für die Unfallversicherung. Diese verneinte ihre Zuständigkeit, da dem Verfahren keine Unterstellungsverfügung, sondern die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zugrunde liege, und trat mit Entscheid vom 11. Juni 2001 auf die Beschwerde der Visana nicht ein. Die von der Visana hiegegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wies das Eidgenössische Versicherungsgericht im Sinne der Erwägungen ab und überwies die Akten zum Vorgehen im Sinne von Art. 78a UVG an das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV; Urteil vom 28. Mai 2003, Prozess U 255/01).

**A.b** Im Vermittlungsgespräch vom 5. Dezember 2003 vor dem BSV einigten sich die Parteien dahingehend, dass X. und nicht die Y. AG als Arbeitgeber des Versicherten zu gelten habe. Hingegen konnte keine Einigkeit über den zuständigen Versicherer erzielt werden. Deshalb hatte das BSV, Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit, BAG), hierüber am 18. Juni 2004 eine Verfügung erlassen, mit der es die Visana für den Unfall des S. sel. vom 9. Oktober 1997 als zuständig erklärte und sie verpflichtete, für die entsprechenden UVG-Leistungen aufzukommen.

**B.**

Die hiegegen von der Visana erhobene Beschwerde wies das Eidgenössische Departement des Innern mit Entscheid vom 9. November 2005 ab.

**C.**

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Visana, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides sei festzustellen, dass S. sel. am 9. Oktober 1997 bei der SUVA obligatorisch nach dem UVG gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert gewesen sei; die SUVA sei zu verpflichten, für seinen tödlichen Unfall die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen; die SUVA sei zu verpflichten, ihr die erbrachten Vorleistungen zurückzuerstatten. Die Vorinstanz und die SUVA schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das BAG verzichtet auf eine Vernehmlassung.

**D.**

Am 9. Juni 2006 führte das Eidgenössische Versicherungsgericht eine publikumsöffentliche Beratung durch.

II.

Das Eidg. Versicherungsgericht hat aus den folgenden Erwägungen die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen:

**1.**

**1.1** Die funktionelle Zuständigkeit des BAG und der Vorinstanz war gegeben (vgl. Urteil S. vom 28. Mai 2003, U 255/01).

**1.2** Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist zur Beurteilung des vorliegenden Streitfalles zuständig (Art. 98 lit. b OG in Verbindung mit Art. 128 OG;

*Jean-Maurice Frésard*, L'assurance-accident obligatoire, in: SBVR, Soziale Sicherheit, Basel 1998, S. 101 Rz 275).

**1.3** Die strittige Verfügung hat nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zum Gegenstand. Das Eidgenössische Versicherungsgericht prüft daher nur, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzte, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt wurde (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).

## **2.**

**2.1** Die gesetzlichen Grundlagen (Art. 58 f., Art. 66 Abs. 1 lit. b, 2 und 3, Art. 68 sowie Art. 76 UVG; Art. 88 UVV) sind von der Vorinstanz richtig wiedergegeben worden. Gleiches gilt hinsichtlich der Rechtsprechung zur richterlichen Füllung von Gesetzes- oder Verordnungslücken (BGE 129 V 6 Erw. 4.1.1 und 346 Erw. 4.1). Darauf wird verwiesen.

**2.2** Die Vorinstanz hat ihren Entscheid im Wesentlichen damit begründet, zum Zeitpunkt des Unfallereignisses habe aufgrund der Anschlussvereinbarung vom 22./24. März 1992 mit Versicherungsbeginn ab 15. März 1992 zwischen X. und dem Bauernverband Versicherungsschutz bestanden. Der Betrieb von X. sei im Zeitpunkt des Unfalles aufgrund der vorgenannten Vereinbarung bei der Visana AG nach Art. 68 UVG versichert gewesen. Der verunfallte Angestellte sei davon ebenfalls erfasst worden. Die Frage, ob der Betrieb von X. im Unfallzeitpunkt allenfalls der SUVA hätte angehören müssen, sei nicht näher zu prüfen. Denn die rückwirkende SUVA-Unterstellung sei mit dem Willen des Gesetzgebers nicht vereinbar; diesbezüglich bestehe ein qualifiziertes Schweigen. Die Unterstellungsfrage erfordere nämlich eine sorgfältige Analyse des Betriebes und die Zuteilung zu einer der gesetzlich definierten Betriebskategorien, was oft schwierig sei. Wäre zusätzlich noch ein in der Vergangenheit liegender Sachverhalt zu beurteilen, wäre der damit zusammenhängende Aufwand nicht abschätzbar. Zudem hätte dies zur Folge, dass der aktuellen Versicherungszugehörigkeit stets eine Unsicherheit innewohnen würde, da sich die Betriebsverhältnisse laufend ändern könnten. Es entspreche mithin einer möglichst einfachen und effizienten Handhabung der Versicherung und der Rechtssicherheit, wenn der bisherige Versicherungsvertrag solange dauere, bis die SUVA-Zuteilung erfolgt sei und damit die neue Versicherungsdeckung bestehe. Hievon abgesehen sei die Unterstellungsfrage nicht durch das Departement des Innern, sondern durch die Eidgenössische Rekurskommission für Unfallversicherung zu beurteilen.

### 3.

**3.1** Es steht fest, dass der verstorbene S. im Unfallzeitpunkt über seinen Arbeitgeber X. bei der Visana unfallversichert war. Sein Einkommen wurde der Visana ebenso gemeldet wie dasjenige der übrigen Betriebsangestellten. Gemäss Art. 77 Abs. 1 Satz 1 UVG obliegt es dem Versicherer, bei dem der Arbeitnehmer im Unfallzeitpunkt versichert war, die Leistungen zu erbringen. Diese gesetzliche Lösung ist logisch. Es soll diejenige Versicherung haften, die im Unfallzeitpunkt gegenüber dem Arbeitgeber Anspruch auf die Prämien für Berufsunfälle hatte (Art. 91 Abs. 1 UVG; *Alfred Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 69; vgl. auch BGE 116 V 51 ff. betreffend Art. 77 Abs. 2 UVG [Nichtberufsunfälle]).

### 3.2

**3.2.1** Nicht entscheidend ist, ob der Betrieb des X. oder zumindest derjenige Teil davon, in welchem S. tätig war, im Unfallzeitpunkt oder schon früher nach Art. 59 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 66 Abs. 1 lit. b UVG der SUVA hätte unterstellt werden müssen. Es existieren nicht wenige Betriebe, die einer Privatversicherung angeschlossen sind, für welche sich aber die Frage der SUVA-Unterstellung nach einiger Zeit stellen kann. Gleiches gilt auch für die umgekehrte Konstellation. Die Rechtsprechung unterscheidet ungegliederte sowie gegliederte Betriebe und bei den Letzteren gemischte Betriebe sowie solche, deren Teile zueinander im Verhältnis von Haupt- und Hilfs- bzw. Nebenbetrieb stehen (vgl. BGE 113 V 333 f. Erw. 5, 348 f. Erw. 3b und c; RKUV 2005 Nr. U 534 S. 46 Erw. 2 [Urteil H. vom 15. September 2004, U 16/04]). Schliesslich ist die Praxis zu Art. 66 Abs. 1 lit. m UVG vielfältig und erfasst diverse technische Büros, z.B. Ingenieur- oder Architekturbüros, die sich mit konkreten Ausführungsplänen im Hinblick auf die Realisierung eines bestimmten Projekts befassen. Sie gilt aber nicht für Studienbüros, die unverbindliche Studien und Berechnungen im Bereiche der Forschung, Entwicklung, Raumplanung usw. erarbeiten. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Denkmodelle, Leitbilder und Varianten, die der vorläufigen Orientierung oder als Grundlage zur Entscheidungsfindung von Unternehmensleitungen, Behörden oder Kommissionen dienen und keinen Bezug zu einem konkreten Projekt haben (RKUV 1988 Nr. U 51 S. 292 Erw. 4d; Urteil A. SA vom 25. Januar 2006 Erw. 3.4, U 416/05). Diese rechtsprechungsgemässen Differenzierungen zeigen, dass die Unterstellungsfrage nicht immer leicht zu entscheiden ist. Es ist mithin die Frage der Unterstellungspflicht nicht erst anlässlich eines konkreten Unfalls aufzuwerfen. In diesem Sinne hat die SUVA nicht die Funktion einer Ersatzkasse für alle Betriebe, die ihr zu Unrecht nicht unterstellt worden waren. Für diese Lösung spricht auch die umgekehrte Konstellation, in der die SUVA nach einem Unfall feststellt, der betreffende Betrieb sei zu Unrecht bei ihr versichert gewesen. Diesfalls ist

die SUVA leistungspflichtig und nicht die Ersatzkasse nach Art. 72 f. UVG, die einzig zur Vermeidung einer Versicherungslücke für Fälle geschaffen worden ist, in denen der Arbeitgeber die Arbeitnehmer nicht versichert hat. Im Übrigen sind die Privatversicherer nicht von der Prüfung der Frage entbunden, ob die Betriebe, welche sie versichern, nicht unter Art. 66 UVG fallen. Sie können nicht darauf vertrauen, die korrekte Unterstellung eines Betriebes könne später anlässlich eines konkreten Unfalls immer noch überprüft werden.

