

***Kranken- und
Unfallversicherung***

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

***Assurance-maladie
et accidents***

Jurisprudence et pratique administrative

***Assicurazione malattia
e infortuni***

Giurisprudenza e prassi amministrativa

6/2001

RKUV/RAMA/RAMI

Légitimation des assureurs-maladie en matière de remboursement (ATF 127 V 281) KV 187 Arrêt du TFA du 9 juillet 2001 (K 139/00)	477
Kostenbeteiligung bei Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen (BGE 127 V 268) KV 188 Urteil des EVG vom 5. September 2001 (K 10/98)	483
Ablehnung eines Vertrauensarztes KV 189 Urteil des EVG vom 26. September 2001 (K 6/01)	490
Zahnärztliche Behandlung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KV 190 Urteil des EVG vom 19. September 2001 (K 73/98)	494
Zahnärztliche Behandlung von Paradontopathien KV 191 Urteil des EVG vom 28. September 2001 (K 78/98)	504
Traitement dentaire en cas d'extraction de dents de sagesse incluses KV 192 Arrêt du TFA du 30 novembre 2001 (K 8/01)	513
Frais de transport KV 193 Arrêt du TFA du 26 septembre 2001 (K 88/01)	520
Validité d'une cession de créance en faveur d'un fournisseur de prestations KV 194 Arrêt du TFA du 19 octobre 2001 (K 66/01)	523
Mitteilungen – Communications – Comunicazioni Mutationen bei den Krankenversicherern/Mutations dans l'état des assureurs-maladie/Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattia Einbindeaktion für die RKUV/Possibilità de faire relier la RAMA/ Possibilità di rilegare la RAMI	531
Sachverzeichnis 2001/Table des matières 2001/Indice delle materie 2001	533

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

Februar – février – febbraio 2002

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

Vertrieb/Distribution/Distribuzione
BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna
UFEL, Distribuziun publicaziuns, CH-3003 Berna
SFBL, Distribution of Publications, CH-3003 Berne

Internet-Bestellung/Commandes par Internet:
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Redaktion/Rédaction/Redazione
Marc Léderrey, Monika Schuler, Anne Lugon,
Bernard Schuler, Helen Kaufmann, Seraina Rohner

Abonnementspreis Fr. 27.60 inkl. MWSt
Prix d'abonnement fr. 27.60 TVA incluse
Prezzo d'abbonamento Fr. 27.60 IVA compresa

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

Verletzung der Informationspflicht	
U 441 Urteil des EVG vom 27. August 2001 i. Sa. F. R. (U 285/99)	542
Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen	
U 442 Urteil des EVG vom 30. August 2001 i. Sa. I. L. (Ü 56/00)	544
Höhe der Komplementärrente in Sonderfällen	
U 443 Urteil des EVG vom 31. August 2001 i. Sa. J. R. (U 3/00)	547
Révision d'une rente d'invalidité dégressive et temporaire de l'assurance-accidents. Conditions	
U 444 Arrêt du TFA du 4 septembre 2001 dans la cause V. P. (U 20/01)	552
Integritätsentschädigung bei Endoprothesen	
U 445 Urteil des EVG vom 4. September 2001 i. Sa. J. H. (U 40/01)	555
Production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours	
U 446 Arrêt du TFA du 15 octobre 2001 dans la cause J. L. (U 147/99)	558
Wiedererwägung eines Vergleichs	
U 447 Urteil des EVG vom 16. Oktober 2001 i. Sa. A. S. (U 89/01)	562
Mitteilungen	
Mutationen bei den Unfallversicherern / Mutations dans l'état des assureurs-accidents / Mutazioni concernenti gli assicuratori-infortuni	565
Sachverzeichnis 2001/ Table des matières 2001/ Indice delle materie 2001	566

Légitimation des assureurs-maladie en matière de remboursement (ATF 127 V 281) KV 187 Arrêt du TFA du 9 juillet 2001 (K 139/00)

K
V
/
A
M

Art. 56, al. 2 et 89, al. 3, LAMal

Les assureurs ont un droit propre à exiger d'un fournisseur de prestations la restitution des sommes qu'il a perçues indûment, même lorsque l'assuré est le débiteur de la rémunération (système du tiers garant).

Les assureurs, représentés le cas échéant par leur fédération, peuvent introduire une action collective à l'encontre du fournisseur de prestations selon les mêmes principes que ceux développés par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA.