**3.2.2** Das Abstellen auf den im Unfallzeitpunkt tatsächlich bestehenden Versicherungsvertrag liegt im Interesse der Versicherten und eines guten Funktionierens der Sozialversicherung. Denn einerseits kann von einem Unfallopfer nicht erwartet werden, dass es die Erledigung des Zuständigkeitskonfliktes zwischen den Versicherern abwartet, bevor ihm Versicherungsleistungen ausgerichtet werden. Andererseits ergäben sich schwierige (Rück-)Abwicklungsprobleme, falls zunächst der nach Art. 77 Abs. 1 Satz 1 UVG zuständige Versicherer die Leistungen zu erbringen hätte, nachträglich aber ein anderer als leistungspflichtig erklärt würde. Ungeklärt wäre, wie mit den vom bisherigen Versicherer bereits erlassenen Verfügungen oder Entscheiden, mit den von ihm schon erbrachten Leistungen, mit hängigen Fragen und mit der Rückerstattung sowie nachträglichen Erhebung der Prämien zu verfahren wäre. Es trifft zwar zu, dass in einem konkreten Versicherungsfall zweifelhaft sein kann, wer leistungspflichtig ist. Zuständigkeitsfragen stellen sich insbesondere, wenn ein Versicherter gleichzeitig für mehrere Arbeitgeber tätig ist, wenn er mehrere Unfälle erlitten hat oder wenn er nach einem Unfall den Arbeitgeber wechselt (vgl. auch *Morger*, Die Mehrfachträgerschaft in der obligatorischen Unfallversicherung, in: Sozialversicherungsrecht im Wandel, Festschrift 75 Jahre EVG, Bern 1992, S. 559). Der vorliegende Fall liegt indessen ausserhalb solcher Konstellationen und rechtfertigt nach dem Gesagten die Lösung gemäss Art. 77 Abs. 1 Satz 1 UVG.

**3.2.3** Zu keinem anderen Resultat führt Ziff. 2 des Rahmenvertrags der VSTL mit der Visana vom 5./12. Dezember 1996, der wie folgt lautet: «Versichert werden können alle UVG-unterstellten Betriebe in den Kantonen Bern und Solothurn, die sich nicht der SUVA anschliessen müssen.» Diese Klausel gibt im Wesentlichen nur den Wortlaut von Art. 68 Abs. 1 Ingress UVG wieder, kann aber nichts an der Leistungszuständigkeit gemäss Art. 77 Abs. 1 Satz 1 UVG ändern. Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach im Ergebnis als rechens.

**4.**

Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Dem Prozessausgang entsprechend hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 135 in Verbindung mit Art. 156 Abs. 1 OG). Die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Zusprechung einer Parteienschädigung an die obsiegende SUVA und das obsiegende BAG sind nicht gegeben (Art. 159 Abs. 2 OG; BGE 128 V 133 Erw. 5b mit Hinweisen).

# Verzugszinsberechnung

*U 588 Urteil des EVG vom 5. September 2006 i.Sa. T. (U 257/06)*

## ■ Verzugszinsberechnung Art. 26 Abs. 2 ATSG

Umstritten ist der Beginn der 24-Monatsfrist (vgl. Art. 26 Abs. 2 ATSG). Nach Ansicht der SUVA beginnt der Verzugszins für jede einzelne monatliche Rentenzahlung jeweils erst 24 Monate nach deren Fälligkeit zu laufen. Nach dem angefochtenen Urteil und der Ansicht des T.E. beginnt die Verzugszinspflicht 24 Monate nach dem Rentenbeginn für die gesamten bis anhin aufgelaufenen Leistungen.

Das EVG kommt zum Schluss, dass nach Sinn und Zweck der Regelung die Verzugszinspflicht zwei Jahre nach Beginn der Rentenberechtigung als solcher, nicht erst jeweils zwei Jahre nach Fälligkeit jeder einzelnen Monatsrente beginnt. Der Sinn der 24-Monatsfrist liegt nicht darin, generell die Verzugszinspflicht erst um zwei Jahre verzögert eintreten zu lassen, sondern darin, der Versicherung einen gewissen Zeitraum für Abklärungen zu gewähren, innert welchem sie noch keine Verzugszinsen bezahlen muss. Diese Abklärungen beziehen sich in aller Regel nicht auf einzelne Monatsrenten, sondern auf die Rentenberechtigung als solche.

## ■ Calcul des intérêts moratoires (art. 26, al. 2, LPGA)

Le point litigieux est le début du délai de 24 mois fixé à l'art. 26, al. 2, LPGA. Pour la CNA, ce délai ne commence à courir pour chaque rente mensuelle pour 24 mois après son échéance. Selon le jugement attaqué et l'argumentation du recourant, l'obligation de verser des intérêts moratoires naît 24 mois après le début du droit à la rente, pour des prestations dues jusque là.

Le TFA arrive à la conclusion que, l'intégralité selon le sens et le but de la norme en question, cette obligation prend naissance après le début du droit à la rente en tout que tel et non pas aux rentes, et non à compter de l'échéance de chaque rente mensuelle. Ce délai n'a pas été fixé simplement pour retarder de deux ans le début de l'obligation de payer des intérêts moratoires, mais bien pour laisser à l'assureur un laps de temps lui permettant de clarifier certains points sans être déjà tenu de payer. Or, ces éclaircissements se rapportent généralement au droit à la rente en tant que tel, et non pas à chaque rente mensuelle.

■ **Calcolo dell'interesse di mora (art. 26 cpv. 2 LPGA)**

**L'inizio del termine di 24 mesi è controverso (cfr. art. 26 cpv. 2 LPGA). Secondo l'INSAI, l'interesse di mora per ogni singolo pagamento della rendita mensile comincia a decorrere dopo che sono trascorsi 24 mesi dalla sua scadenza. Secondo la sentenza impugnata e l'opinione del T.E., l'obbligo del pagamento dell'interesse di mora comincia 24 mesi dopo la nascita del diritto alla rendita per le intere prestazioni scadute fino a quel momento.**

**Il TFA giunge alla conclusione che, a seconda del senso e dello scopo del disciplinamento, l'obbligo del pagamento dell'interesse di mora inizia due anni dopo la nascita del diritto alla rendita come tale e non due anni dopo la scadenza di ogni singola rendita mensile. Il senso del termine di 24 mesi non è quello di prorogare di due anni la nascita dell'obbligo al pagamento dell'interesse di mora in generale, bensì di concedere all'assicurazione un certo lasso di tempo per gli accertamenti del caso, durante il quale essa non sia obbligata a pagare un interesse di mora. Questi accertamenti di regola non si riferiscono alle singole rendite mensili, bensì al diritto alla rendita come tale.**

I.

**A.**

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) sprach T. mit Verfügung vom 14. Mai 2004 aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 40 % eine Invalidenrente mit Wirkung ab 1. November 1996 sowie eine Integritätsentschädigung zu und setzte dabei für die Zeit bis Ende Mai 2004 einen Verzugszins von Fr. 7405.– fest, später korrigiert auf Fr. 7708.–. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 30. November 2004 fest.

**B.**

T. erhob dagegen Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich. Dieses hiess mit Urteil vom 5. April 2006 die Beschwerde gut, hob den Einspracheentscheid auf und wies die Sache an die SUVA zurück, damit sie die Verzugszinsberechnung im Sinne der Erwägungen vornehme und neu verfüge.

**C.**

Die SUVA erhebt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, das Urteil des Sozialversicherungsgerichts sei aufzuheben und der Einspracheentscheid sei zu bestätigen. Der Beschwerdegegner schliesst auf Abweisung der

Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Stellungnahme verzichtet.

II.

Das Eidg. Versicherungsgericht hat aus den folgenden Erwägungen die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen:

**1.**

Streitig ist einzig die Art der Verzugszinsberechnung gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG auf den Invalidenrenten. Unbestritten ist, dass die Verzugszinspflicht erst mit dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 (vgl. BGE 130 V 334 Erw. 6) und erst 24 Monate nach Entstehung des Anspruchs beginnt. Umstritten ist aber, wann diese 24-Monatsfrist beginnt bzw. was unter «Entstehung des Anspruchs» zu verstehen ist. Nach Ansicht der Beschwerdeführerin beginnt der Verzugszins für jede einzelne monatliche Rentenzahlung jeweils erst 24 Monate nach deren Fälligkeit zu laufen. Nach dem angefochtenen Urteil sowie nach Ansicht des Beschwerdegegners beginnt die Verzugszinspflicht 24 Monate nach dem Rentenbeginn für die gesamten bis anhin aufgelaufenen Leistungen.

**2.**

Die Auffassung der Vorinstanz entspricht derjenigen, die das Bundesamt für Sozialversicherung im Rahmen der AHV/IV entwickelt hat (AHI-Praxis 2003 S. 46 f.; ebenso *Kieser*, ATSG-Kommentar, Art. 26 N 20; *Kieser*, Auswirkungen des ATSG - erste Erfahrungen aus Verwaltungsverfahren und Rechtsprechung, in: *Schaffhauser/Kieser* [Hrsg.], Praktische Anwendungsfragen des ATSG, St. Gallen 2004, S. 9 ff., 19; *Mario Christoffel*, Spezifische Fragen, in: *Schaffhauser/ Kieser*, a.a.O., S. 145 ff., 155). Die Unfallversicherer wenden hingegen die von der Beschwerdeführerin vertretene Berechnungsmethode an (vgl. auch *Peter Omlin*, Erfahrungen in der UV, in: *Schaffhauser/Kieser*, a.a.O., S. 57 ff., 69 f.).

**3.**

**3.1** Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet der Wortlaut der Bestimmung. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente. Abzustellen ist dabei namentlich auf die Entstehungsgeschichte der Norm und ihren Zweck, auf die dem Text zu Grunde liegenden Wertungen sowie auf die Bedeutung, die der Norm im Kontext mit anderen Bestimmungen zukommt. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht

unmittelbar entscheidend, dienen aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen (BGE 131 I 396 Erw. 3.2, 131 II 368 Erw. 4.2, 131 V 93 Erw. 4.1, 176 Erw. 3.1, 439 Erw. 6.1, 130 II 211 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Namentlich bei neueren Texten kommt den Materialien eine besondere Stellung zu, weil veränderte Umstände oder ein gewandeltes Rechtsverständnis eine andere Lösung weniger nahelegen (BGE 131 V 292 Erw. 5.2, 128 I 292 Erw. 2.4, 124 II 377 Erw. 6a). Das Bundesgericht hat sich bei der Auslegung von Erlassen stets von einem Methodenpluralismus leiten lassen und nur dann allein auf das grammatische Element abgestellt, wenn sich daraus zweifelsfrei die sachlich richtige Lösung ergab (BGE 131 II 703 Erw. 4.1, 124 II 376 Erw. 5 mit Hinweisen).

**3.2** Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG beginnt die Verzugszinspflicht «nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung» (frz. «à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit»; ital. «sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto»). Ob sich der «Anspruch» («droit», «diritto») auf die einzelnen monatlichen Rentenzahlungen oder auf die Rentenberechtigung als solche bezieht, ergibt sich aus dem Wortlaut nicht ausdrücklich. Auch der von beiden Parteien zitierte BGE 131 V 361, Erw. 2.2, gibt dazu keine Antwort: Das Eidgenössische Versicherungsgericht erwähnt dort einerseits, dass «die jeweiligen Rentenbetreffnisse» ab dem Zeitpunkt zu verzinsen seien, in welchem die «seit Anspruchsbeginn» verstrichene Zeitspanne 24 Monate erreicht habe; daraus geht nicht hervor, ob auch der Anspruchsbeginn sich auf die jeweiligen Rentenbetreffnisse bezieht. Vielmehr ergibt sich aus der nicht amtlich publizierten Erwägung 3 dieses Entscheids, dass die hier streitige Frage damals nicht entschieden wurde.

**3.3** Art. 7 Abs. 2 ATSV, wonach der Verzugszins monatlich auf dem bis Ende des Vormonats aufgelaufenen Leistungsanspruch berechnet wird, spricht in seinem deutschen Wortlaut eher für die Auffassung der Vorinstanz, während namentlich der französische Wortlaut («L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent») auch die umgekehrte Auffassung zuliesse. Indessen betrifft Art. 7 ATSV nur die Berechnungsweise nach Entstehung des Anspruchs auf Verzugszins und sagt nichts aus über diesen Beginn.

**3.4** In systematischer Auslegung spricht der in Art. 26 Abs. 2 ATSG verwendete Ausdruck «Entstehung des Anspruchs» für die Auffassung der Vorinstanz und des Beschwerdegegners: Wenn das Gesetz im Zusammenhang mit

Renten vom Beginn oder von der Entstehung des Anspruchs spricht (Art. 19 Abs. 1 UVG; Art. 29 Abs. 1 IVG; Art. 21 Abs. 2 AHVG), dann meint es damit in der Regel den Rentenbeginn als solchen, nicht die einzelnen monatlichen Rentenzahlungen. Dies gilt auch für Art. 26 ATSG, wie sich namentlich aus dem letzten Halbsatz von Abs. 2 ergibt: Das Pronomen «dessen» bezieht sich auf den Anspruch; der Halbsatz setzt damit voraus, dass der Anspruch geltend gemacht wird. Geltend gemacht wird jedoch in der Regel nur die Rentenberechtigung als solche, nicht aber die einzelne monatliche Rentenzahlung, welche – sobald einmal der Rentenanspruch festgesetzt ist – automatisch erfolgt (vgl. Art. 19 Abs. 1 ATSG).

**3.5** Die Beschwerdeführerin beruft sich demgegenüber auf Art. 24 und 25 ATSG. In der Tat bezieht sich der in Art. 24 Abs. 1 ATSG enthaltene Ausdruck «Anspruch auf ausstehende Leistungen» bei Renten klar auf die einzelnen Monatsbeträge und nicht auf das Rentenstammrecht, ebenso der «Anspruch» auf Rückerstattung gemäss Art. 25 Abs. 3 ATSG. Dies ergibt sich in diesen Fällen freilich notwendigerweise aus dem Regelungsgegenstand, würde doch sonst der Anspruch (auf ausstehende Leistungen oder auf Rückerstattung) unter Umständen schon erloschen sein, bevor er überhaupt fällig geworden bzw. bevor die entsprechende Leistung bezahlt worden ist. Diese Überlegung gilt aber nicht gleichermassen für den Verzugszins: Typischerweise beginnt dieser mit dem Verfall der Forderung zu laufen, bei Renten somit grundsätzlich mit der Fälligkeit jeder einzelnen Rente, freilich mit der Sonderregelung von Art. 105 OR (vgl. BGE 119 V 135 Erw. 4c; SZS 1997 S. 465 Erw. 4). Wenn Art. 26 ATSG den Beginn der Verzugszinspflicht um zwei Jahre hinausschiebt, dann folgt aber daraus nicht zwingend, dass diese Frist jeweils für jede einzelne Monatsrente gilt. Die entgegengesetzte Auffassung führt nicht zu einem logisch widersprüchlichen oder unmöglichen Ergebnis.

**3.6** Abzustellen ist unter diesen Umständen auf den Sinn und Zweck von Art. 26 Abs. 2 ATSG, wie er sich namentlich aus der Entstehungsgeschichte ergibt: Die Kommission des Ständerates sah eine Verzugszinspflicht entsprechend der bisherigen Praxis nur bei trölerischem oder widerrechtlichem Verhalten des Schuldners oder bei einzelgesetzlicher Regelung vor (Art. 33 des Entwurfs; BBl 1991 II 195). Die Nationalratskommission schlug stattdessen die Gesetz gewordene Fassung vor (BBl 1999 4578 f.). Zur Begründung der 24-Monatsfrist führte sie aus: «Die Kommission trägt dem Umstand, dass in den IV-Verfahren zum Teil komplexe Abklärungen nötig sind, die auch einige Zeit in Anspruch nehmen, Rechnung, indem sie grundsätzlich erst nach 24 Monaten eine Verzugszinspflicht auf Leistungen entstehen lässt.» Sie war der Auffassung, dass es möglich sein sollte, den grössten Teil der Verfahren

innert zweier Jahre abzuschliessen, so dass sich die Mehrkosten im Rahmen halten lassen sollten. Im Nationalrat wurde die Bestimmung ohne Diskussion angenommen, nachdem der Berichterstatter darauf hingewiesen hatte, das Prinzip des Verzugszinses sollte in einer sehr zurückhaltenden Art und Weise verankert werden, die es auch bei der Invalidenversicherung möglich machen sollte, in dieser Zeit zu Entscheiden zu gelangen (Amtl. Bull. N 1999 1243; sinngemäss ebenso dann auch der Ständerat, Amtl. Bull. S 2000 180). Der Sinn der 24-Monatsfrist liegt nach diesen Äusserungen nicht darin, generell die Verzugszinspflicht erst um zwei Jahre verzögert eintreten zu lassen, sondern darin, der Versicherung einen gewissen Zeitraum für Abklärungen zu gewähren, innert welchem sie noch keine Verzugszinsen bezahlen muss. Diese Abklärungen beziehen sich in aller Regel nicht auf einzelne Monatsrenten, sondern auf die Rentenberechtigung als solche. Nach dem Sinn und Zweck der Regelung beginnt somit die Verzugszinspflicht zwei Jahre nach Beginn der Rentenberechtigung als solcher, nicht erst jeweils zwei Jahre nach Fälligkeit jeder einzelnen Monatsrente.