Art. 56 Abs. 2 und 89 Abs. 3 KVG

Die Versicherten haben gegenüber einem Leistungserbringer auch dann einen eigenen Anspruch auf Rückerstattung von Zahlungen, welche von diesem zu Unrecht bezogen worden sind, wenn der Versicherte Schuldner der Vergütung ist (System des Tiers garant).

Die Versicherten können, gegebenenfalls vertreten durch ihren Verband, gegenüber dem Leistungserbringer nach denselben Grundsätzen eine Kollektivklage erheben, wie sie von der Rechtsprechung unter der Herrschaft des KUVG entwickelt worden ist.

Art. 56 cpv. 2 e 89 cpv. 3 LAMal

Gli assicuratori hanno un diritto proprio di esigere da un fornitore di prestazioni la restituzione di importi che il medesimo ha ricevuto indebitamente, anche qualora debitore della remunerazione sia l'assicurato (sistema del terzo garante).

Gli assicuratori, se del caso rappresentati dalla loro federazione, possono promuovere un'azione collettiva nei confronti dei fornitori di prestazioni giusta gli stessi principi sviluppati dalla giurisprudenza vigente la LAMI.

I.

A. – Le 16 juillet 1998, trente-deux caisses-maladie, toutes représentées par F., ont requis la constitution du Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud dans le litige qui les oppose au docteur P., médecin, auquel elles réclament la restitution d'une somme de 122 000 francs avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 1996 au titre d'honoraires reçus à tort.

Après l'échec de la tentative de conciliation, le tribunal arbitral a été constitué. D'entrée de cause, le défendeur a contesté la recevabilité de la demande et, après un échange de mémoires complémentaires à ce sujet, les parties ont convenu, avec l'accord du tribunal, que celui-ci statuerait à titre préjudiciel sur cette seule question.

B. – Par jugement du 4 novembre 1999, le tribunal arbitral a déclaré la demande irrecevable et mis les frais de la cause, par 3000 francs, à la charge des demandresses sans allouer de dépens.

C. – Les demandresses, toujours représentées par F., interjettent recours de droit administratif contre ce jugement dont elles requièrent l'annulation, en invitant le

Tribunal fédéral des assurances à déclarer recevable leur demande et à mettre les frais de la cause ainsi qu'une indemnité de dépens de 5000 francs à la charge «des défendeurs» (sic).

Le docteur P. conclut, sous suite de dépens, au rejet du recours. De son côté, l'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé.

II.

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

...

4. Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal:

«¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

a. l'assuré ou, conformément à l'article 89, 3^e alinéa, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, 1^{er} al.);

b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, 2^e al.)»

D'après les premiers juges, «au regard de l'art. 56 LAMal (...) la démarche des demandeurs ne paraît plus possible contrairement à la pratique en vigueur sous l'empire de la LAMA. C'est en effet, conformément à l'art. 56 al. 2 LAMal, à chaque assuré individuellement, représenté par son assureur – dans le système du tiers garant (art. 89 al. 3 LAMal) – et à chaque assureur

– conformément au système du tiers payant – qu’il incombe d’intervenir auprès du fournisseur de prestations concerné, dans la mesure où il n’aurait pas respecté le principe de l’économicité du traitement». Cette thèse se fonde apparemment sur un arrêt de la Cour de cassation pénale du Tribunal fédéral qui a considéré que l’assuré qui, au lieu de payer la facture d’un prestataire de soins médicaux (en l’occurrence une clinique), utilise à d’autres fins l’argent versé par sa caisse-maladie, ne se rend pas coupable d’abus de confiance au sens de l’ancien art. 140 CP (ATF 117 IV 256). Dès lors, en concluent les juges cantonaux, dans le système du tiers garant, comme ce n’est pas la caisse mais l’assuré qui rétribue le fournisseur de prestations, ce n’est pas elle non plus qui peut exiger de ce dernier la restitution d’une somme qu’elle ne lui a pas versée; ainsi, la demande est irrecevable.