#### **4.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Die SUVA hat dem anwaltlich vertretenen Beschwerdegegner eine Parteienschädigung zu bezahlen (Art. 159 OG).

# Nichteignungsverfügung gegenüber freiwillig Versicherten

*U 589 Urteil des EVG vom 13. Juni 2006 i.Sa. S. (41/05)*

## ■ Nichteignungsverfügung gegenüber freiwillig Versicherten

**In der freiwilligen Versicherung sind die Arbeitssicherheitsbestimmungen, insbesondere die Bestimmungen über die Nichteignungsverfügung (Art. 84 Abs. 2 UVG; Art. 78 VUV), auch nicht analog anwendbar. Gegenüber den freiwillig Versicherten ist keine Nichteignungsverfügung zu erlassen.**

## ■ Décision d'inaptitude à l'encontre des assurés à titre facultatif

**Dans l'assurance facultative les dispositions sur la sécurité au travail, notamment celles relatives aux décisions d'inaptitude (art. 84 al. 2 LAA; art. 78 OPA), ne s'appliquent même pas par analogie. Il n'y a pas lieu de prendre de décision d'inaptitude à l'encontre des assurés à titre facultatif.**

## ■ Decisione di inidoneità per gli assicurati a titolo facoltativo

**Le prescrizioni inerenti alla sicurezza del lavoro, specialmente disposizioni relative alla inidoneità (art. 84 al. 2 LAINF; art. 78 OPI), non sono applicabili nemmeno per analogia a assicurati a titolo facoltativo. Nessuna decisione di inidoneità è da emanare per gli assicurati a titolo facoltativo.**

I.

**A.**

Der 1943 geborene S. war als selbstständiger Physiotherapeut der freiwilligen Unfallversicherung der Alpina (heute Zürich Versicherungs-Gesellschaft, nachfolgend Zürich) angeschlossen. Am 16. Oktober 2000 teilte er der Alpina mittels Unfallmeldung mit, er leide an einer Allergie teils des ganzen Körpers, speziell beider Hände. Seiner Meinung nach handle es sich um eine Berufskrankheit. Die Alpina holte von verschiedenen Ärzten Abklärungen und Zeugnisse ein. Danach lag ein dyshidrosiformes Palmoplantar-Ekzem bei Spättypsensibilisierung gegenüber Duftstoff-Mix, Formaldehyd, Dibromdicyanobutan, Malvedrin vor. Die Alpina benachrichtigte am 25. Februar 2002 die

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), dass sie das Vorliegen einer Berufskrankheit akzeptiert habe und bat sie zu prüfen, ob eine Nichteignungsverfügung zu erlassen sei. Dr. med. R. der SUVA, Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, besuchte hierauf den Versicherten. In einem Besuchsrapport vom 15. August 2002 hielt er fest, dass sich das ausgedehnte und arbeitsbedingte Handekzem trotz stationärer und ambulanter Behandlung so lange nicht unter Kontrolle bringen lasse, als schädigende Berufskontakte fortbestehen würden. Es sei gerechtfertigt, dem Versicherten per 1. September 2002 eine Nichteignungsverfügung auszustellen des Inhalts, er sei für weitere Kontakte zu Dibromdicyanobutan, Formaldehyd, Lemongrasoel, Duftstoffe-Mix und Jod als ungeeignet zu erklären. Nachdem die SUVA festgestellt hatte, dass S. freiwillig unfallversichert war, teilte sie der Alpina am 26. August 2002 mit, dass sie keine Nichteignungsverfügung erlassen könne. Aus arbeitsmedizinischer Sicht sei allerdings dringend zu empfehlen, dass er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausübe. Auf Ersuchen des Versicherten verfügte die SUVA am 5. August 2003, es könne keine Nichteignungsverfügung erlassen werden, da er als freiwillig Versicherter der Unfallverhütung nicht unterstehe. Auf Einsprache des Versicherten hin hielt die SUVA mit Einspracheentscheid vom 30. September 2003 an ihrem Standpunkt fest.

#### **B.**

Mit Entscheid vom 16. Dezember 2004 wies die Eidgenössische Rekurskommission für die Unfallversicherung das Begehren des Versicherten, es sei der Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die SUVA anzuweisen, eine Nichteignungsverfügung zur Berufskrankheit zu erlassen, ab.

#### **C.**

S. erhebt Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt, die SUVA sei anzuweisen, eine Nichteignungsverfügung zu seiner Berufskrankheit zu erlassen; eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit die Zürich zum Verfahren beigelegt werde.

Die SUVA beantragt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Die als Mitbeteiligte beigelegene Zürich schliesst auf deren Abweisung.

#### **D.**

Am 13. Juni 2006 führte das Eidgenössische Versicherungsgericht eine publikumsöffentliche Beratung durch.

II.

Aus den folgenden Erwägungen hat das Eidg. Versicherungsgericht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen:

**1.**

Streitig ist die Frage, ob der Beschwerdeführer als freiwillig Versicherter den Vorschriften der Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV), namentlich über den Ausschluss gefährdeter Arbeitnehmer gemäss den Art. 78 und 79 untersteht, und gegebenenfalls, ob die SUVA gegenüber dem Versicherten eine Nichteignungsverfügung zur Ausübung seines Berufes als Physiotherapeut zu erlassen hat. Von der Interessenlage her ist den Beteiligten klar, dass dem Beschwerdeführer an einer Nichteignungsverfügung gelegen ist, um damit die Voraussetzungen für die Erlangung der damit verbundenen finanziellen Leistungen (wie Übergangstaggeld gemäss Art. 83 f. und Übergangsentschädigung gemäss Art. 86 f. VUV) zu erfüllen. Ansprüche auf solche Leistungen sind nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Ebenso ist auf die von der Vorinstanz angestellten Überlegungen, ob die Zürich möglicherweise entsprechende Leistungen auch ohne das Vorliegen einer Nichteignungsverfügung erbringen würde, nicht weiter einzugehen.

**2.**

Der strittige Entscheid hat nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zum Gegenstand. Das Eidgenössische Versicherungsgericht prüft daher nur, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzt, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt wurde (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).

**3.**

Nach Art. 4 Abs. 1 UVG können sich in der Schweiz wohnhafte Selbstständigerwerbende freiwillig versichern. Für die freiwillige Versicherung gelten nach Art. 5 Abs. 1 UVG sinngemäss die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung. Abs. 2 von Art. 5 UVG ermächtigt den Bundesrat, ergänzende Bestimmungen über die freiwillige Versicherung zu erlassen. Er ordnet namentlich den Beitritt, Rücktritt und den Ausschluss sowie die Prämienberechnung.

Daraus ist ersichtlich und kommt auch in den Materialien zum Ausdruck, dass es nicht der Wille des Gesetzgebers war, freiwillig und obligatorisch Versicherte durchwegs gleichzustellen. Vielmehr wurde vorgesehen, dass der Bundesrat, «soweit die freiwillige Versicherung besonderer Vorschriften bedarf», diese erlässt (Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 18. August 1976, BBl 1976 III 186). Sodann geht das Konzept des UVG davon aus, dass selbstständig Erwerbende und ihre Familien nicht den gleichen umfassenden Schutz benötigen wie Arbeitnehmer, was sich bereits im Umstand äussert, dass jene dem Versicherungsobligatorium nicht unterstehen (BBl 1976 III 164). Nach richtiger Auslegung des Art. 5 UVG sind die Bestimmungen der obligatorischen Versicherung anzuwenden, wenn dies als sinnvoll erscheint. Sinngemäss kann nur bedeuten, dass Abweichungen zulässig sind, soweit sie sich mit dem unterschiedlichen Charakter der beiden Zweige begründen lassen (RKUV 2000 Nr. U 373 S. 172 f. Erw. 4a; *Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 89 f.).

#### **4.**

**4.1** Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich von Sinn und Zweck sowie der dem Text zu Grunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, u.a. dann nämlich, wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit andern Vorschriften ergeben (BGE 131 II 31 Erw. 7.1, 131 III 35 Erw. 2, 131 V 93 Erw. 4.1, 128 Erw. 5.1, 130 V 232 Erw. 2.2, 295 Erw. 5.3.1, 428 Erw. 3.2, 475 Erw. 6.5.1, 484 Erw. 5.2, 129 V 284 Erw. 4.2, je mit Hinweisen; Urteil K. vom 21. April 2006 Erw. 5.1, B 105/05).

#### **4.2**

**4.2.1** Die Unfallverhütung ist im 6. Titel (Art. 81 bis Art. 88) des UVG geregelt. Dieser beinhaltet zwei Kapitel, von denen im vorliegenden Zusammenhang nur das erste - Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 81 bis Art. 87 UVG) - von Bedeutung ist. Dieses Kapitel ist in vier Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt definiert in Art. 81 Abs. 1 UVG den Geltungsbereich und grenzt ihn ein auf alle Betriebe, die in der Schweiz Arbeitnehmer beschäftigen. Gemäss Abs. 2 kann der Bundesrat die Anwendung dieser

Vorschriften für bestimmte Betriebs- oder Arbeitnehmerkategorien einschränken oder ausschliessen.