Les recourantes contestent ce point de vue et soutiennent qu’en édictant l’art. 56 al. 2 LAMal le législateur n’entendait pas modifier le régime fondé sur l’art. 23 LAMA qui, comme cela ressort du texte de la disposition, reconnaît à l’assureur un droit propre à agir contre un fournisseur de prestations même dans le système du tiers garant (art. 56 al. 2 let. a LAMal). Selon elles, il s’agit d’un droit fondé sur une cession légale de la créance de l’assuré en faveur de l’assureur. Au demeurant, toujours selon les recourantes, on parviendrait à la même conclusion en se fondant sur la volonté du législateur telle qu’on peut la dégager des travaux préparatoires. Si l’on devait suivre la thèse des premiers juges, cela conduirait à une différence de traitement insoutenable entre les fournisseurs de prestations – notamment les médecins – liés aux fédérations cantonales de caisses-maladie par une convention instaurant le système du tiers payant et les autres. Le contrôle du caractère économique du traitement médical serait rendu totalement illusoire.

Quant à l’intimé dont la thèse a, pour l’essentiel, été suivie par le tribunal arbitral, il se réfère lui aussi à l’arrêt précité de la Cour de cassation pénale du Tribunal fédéral et conteste l’existence d’un droit propre de l’assureur pour agir en restitution du trop-perçu dans le système du tiers garant. Il s’appuie en particulier sur un article de son arbitre, le professeur honoraire *Jean-Louis Duc* La polypragmasie sous l’empire de l’article 23 LAMA et au regard de l’article 56 LAMal (in: Etudes de droit social, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale [CGSS], Hors série n° 3 (2001), p. 107–114), dont l’opinion a convaincu le tribunal arbitral vaudois.

5. – a) Le texte de l’art. 56 al. 2 let. a LAMal – dont l’interprétation est au centre du présent litige – est issu, pratiquement sans changement, de l’art. 48 al. 2 let. a du projet du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 260), lui-même repris, avec quelques modifications purement rédactionnel-

les, de l'art. 41 al. 2 let. a du projet de la commission d'experts du 2 novembre 1990 (p. 124–125). Cette dernière s'exprimait ainsi qu'il suit dans son rapport (p. 67 et ss) :

«Comme actuellement (art. 23 LAMA) dans chaque cas particulier, on se fondera sur l'intérêt de l'assuré et le but du traitement pour déterminer dans quelle mesure une prestation doit être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir à cette limite (...). Si, pour des prestations qui dépassent la limite, des rémunérations ont déjà été payées, leur restitution peut être demandée. A le droit de demander la restitution, dans le système du tiers payant, l'assureur et, dans celui du tiers garant, l'assuré ou l'assureur. En cas de litige avec le fournisseur de prestations, l'assureur, dans le système du tiers garant, doit, à ses frais, représenter l'assuré.»

Ce passage est repris, pour l'essentiel, dans le message du Conseil fédéral à l'appui de l'art. 48 du projet de loi (FF 1992 I 171).

b) D'après l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 LAMA (dont le contenu était analogue), les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (*François-X. Deschenaux, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537*). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins, il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 98 consid. 2b¹ et la jurisprudence citée). Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 KV n° 6 p. 12 consid. 7 non publié aux ATF 124 V 128).

c) L'art. 23 LAMA, dont s'inspire l'art. 56 LAMal, ne contenait pas de prescription formelle sur l'obligation de restitution du fournisseur de prestations et notamment du médecin. C'est ce qui avait amené le Tribunal

¹ voir n° K 993 (1999) de ce recueil

fédéral des assurances, dans un arrêt fondamental du 31 décembre 1969 (K 24/69²), à juger ce qui suit:

«Das geltende KUVG enthält über die Rückerstattungspflicht keine Vorschriften. Auch die bundesrätliche Botschaft äussert sich dazu nicht. Allein der geltende Art. 23 KUVG verpflichtet die Ärzte zur wirtschaftlichen Behandlungsweise im bereits umschriebenen Rahmen und stellt damit eine Schutzvorschrift für die Versicherten und die Kassen dar. Diese sind gemäss Art. 3 Abs. 3 KUVG verpflichtet, die Krankenversicherung nach den Grundsätzen der Gegenseitigkeit zu betreiben. Sie müssen ferner Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können (Art. 3 Abs. 4 KUVG). Zur Verwirklichung des Prinzips der Gegenseitigkeit und zur Garantie ihrer Leistungsfähigkeit haben die Kassen dafür zu sorgen, dass die Ärzte die Pflicht zur wirtschaftlichen Behandlungsweise befolgen. Dieser Aufgabe könnten sie nicht hinreichend gerecht werden, wenn es ihnen bloss gestattet wäre, eine unwirtschaftliche Behandlung im voraus abzulehnen, was ohnehin praktisch selten genug zutreffen dürfte. Vielmehr muss ihnen auch die Möglichkeit offenstehen, Zahlungen für pflicht- und rechtswidrige Behandlung zu verweigern. Folgerichtig dürfen bereits erbrachte Leistungen zurückgefordert werden, wenn sich nachträglich ergibt, dass sie zu Unrecht bezogen worden sind. Andernfalls wäre Art. 23 KUVG – auch ungeachtet des Art. 24 über den Ausschluss von Ärzten – weitgehend illusorisch. Die Kassen sind, mit andern Worten, gegenüber der Gesamtheit ihrer Versicherten gehalten, unrechtmässig erfolgte Leistungen wieder einzutreiben, damit der von Art. 23 zwingend geforderte gesetzliche Zustand verwirklicht und gegebenenfalls wieder hergestellt wird. Dass der Kasse ein Rückforderungsanspruch gegenüber den Ärzten zusteht, bestimmt er doch, dass das Schiedsgericht auch zuständig ist, wenn das Honorar vom Versicherten geschuldet wird, und dass die Kasse zur selbständigen Prozessführung ermächtigt ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Rechnung vom Versicherten als Honorarschuldner bereits bezahlt worden ist.» (RSKV 1970 n° 65 p. 85 ss consid. 2, traduit en français au RJAM 1970 p. 85 ss consid. 2).

Cette jurisprudence, plusieurs fois confirmée depuis lors (cf. ATF 103 V 151³ consid. 3 et les arrêts cités à la fin de ce consid.), fonde un droit propre des caisses-maladie à exiger d'un fournisseur de prestations la restitution des sommes qu'il a perçues indûment, même lorsque celles-ci lui ont été versées par l'assuré et non par la caisse (système du tiers garant) et fût-ce contre la volonté de cet assuré (RJAM 1980 n° 393 p. 3; cf. aussi ATF 121 V 318 consid. 4b). On peut déduire des travaux préparatoires de la LAMal men-

² voir n° 65 (1970) de ce recueil

³ voir n° 310 (1978) de ce recueil

tionnés plus haut que l'art. 56 al. 2 let. a LAMal codifie cette pratique, ce qui ressort également de l'art. 89 al. 3 LAMal auquel il renvoie. Cette dernière disposition reprend en effet la règle qui figurait auparavant à l'art. 25 al. 3 LAMA (cf. FF 1992 I 189 ss; voir aussi l'arrêt ATF 124 V 130 et *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 416 et 417), auquel se référait le Tribunal fédéral des assurances dans l'arrêt précité. Dès lors, contrairement à ce que soutiennent les juges cantonaux et l'intimé à la suite de l'opinion exprimée par *Duc* dans l'article précité, l'art. 56 al. 2 let. a LAMal n'a nullement instauré un nouveau principe, d'après lequel, dans le système du tiers garant au sens de l'art. 42 al. 1 LAMal, seul l'assuré serait en droit d'exiger du fournisseur de prestations la restitution de la rémunération qu'il lui a versée, lorsque celle-ci dépasse la limite fixée par l'art. 56 al. 1 LAMal. On ne trouve rien de tel dans les travaux préparatoires de la loi et c'est même faire violence au texte de celle-ci que d'affirmer le contraire.

d) Dans plusieurs arrêts relatifs à l'art. 23 LAMA, la Cour de céans a souligné qu'il ne saurait être question d'exiger de chaque caisse séparément qu'elle entame contre le fournisseur de prestations en cause une action en restitution du trop-perçu. Une disposition de procédure cantonale qui ferait obstacle à une action collective menée de front par plusieurs caisses-maladie et fondée sur les statistiques du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) serait contraire au droit fédéral. Ainsi, les caisses, représentées le cas échéant par leur fédération cantonale, peuvent introduire une demande globale de restitution à l'encontre d'un fournisseur de prestations et, à l'issue de la procédure, se partager le montant obtenu à titre de restitution des rétributions perçues sans droit (arrêt non publié C. du 11 juillet 1996 [K 39/95] consid. 5d qui se réfère lui-même à l'arrêt non publié S. du 29 octobre 1993 [K 101/92]).