Der 2. Abschnitt (Art. 82 bis 84 UVG) umschreibt die Pflichten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Er beinhaltet in Art. 82 UVG allgemeine Regeln, die sich auf die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer beziehen; gemäss Abs. 1 ist der Arbeitgeber verpflichtet, zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den gegebenen Verhältnissen angemessen sind. Art. 83 Abs. 1 Satz 1 UVG beauftragt den Bundesrat, nach Anhören der unmittelbar beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen Vorschriften über technische, medizinische und andere Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten in den Betrieben zu erlassen. Art. 84 UVG regelt die Befugnisse der Durchführungsorgane. Nach dessen Abs. 1 können die Durchführungsorgane nach Anhören des Arbeitgebers und der unmittelbar betroffenen Versicherten bestimmte Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten anordnen. Der Arbeitgeber hat den Durchführungsorganen den Zutritt zu allen Arbeitsräumen und Arbeitsplätzen des Betriebs zu gewähren und ihnen zu gestatten, Feststellungen zu machen und Proben zu entnehmen. Abs. 2 Satz 1 des Art. 84 UVG bestimmt, dass die Durchführungsorgane Versicherte, die hinsichtlich Berufsunfällen oder Berufskrankheiten durch bestimmte Arbeiten besonders gefährdet sind, von diesen Arbeiten ausschliessen können. Im 3. Abschnitt (Durchführung, Art. 85 f. UVG) bestimmt Art. 86 Abs. 2 Folgendes: Werden Leben oder Gesundheit von Arbeitnehmern durch Missachtung von Sicherheitsvorschriften schwer gefährdet, so verhindert die zuständige kantonale Behörde die Benützung von Räumen oder Einrichtungen und schliesst in besonders schweren Fällen den Betrieb bis zur Behebung des sicherheitswidrigen Zustandes; sie kann die Beschlagnahme von Stoffen und Gegenständen verfügen.

Aus dem Wortlaut dieser Gesetzesbestimmungen ergibt sich klar, dass die Unfallverhütung allein die in den Betrieben tätigen Arbeitnehmer - ohne die Arbeitgeber - betrifft und dass als Versicherte, die von besonders gefährdenden Arbeiten ausgeschlossen werden können (Art. 84 Abs. 2 UVG), auch nur die Arbeitnehmer gelten. Hieran ändert nichts, dass diese Bestimmung nicht von «Arbeitnehmern», sondern von «Versicherten» spricht. Denn diesbezüglich ist auf ihren Abs. 1 zu verweisen, worin zwischen dem «Arbeitgeber» und den «unmittelbar betroffenen Versicherten» unterschieden wird. Mit den «Versicherten» können mithin nur die Arbeitnehmer gemeint sein, was auch im Rahmen von Abs. 2 gilt.

**4.2.2** Diesen Schluss legt auch die Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Verordnung über die Unfallverhütung, VUV) vom 19. Dezember 1983 nahe.

Im 1. Titel betreffend die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (Arbeitssicherheit; Art. 1 bis Art. 46 VUV) wird in Art. 1 VUV festgelegt, dass die Vorschriften über die Arbeitssicherheit für alle Betriebe gelten, die in der Schweiz Arbeitnehmer beschäftigen (Abs. 1). Ein Betrieb im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn ein Arbeitgeber dauernd oder vorübergehend einen oder mehrere Arbeitnehmer beschäftigt, unabhängig davon, ob feste Einrichtungen oder Anlagen vorhanden sind (Abs. 2).

Im 4. Titel, der sich auf die arbeitsmedizinische Vorsorge bezieht (Art. 70 bis Art. 89 VUV), bestimmt im 1. Kapitel (Unterstellung) Art. 70 Abs. 1, dass die SUVA zur Verhütung von Berufskrankheiten, die bestimmten Betriebskategorien oder Arbeitsarten eigen sind, sowie zur Verhütung gewisser in der Person des Arbeitnehmers liegenden Unfallgefahren einen Betrieb, einen Betriebsteil oder einen Arbeitnehmer durch Verfügung den Vorschriften über die arbeitsmedizinische Vorsorge unterstellen kann. Im Weiteren regeln das 2. Kapitel (Art. 71 bis Art. 77 VUV) die Vorsorgeuntersuchungen, denen sich die Arbeitnehmer auf Veranlassung der Arbeitgeber zu unterziehen haben, das 3. Kapitel (Art. 78 bis Art. 81 VUV) den Ausschluss gefährdeter Arbeitnehmer und das 4. Kapitel (Art. 82 bis Art. 88 VUV) die Ansprüche des von einer Arbeit ausgeschlossenen Arbeitnehmers.

**4.3** Zusammenfassend geht aus dem Wortlaut der genannten Normen und deren Überschriften eindeutig hervor, dass Gesetz- und Verordnung einzig auf die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten der obligatorisch versicherten Arbeitnehmer ohne Einbezug der Arbeitgeber bzw. der Selbstständigerwerbenden zielen.

## **5.**

Es stellt sich weiter die Frage, ob die Bestimmungen über die Unfallverhütung und insbesondere über die Nichteignungsverfügung (Art. 84 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 78 VUV) gemäss Art. 5 Abs. 1 UVG sinngemäss auf die freiwillig versicherten Selbstständigerwerbenden anwendbar sind (vgl. Erw. 3 hievori).

### **5.1**

**5.1.1** Der Gesetzgeber hat in Art. 81 Abs. 1 UVG als Anwendungsfeld für die Regeln der Unfallverhütung alle Betriebe, die Arbeitnehmer beschäftigen, definiert. Damit hat er eine Spezialregel geschaffen, die ausschliesst, dass

diese Normen analogieweise auf Versicherte angewandt werden, die sich ausserhalb dieses Adressatenkreises befinden.

**5.1.2** Die Nichteignungsverfügung als arbeitsmedizinische Massnahme (Art. 78 UVV) ist im Grunde ein Ausschluss- bzw. Verbotsentscheid. Der Arbeitgeber kann dem Arbeitnehmer bestimmte Arbeiten nicht mehr zuweisen, was bei gänzlicher Nichteignung im Prinzip die Auflösung des Arbeitsverhältnisses nach sich zieht. Die Nichteignungsverfügung darf indessen nicht isoliert betrachtet werden. Sie ist eine wichtige und einschneidende Anordnung, aber nur eine von verschiedenen Unfallverhütungs-Massnahmen. Gestützt auf Art. 83 UVG hat der Bundesrat diverse Vorschriften über technische, medizinische und andere Massnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten und Berufsunfällen erlassen. Die Vollziehung dieser Vorschriften obliegt den Durchführungsorganen des Arbeitsgesetzes vom 13. März 1964 und der SUVA (Art. 85 Abs. 1 UVG). Sie besteht aus der Kontrolle der Betriebe, Information der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, bei Bedarf Ermahnung des Arbeitgebers sowie Anordnungen und Sanktionen (Art. 60 ff. UVV). Der Gesetzgeber hat mithin einen zusammenhängenden Komplex von Massnahmen geschaffen mit dem Zweck, das Risiko von Berufsunfällen und Berufskrankheiten zu minimalisieren. In diesem System stellt die Nichteignungsverfügung die schwerwiegendste Anordnung dar, die den Arbeitnehmer treffen kann. Es geht nicht an, diese Massnahme aus dem Gesamtsystem herauszugreifen und isoliert in den Bereich der freiwilligen Versicherung zu übertragen.

**5.1.3** Die freiwillige Versicherung der Selbstständigerwerbenden (Art. 4 Abs. 1 UVG) gründet auf rein vertraglicher Basis. Wie dargelegt, beinhaltet das System der Unfallverhütung auch den Einsatz von Zwangsmassnahmen. Solche sind mit dem rein vertraglichen Charakter der freiwilligen Versicherung unvereinbar, zumal nicht davon auszugehen ist, der freiwillig Versicherte gebe mit dem Versicherungseintritt sein Einverständnis dazu, dass ihm die SUVA bei Nichteignung die Ausübung seiner Tätigkeit verbietet. Hievon abgesehen hätte der freiwillig Versicherte immer die Möglichkeit, sich den angeordneten Präventionsmassnahmen durch Auflösung des Versicherungsvertrages zu entziehen.

**5.1.4** Art. 80 Abs. 4 UVV bestimmt, dass der Arbeitgeber für den Vollzug der Nichteignungsverfügung (Art. 78 UVV) mitverantwortlich ist. Diese hat einzig in der obligatorischen Versicherung Sinn, d.h. in Bezug auf Arbeitnehmer, die auf Grund des Arbeitsvertrages gegenüber dem Arbeitgeber in einem Subordinationsverhältnis stehen und weisungsgebunden sind (Art. 319 Abs. 1 und Art. 321d OR; BGE 128 III 131 Erw. 1a/aa a. E. mit Hinweis; *Streiff/von*

*Kaene/*, Arbeitsvertrag, Praxiskommentar zu Art. 319-362 OR, 6. Aufl., Zürich 2006, Art. 319 N 6 und Art. 321d N 2).

In der obligatorischen Versicherung ist der Versicherer verpflichtet, alle Arbeitnehmer des Arbeitgebers zu versichern, und zwar unbesehen ihres anfänglichen Gesundheitszustandes. Der Versicherer ist nicht befugt, einen gesundheitlichen Vorbehalt anzubringen oder den Versicherungsschutz nur einem Teil der Arbeitnehmer zukommen zu lassen. Die Nichteignungsverfügung erlaubt es, einen Arbeitnehmer von einer Arbeit auszuschliessen, die seine Gesundheit gefährdet und eine Leistungspflicht des Versicherers auslösen könnte. Die Nichteignungsverfügung erscheint mithin als logische Folge – im Sinne einer Risikominderung – der Verpflichtung des Versicherers, sämtliche Arbeitnehmer des Betriebes versichern zu müssen.

In Bezug auf den Arbeitnehmer hat die Nichteignungsverfügung einen doppelten Zweck. Sie zielt einerseits darauf ab, ihn direkt vor dem Risiko eines Berufsunfalls oder einer Berufskrankheit zu bewahren. Andererseits schützt sie ihn im Verhältnis zum Arbeitgeber. Indem sie auch diesen verpflichtet, bewahrt sie den Arbeitnehmer vor einem Konflikt zwischen seiner Gesundheit und seiner vertraglichen Arbeitspflicht (Art. 321 OR). Ein solches Schutzbedürfnis entfällt beim Selbstständigerwerbenden, da er entgegen dem Arbeitnehmer rechtlich nicht angehalten werden kann, eine ihn gefährdende Arbeit auszuüben. Es trifft zwar zu, dass ein Selbstständigerwerbender in ein Dilemma gerät, wenn seine gesundheitlichen Interessen seinen wirtschaftlichen entgegenstehen. Doch ist er entgegen dem Arbeitnehmer keinen Drittinteressen ausgesetzt, die eine Nichteignungsverfügung zu rechtfertigen vermöchten.

Es mag zwar sein, dass ein gewisses öffentliches Interesse am Erlass einer Nichteignungsverfügung gegenüber freiwillig Versicherten besteht, da diese die Verhütung zusätzlicher Kosten zu Lasten der Unfallversicherung bezweckt. Diesbezüglich ist indessen auf die im Sozialversicherungsrecht generell geltende Schadenminderungspflicht (BGE 130 V 99 Erw. 3.2 mit Hinweisen) hinzuweisen, die auch Selbstständigerwerbende dazu verpflichtet, die ihnen zumutbaren Massnahmen zur Vermeidung bzw. Reduzierung des Schadens zu ergreifen (wie z.B. die Befolgung ärztlicher Anordnungen, berufliche Neuausrichtung usw.).

**5.1.5** Die Leistungen im Nachgang zu einer Nichteignungsverfügung (Art. 82 ff. VUV) sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht Versicherungsleistungen im engeren Sinne, sondern Leistungen, welche im Zusammenhang mit der Verhütung von Berufsunfällen und

Berufskrankheiten erbracht werden (BGE 126 V 204 Erw. 2c; RKUV 2000 Nr. U 382 S. 254 Erw. 3a, 1995 Nr. U 225 S. 164 Erw. 2b). Es ist mit dem System des Gesetzes nicht vereinbar, die freiwillig Versicherten durch analoge Anwendung der Regeln der obligatorischen Versicherung in den Genuss solcher Leistungen kommen zu lassen.

Mit dieser Lösung korrespondiert die Regelung, wonach in der freiwilligen Versicherung unter anderem für die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten keine Prämienzuschläge erhoben werden (Art. 87 UVG; Art. 139 Abs. 2 UVV).

**5.1.6** Zu beachten ist weiter, dass auch die Expertenkommission UVG-Revision die Auffassung vertrat, nach geltender Rechtslage seien die Vorschriften über die Arbeitssicherheit auf alle Betriebe, die in der Schweiz Arbeitnehmer beschäftigten (Art. 81 Abs. 1 UVG), nicht aber auf die Selbstständigerwerbenden anwendbar (Bericht der Expertenkommission vom 27. Februar 2006 S. 54 Ziff. 3.6.6).

Ebenfalls nach herrschender Lehre sind die Vorschriften über die Unfallverhütung in der freiwilligen Versicherung nicht anwendbar (*Alfred Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 583; *Urs Krummenschacher/Anton Guggi*, Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten, Verhütung von Nichtberufsunfällen, in: *Tomas Poledna/Ueli Kieser* [Hrsg.], Gesundheitsrecht, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Bd. VIII, Basel 2005, S. 269 und 279 Rz. 22).

**5.2** Nach dem Gesagten verbietet sich de lege lata eine analoge Anwendung der Bestimmungen über die Unfallverhütung und insbesondere über die Nichteignungsverfügung (Art. 84 Abs. 2 UVG in Verbindung mit Art. 78 UVV) in der freiwilligen Versicherung.

Hieran ändert nichts, dass in der Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 18. August 1976 ausgeführt wurde, in der freiwilligen Versicherung bestimme sich Art und Umfang der Versicherung nach den Regeln der obligatorischen Versicherung, was unter anderem für die Unfallverhütung gelte (BBl 1976 III 186). Denn abgesehen davon, dass dem historischen Auslegungselement allgemein bloss beschränkte Bedeutung zukommt (vgl. dazu BGE 131 III 103 f. Erw. 3.2 mit Hinweisen), sprechen der klare Wortlaut der massgebenden Bestimmungen (Erw. 4 hievori) und die dargelegten Überlegungen gegen die in der Botschaft vertretene Auffassung.

Offen bleiben kann unter diesen Umständen, ob der Bundesgesetzgeber im Lichte von Art. 110 Abs. 1 lit. a sowie Art. 117 f. BV überhaupt die Kompetenz hat, zum Schutz der Gesundheit Selbstständigerwerbender im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit Vorschriften zu erlassen.

**6.**

Schliesslich hat die Vorinstanz zutreffend erkannt, dass die Berufung des Versicherten auf den öffentlich-rechtlichen Vertrauensschutz (Art. 9 BV; BGE 131 V 480 Erw. 5 mit Hinweisen) nicht durchdringt. Auf die entsprechenden Erwägungen kann verwiesen werden. Der Versicherte bringt nichts vor, was zu einer andern Beurteilung führen könnte.

# Droit à l' IJ de l'assurance-accidents

*U 590 Arrêt du TFA du 14. juillet 2006 en la cause S. (133/05)*

- **Droit à l' IJ de L'assurance-accidents Art. 16, al. 3 LAA, art.65 OLAA (en vigeut jusqu'au 31 décembre 2002)**

**L'assuré qui n'a pas droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, parce que, sans justifier d'un intérêt digne de protection, il a interrompu ou différé de son plein gré l'exécution d'une mesure de réadaptation, n'a pas droit non plus à une indemnité journalière de l'assurance-accidents.**

- **Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung Art. 16 Abs. 3 UVG, Art. 65 UVV (in Kraft bis am 31. Dezember 2002)**

**Ein Versicherter, der keinen Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung hat, weil er aus eigener Initiative, ohne ein schutzwürdiges Interesse geltend zu machen, die Durchführung der Wiedereingliederungsmassnahme unterbrochen oder verzögert hat, hat auch keinen Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung.**

- **Diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni articolo 16 capoverso 3 LAINF, articolo 65 OAINF (in vigore fino al 31 dicembre 2002)**

**L'assicurato che non ha diritto a un'indennità giornaliera dell'assicurazione invalidità poiché, senza un interesse degno di protezione, ha interrotto o ritardato di sua iniziativa l'esecuzione di un provvedimento d'integrazione, non ha neanche il diritto a un'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni.**

I.

**A.**

S, né en 1968, a travaillé en qualité de footballeur professionnel. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de La Bâloise Assurances (ci-après: La Bâloise).

Victime d'un accident professionnel, il n'a plus été en mesure d'exercer son activité de footballeur. La Bâloise a pris en charge le cas et lui a notamment accordé des indemnités journalières jusqu'au 30 janvier 2000.

De son côté, l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura lui a alloué une indemnité journalière pour les périodes du 31 janvier au 2 avril 2000 (décision du 27 avril 2000) et du 3 avril au 13 août 2000 (décision du 5 mai 2000). Le 13 juillet 2000, il lui a accordé une mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement dans la profession d'employé de commerce avec certificat fédéral de capacité. Le droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité lui a été reconnu pour la période de formation, soit du 14 août 2000 au 31 juillet 2003.

Le 1er février 2001, A. a informé l'office AI de sa renonciation à poursuivre cette formation, motif pris qu'il avait retrouvé une activité en qualité d'entraîneur d'une équipe de joueurs juniors au service de l'Association suisse de football. Aussi, l'office AI a-t-il supprimé le droit aux prestations à partir du 31 janvier 2001.

Par courrier du 21 février 2001, l'assuré a informé l'office AI de l'échec des négociations en vue d'une collaboration avec l'Association suisse de football et a proposé de reprendre la formation d'employé de commerce ou de se perfectionner dans la profession d'entraîneur-instructeur. L'office AI a accepté la reprise de la formation d'employé de commerce et refusé la prise en charge de celle d'entraîneur de football. L'assuré a alors décidé de s'orienter vers la profession de formateur d'adultes en informatique, tout en exerçant une activité d'entraîneur au service de l'Association de football. Le 9 octobre 2001, il a informé l'office AI de son engagement par cette association jusqu'au 30 juin 2002. Ne pouvant se libérer avant cette date, il demandait à l'office AI de différer la reprise de la mesure de reclassement au mois de juillet 2002. Le 24 juin 2002, l'office AI lui a accordé une nouvelle mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement dans la profession de technicien de maintenance en informatique. Le droit à une indemnité journalière lui a été reconnu pour la période du 1er juillet 2002 au 15 août 2005.

Par écriture du 17 septembre 2001, l'assuré a demandé à La Bâloise de lui allouer une indemnité journalière pour la période du 1er février au 6 mai 2001, durant laquelle il n'avait pas bénéficié d'une telle prestation de la part de l'assurance-invalidité.

Après un échange de correspondance, La Bâloise a rendu, le 25 juin 2002, une décision, confirmée sur opposition le 3 décembre suivant, par laquelle elle a nié le droit de l'assuré à une indemnité journalière de l'assurance-accidents durant la période du 1er février au 6 mai 2001. Elle a considéré, en résumé, que l'intéressé ne pouvait prétendre une telle prestation, du moment qu'il avait droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité et qu'il y avait renoncé en refusant de poursuivre le reclassement professionnel pris en charge par cette assurance.

## **B.**

S. a recouru contre la décision sur opposition devant la Chambre des assurances du Tribunal cantonal du canton du Jura, en concluant à l'octroi d'une indemnité journalière de l'assurance-accidents pour la période du 1<sup>er</sup> février 2001 au 6 mai suivant, voire jusqu'au 1er juillet 2002.

La juridiction cantonale a rejeté le recours par jugement du 11 février 2005.

## **C.**

A. interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il demande l'annulation, en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une indemnité journalière pour la période du 1er février 2001 au 30 juin 2002 avec intérêt à 5 % l'an dès telle date à dire de justice.

L'intimée conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable.

L'Office fédéral de la santé publique a renoncé à présenter des déterminations.

## **II.**

Par les considérants suivant, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours de droit administratif:

### **1.**

Par sa décision sur opposition du 3 décembre 2002, l'intimée a nié le droit du recourant à une indemnité journalière durant la période du 1er février au 6 mai 2001. Saisie du recours tendant à l'octroi de telles prestations pour la période du 1er février 2001 au 6 mai suivant, voire jusqu'au 1er juillet 2002, la juridiction cantonale a étendu la procédure juridictionnelle administrative au point de savoir si le recourant pouvait prétendre une indemnité journalière pour la période du 1er février 2001 au 30 juin 2002.

Cette manière de procéder n'est pas critiquable. La jurisprudence considère, en effet, que la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque - comme en l'occurrence - cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et que l'administration s'est exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 cons. 2a et les références). Au demeurant, l'intimée ne fait pas grief aux premiers juges d'avoir étendu leur examen jusqu'au 30 juin 2002.

## **2.**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 cons. 1). En outre, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 cons. 1b).

## **3.**

**3.1** Aux termes de l'art. 16 aLAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (al. 3).

Dans son message à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 18 août 1976, le Conseil fédéral a indiqué que l'art. 16 al. 3 LAA avait pour but d'éviter un cumul de prestations qui ne se justifie pas, tant que l'assuré a droit, pendant l'exécution des mesures de réadaptation professionnelle, à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité. Pendant ce laps de temps, seule l'assurance-invalidité s'occupe de la victime de l'accident; afin d'éviter que l'assuré ne soit défavorisé par cette solution, une clause garantissant les droits acquis a été prévue; aux termes de celle-ci, les indemnités journalières de l'assurance-invalidité doivent au moins correspondre à celles de l'assurance-accidents (FF 1976 III 192).

**3.2** Selon l'art. 22 al. 1, première phrase, LAI, dans sa teneur - applicable en l'occurrence (cf. cons. 2) - valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la réadaptation si les mesures de réadaptation l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de cinquante pour cent au moins. Selon la jurisprudence constante, l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité est une prestation accessoire à certaines mesures de réadaptation. Elle ne peut être versée en principe que si et tant que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité sont exécutées (ATF 114 V 140 cons. 1a et la référence; VSI 2000 p. 209 cons. 1a). Conformément à ce principe, il n'existe, en règle générale, aucun droit à une indemnité journalière pendant les périodes où aucune mesure de réadaptation n'est exécutée (ATF 114 V 140 cons. 2a; VSI 2000 p. 209 cons. 1a).

Toutefois, le législateur a prévu une exception au caractère accessoire de l'indemnité journalière, notamment durant le délai d'attente avant la mise en oeuvre de mesures de réadaptation, et a chargé le Conseil fédéral de fixer les conditions de ce droit (art. 22 al. 3 aLAI). Le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 al. 1 RAI, aux termes duquel l'assuré qui présente une incapacité de travail de cinquante pour cent au moins et qui doit attendre le début de prochaines mesures de réadaptation, a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière. En raison du caractère accessoire de l'indemnité journalière, la jurisprudence considère qu'un assuré n'a pas droit à une telle prestation lorsque la mesure de réadaptation est interrompue pour des raisons liées à la personne du bénéficiaire (i.e. l'expulsion de l'école dispensant la formation requise, motivée par un manquement à la discipline de la part de l'intéressé). Par ailleurs, un assuré n'a pas droit non plus à une telle prestation pendant le délai d'attente (art. 18 RAI), lorsque l'application des mesures est retardée en raison d'un fait lié à la personne du bénéficiaire, par exemple des raisons personnelles non fondées sur des motifs juridiquement valables (ATF 114 V 140 s. cons. 2 a et b; ATFA 1963 p.152 s. cons. 2).

#### **4.**

**4.1** La juridiction cantonale a considéré que l'assuré avait mis un terme, de son propre chef et pour des raisons personnelles, à son reclassement professionnel dans l'activité d'employé de commerce, afin de mettre à profit sa capacité de travail dans une profession qui convenait mieux à ses aspirations.

En l'occurrence, il n'y a pas de raison de penser que la formation d'employé de commerce pris en charge par l'assurance-invalidité n'était pas compatible

avec les aptitudes physiques et intellectuelles du recourant. Au contraire, tant le rapport de stage en vue de cette formation (du 13 avril 2000) que le rapport de stage d'observation au sein de la société X. SA (du 26 avril 2000) montrent que l'assuré avait les capacités et la volonté d'accomplir le reclassement envisagé. On doit donc considérer que l'intéressé a interrompu de son plein gré la mesure de réadaptation pour répondre à l'offre de l'Association suisse de football. C'est également de son plein gré qu'il a décidé de reporter au mois de juillet 2002 la reprise de la mesure de reclassement, afin de se mettre au service de l'Association de football. Sur le vu de la jurisprudence exposée au cons. 3.2, le recourant n'avait dès lors pas droit à l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité pour la période du 1er février 2001 au 30 juin 2002. D'ailleurs, par une décision sur opposition du 7 juillet 2003, entrée en force, l'office AI a nié l'existence d'un tel droit.

Cela étant, il convient d'examiner si le recourant, qui n'avait pas droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité durant la période en question, peut prétendre une telle prestation de l'assurance-accidents, compte tenu du fait qu'il a renoncé à l'exécution d'une mesure de réadaptation pendant cette période.

## **4.2**

**4.2.1** Selon la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de l'art. 23 LPGA, qui traite de la renonciation à des prestations d'assurance sociale (sur cette question, cf. *Ghislain Frésard-Fellay*, De la renonciation aux prestations d'assurance sociale, in : REAS 2002 p. 335 ss), l'assuré ne pouvait pas abandonner un droit découlant d'un rapport de droit public mais avait la faculté de s'abstenir d'exercer une prétention (ATFA 1945 p. 131).

Cette jurisprudence, valable notamment en matière d'assurance-invalidité (ATF 101 V 265 cons. 2; ATFA 1961 p. 65), exigeait toutefois que l'assuré justifiât d'un intérêt digne de protection (ATF 101 V 265 cons. 2; ATFA 1969 p. 211 et les références; RCC 1971 p. 303). D'après l'art. 65 OLAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'assuré ou ses survivants peuvent renoncer par écrit à des prestations d'assurance; lorsque la renonciation répond à un intérêt digne d'être protégé de l'assuré ou de ses survivants, l'assureur la confirme par une décision. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que cette disposition réglementaire s'appliquait par analogie aux autres branches des assurances sociales qui ne connaissent pas de norme comparable (ATF 124 V 178 cons. 3c). Pour savoir si un assuré a un intérêt digne d'être protégé à la renonciation, l'assureur doit procéder à une pesée des intérêts en examinant la situation personnelle de l'intéressé et les motifs

invoqués à l'appui de sa renonciation (*Ghislaine Frésard-Fellay*, op. cit., p. 337).

**4.2.2** En l'espèce, en interrompant l'exécution de la mesure de reclassement et en différant la reprise au mois de juillet 2002, le recourant a retardé sa réadaptation de dix-sept mois, ce qui a eu indéniablement pour effet de prolonger d'autant la durée de son incapacité de travail. Eu égard à l'obligation de l'assuré de réduire le dommage (ATF 123 V 233 cons. 3c et les références), les motifs qui ont conduit le recourant à retarder de dix-sept mois sa réinsertion dans le marché du travail n'apparaissent pas dignes d'être protégés au sens de l'art. 65 aOLAA.

Certes, l'office AI a accepté cette renonciation et refusé l'octroi d'une indemnité journalière pour la période en cause par sa décision sur opposition du 7 juillet 2003, entrée en force, de sorte que la Cour de céans n'a pas à examiner la validité de cette renonciation. Il n'en demeure pas moins que l'ordre juridique ne saurait non plus légitimer une renonciation qui ne répond pas à un intérêt digne d'être protégé en permettant que l'assuré bénéficie d'une indemnité journalière de l'assurance-accidents pendant la période durant laquelle il a retardé sa réinsertion dans le marché du travail. Aussi, même s'il n'avait pas droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité durant cette période, le recourant ne saurait-il prétendre une telle prestation au titre de l'assurance-accidents, du moment qu'il a renoncé de son plein gré à l'exécution de la mesure de réadaptation mise en oeuvre par l'assurance-invalidité.

Le jugement entrepris n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

# Sachverzeichnis 2006: UVG

<i>A. Rechtsprechung</i>	<i>Seite</i>
Arbeitsunfähigkeit .....	61, 65
ATSG .....	61, 65, 168, 186, 190, 240, 245, 386, 395,
Berufskrankheit .....	102, 170
Beschwerdelegitimation .....	186
Beweismittel (Privatdetektiv) .....	386
Einsprachefrist .....	168
Fristenstillstand .....	87
Freiwillige Versicherung .....	401
Integritätsentschädigung .....	102
Invaliditätsbemessung der IV .....	61, 74, 180
Komplementärrenten .....	180
Leistungskürzung .....	190, 251
Mitwirkungspflicht .....	245
Nichteignungsverfügung .....	401
Parteientschädigung .....	245
Prämienzuschlag für Verwaltungskosten .....	95
Rückfall .....	74
Taggeld .....	69, 74, 82, 411
Überentschädigungsberechnung .....	190, 251
Unfallbegriff .....	84, 170
Valideneinkommen .....	65
Verfahren .....	87, 95, 161, 168, 186, 240, 245
Versicherter Verdienst .....	47, 247
Verzugszinsberechnung .....	395
Vorleistungspflicht der Vorsorgeeinrichtung .....	186
Zuständiger Versicherer .....	388
 <i>B. Mitteilungen</i>	
Empfehlungen der Ad hoc-Kommission Schaden UVG im Internet .....	110
Rechtspflege in der Unfallversicherung .....	109

# Table des matières 2006: LAA

<i>A. Jurisprudence</i>	<i>Page</i>
Accident, notion d' .....	84, 170
Assurance facultative .....	401
Assureur compétent .....	388
Délai d'opposition .....	168
Gain assuré .....	47, 247
Inaptitude, décision sur l' .....	401
Incapacité de travail .....	61, 65
Indemnité journalière .....	69, 74, 82, 411
Indemnité pour atteinte à l'intégrité .....	102
Intérêts moratoires, calcul des .....	395
Invalidité dans l'AI .....	61, 74, 180
LPGA .....	61, 65, 168, 186, 190, 240, 245, 386, 395
Maladie professionnelle .....	102, 170
Moyens de preuve (détective privé) .....	386
Obligation de collaboration .....	245
Prise en charge provisoire par l'institution de prévoyance .....	186
Procédure .....	87, 95, 161, 168, 186, 240, 245
Qualité pour recourir .....	186
Rechute .....	74
Réduction des prestations en espèces .....	190, 251
Remboursement des dépens .....	245
Rentes complémentaires .....	180
Revenu de personne valide .....	65
Supplément de prime pour les frais administratifs .....	95
Surindemnisation, calcul de la .....	190, 251
Suspension des délais .....	87
 <i>B. Communications</i>	
Jurisprudence en matière d'assurance-accidents .....	109
Recommandations de la commission ad hoc sinistres LAA : publication sur Internet .....	110

# Indice delle materie 2006: LAINF

<i>A. Giurisprudenza</i>	<i>pagina</i>
Assicuratore competente .....	388
Assicurazione facoltativa .....	401
Guadagno assicurato .....	47, 247
Incapacità lavorativa .....	61, 65
Indennità giornaliera .....	69, 74, 82, 411
Indennità per menomazione dell'integrità .....	102
Indennizzo delle parti .....	245
Infortunio, nozione di .....	84, 170
Inidoneità, decisione di .....	401
Interesse di mora, calcolo dell' .....	395
Invalidità nell'assicurazione invalidità .....	61, 74, 180
Legittimazione a ricorrere .....	186
LPGA .....	61, 65, 168, 186, 190, 240, 245, 386, 395
Malattia professionale .....	102, 170
Mezzi di prova (investigatore privato) .....	386
Obbligo di collaborare .....	245
Obbligo di prestazione anticipata dell'istituto di previdenza .....	186
Procedura .....	87, 95, 161, 168, 186, 240, 245
Reddito realizzato da una persona non invalida .....	65
Rendite complementari .....	180
Ricaduta .....	74
Riduzione delle prestazioni .....	190, 251
Sospensione dei termini .....	87
Sovraindennizzo, calcolo del .....	190, 251
Supplemento di premio per le spese amministrative .....	95
Termine di opposizione .....	168
 <i>B. Comunicazioni</i>	
Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni .....	109
Pubblicazione su internet delle raccomandazioni della Commissione ad hoc sinistri LAINF (Ad hoc-Kommission Schaden UVG) .....	111

# Mitteilungen

## Communications

## Comunicazioni

### ■ Einbindeaktion für die RKUV

Die Buchbinderei Reinauer GmbH in Zumikon führt eine Einbindeaktion für den Jahrgang 2006 der RKUV durch. Das Einbinden in eine blaue Einbanddecke mit Rückenprägung RKUV/RAMA/RAMI 2006 kostet Fr. 49.00 zuzügl. Mwst. und Porto.

Zum gleichen Preis können auch frühere Jahrgänge eingebunden werden.

Bitte senden Sie die vollständigen Jahrgänge direkt an die Buchbinderei:

Buchbinderei Reinauer GmbH, Schwänthenmos 15, 8126 Zumikon  
Tel.: 044 918 01 07 Fax: 044 918 01 09 E-Mail: info@reinauer.ch

### ■ Possibilité de faire relier les numéros de notre revue

L'entreprise de reliure Reinauer S.A.R.L. à Zumikon offre aux abonnés de la revue RAMA la possibilité de faire relier les numéros de l'année 2006. La reliure de couleur bleu avec les caractères RKUV/RAMA/RAMI 2005 imprimés au dos de la reliure est proposée au prix de Fr. 49.00, TVA et port en sus.

Il est également possible de faire relier les collections des années antérieures pour le même prix. Pour ce faire, il convient de faire parvenir les collections annuelles complètes directement à l'entreprise susmentionnée, dont l'adresse est la suivante:

Buchbinderei Reinauer GmbH, Schwänthenmos 15, 8126 Zumikon  
Tel.: 044 918 01 07 Fax: 044 918 01 09 E-Mail: info@reinauer.ch

### ■ Possibilità di rilegare la RAMI

La ditta Reinauer S.a.g.l. di Zumikon offre la possibilità di rilegare i fascicoli 2006 della RAMI. La rilegatura di colore blu con impressa la scritta RKUV/RAMA/RAMI 2006 sul dorso costa Fr. 49.00 (+ IVA e porto).

Per lo stesso prezzo possono essere rilegate le collezioni annue precedenti.

Le collezioni annue complete vanno inviate direttamente a:

Buchbinderei Reinauer GmbH, Schwänthenmos 15, 8126 Zumikon  
Tel.: 044 918 01 07 Fax: 044 918 01 09 E-Mail: info@reinauer.ch