Par identité de motifs, ces mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs assureurs s'unissent pour agir à l'encontre d'un fournisseur de prestations, dans le cadre de l'art. 56 al. 2 let. a LAMal. Dès lors, on ne saurait non plus suivre les juges cantonaux lorsqu'ils considèrent que la demande des recourantes est irrecevable au motif «qu'il ne peut s'agir d'une représentation générale par un consortium de caisses, même nommément désignées, d'un groupe d'assurés forcément anonymes».

6. – Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que le tribunal arbitral a déclaré irrecevable la demande des trente-deux caisses-maladie recourantes dirigée contre l'intimé. En conséquence, le jugement attaqué doit être annulé et la cause renvoyée audit tribunal pour jugement sur le fond.

Kostenbeteiligung bei Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen (BGE 127 V 268)

KV 188 Urteil des EVG vom 5. September 2001 (K 10/98)

Auch nach neuem Recht gelten die Kosten für die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen als Krankheitskosten und unterliegen der Kostenbeteiligungspflicht der Versicherten (Erw. 3b).

Die Unterscheidung der Leistungspflicht für normale und für Risikoschwangerschaften ist mit der ratio legis der Kostenbeteiligungsfreiheit bei Mutterschaftsleistungen vereinbar (Erw. 4b).

Selon le nouveau droit également, les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, ce qui entraîne l'obligation des assurées de participer aux coûts des prestations dont elles bénéficient (consid. 3b).

La distinction entre les prestations obligatoires lors d'une grossesse normale et celles en cas de grossesse à risques est compatible avec le sens et le but de la réglementation prévoyant la libération de toute participation aux coûts des prestations en cas de maternité (consid. 4b).

Pure giusta il nuovo diritto le spese di cura nel caso di complicazioni intervenute nel corso della gravidanza configurano spese di malattia, il che comporta per gli assicurati l'obbligo di partecipare ai costi delle prestazioni di cui beneficiano (cons. 3b).

La distinzione fra le prestazioni in caso di gravidanza normale e quelle in caso di gravidanza a rischio è compatibile con la ratio legis dell'ordinamento che prevede l'esonero dalla partecipazione alle spese per prestazioni in caso di maternità (cons. 4b).

I.

A. – Die bei der Öffentlichen Krankenkasse Basel (nachfolgend ÖKK) krankenversicherte B. musste im Verlaufe einer Schwangerschaft zufolge vaginaler Blutungen und vorzeitiger Portioreifung bzw. wilder Wehen in der Klinik X. vom 15. bis 23. September 1996 hospitalisiert werden. Die ÖKK überband der Versicherten mit Verfügung vom 21. März 1997 für diese Behandlung einen Selbstbehalt von Fr. 321.30, woran sie mit Einspracheentscheid vom 30. April 1997 festhielt.

B. – Das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt hiess eine dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 5. Dezember 1997 im We-

sentlichen mit folgender Begründung gut: Weder das KUVG noch das KVG enthielten eine Definition der Mutterschaft. Doch sei die Rechtslage unter dem geltenden KVG gleich geblieben, insbesondere bestehe keine wesentliche Abweichung in der Umschreibung der vom Krankenversicherer zu übernehmenden Leistungen sowie der Befreiung von der Kostenbeteiligung. Deshalb könne die Rechtsprechung zum KUVG auch in Fällen, die nach dem KVG zu beurteilen seien, übernommen werden. Demgemäss sei nur die normal verlaufende Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung befreit, während Schwangerschaftskomplikationen als Krankheitsbehandlungen qualifiziert würden und deshalb einer Kostenbeteiligungspflicht unterlägen. Für eine derartige Unterscheidung sei indessen schon unter dem alten Recht kein stichhaltiger Grund ersichtlich gewesen. Der Sinn der Befreiung von der Kostenbeteiligung könne nur der sein, werdende Mütter kostenmässig zu schonen und damit Familienschutz zu betreiben, was nicht nur bei normalen Schwangerschaften gelte. Die getroffene Unterscheidung lasse sich daher nicht rechtfertigen. Da die Schwangerschaft umfassend verstanden werden müsse, seien auch Leistungen bei Schwangerschaftskomplikationen ohne Kostenbeteiligung zu erbringen.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die ÖKK die Aufhebung des kantonalen Entscheides. B. lässt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragen. (...) Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen gutgeheissen:

1. – Gemäss Art. 29 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Abs. 1). Diese spezifischen Leistungen umfassen nach Abs. 2 die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft (lit. a), die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen (lit. b) und die notwendige Stillberatung (lit. c). Der Bundesrat, der die Ausführungsbestimmungen zu erlassen hat (Art. 96 KVG), delegierte seine Kompetenz in der Vollziehungsverordnung an das Eidgenössische Departement des Innern (Art. 33 lit. d KVV). Dieses erliess am 29. September 1995 die KLV. Darin sind die besonderen Leistungen bei

Mutterschaft in den Art. 13 bis 16 geregelt. Vorliegend von Bedeutung ist Art. 13 KLV, der umschreibt, welche Kontrolluntersuchungen die Versicherung zu übernehmen hat. Unterschieden werden fünf Arten von Kontrolluntersuchungen. Nach lit. a hat jede Versicherte Anspruch auf sieben (Ziff. 1), bei Risikoschwangerschaften nach klinischem Ermessen auch auf zusätzliche (Ziff. 2) Kontrollen während der Schwangerschaft sowie auf eine post-partum-Kontrolle innert der sechsten bis zehnten Woche nach der Geburt (lit. e). Beim Vorliegen besonderer Anspruchsvoraussetzungen hat die Versicherung zudem die Kosten für Ultraschallkontrollen (lit. b), pränatale Untersuchungen mittels Kardiotokographie (lit. c) sowie Amniozentese und Chorionbiopsie (lit. d) zu übernehmen. Auf Leistungen bei Mutterschaft darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben (Art. 64 Abs. 7 KVG).

2. – Streitig ist, ob die ÖKK berechtigt ist, der Versicherten auf den Leistungen für den Spitalaufenthalt vom 15. bis zum 23. September 1996 wegen Komplikationen in der 28. und 29. Schwangerschaftswoche einen Selbstbehalt in Rechnung zu stellen.

a) Die Beschwerde führende ÖKK pflichtet der Vorinstanz darin bei, dass sich die Rechtslage mit dem Inkrafttreten des KVG nicht geändert und deshalb auch die bisherige Rechtsprechung zur Leistungspflicht bei Schwangerschaft weiterhin Geltung habe. Vorliegend seien in der 28. bzw. 29. Schwangerschaftswoche Wehen aufgetreten. Es liege deshalb kein normaler Schwangerschaftsverlauf vor. Da es um die Behandlung einer drohenden Frühgeburt, nicht aber um eine tatsächliche Früh- oder Fehlgeburt gegangen sei, könne auch nicht von einem Geburtsvorgang gesprochen werden. Der Spitalaufenthalt sei deshalb durch Krankheitsfall notwendig geworden, weshalb ein Selbstbehalt geschuldet sei. Entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts fehlten die Voraussetzungen für eine Praxisänderung, da die Rechtslage unter dem neuen Recht gleich geblieben sei. Die Rechtsprechung grenze die normale Schwangerschaft von der komplikativen ab, welche als Krankheitsfall gelte. Eine Praxisänderung mit der Begründung, eine andere Auffassung, für welche die Vorinstanz keine ausführlischen und stichhaltigen Gründe zu nennen vermöge, liesse sich ebenso gut vertreten, sei mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit und der Rechtsgleichheit nicht vereinbar.

b) Das BSV führt in der Vernehmlassung aus, dass in der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 darauf hingewiesen werde, Art. 29 KVG übernehme das bisherige Prinzip, wonach bei Mutterschaft Anrecht einerseits auf die gleichen Leis-

tungen wie bei Krankheit (Art. 14 Abs. 1 KUVG) sowie andererseits auf spezifische Leistungen (Art. 14 Abs. 2 KUVG) bestehe. Dieser Verweis beziehe sich lediglich auf den Umfang der Leistungen bei Mutterschaft, sage aber nichts aus über die Erhebung der Kostenbeteiligung. Die bei Mutterschaft zu übernehmenden Leistungen seien in Art. 13 und 16 Abs. 1 KLV aufgeführt. Sämtliche Leistungen nach Art. 13 KLV seien Mutterschaftsleistungen und als solche von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen, unabhängig davon, ob es sich um eine normale oder pathologische Schwangerschaft handle. Nach der Definition in Art. 2 Abs. 3 KVG beginne die Mutterschaft im Zeitpunkt der Empfängnis. Der Anspruch auf Mutterschaftsleistungen sei von keiner Schwangerschaftsdauer abhängig. Daraus ergebe sich, dass die gesamte Schwangerschaft als Mutterschaft zu verstehen sei, so dass sämtliche Leistungen, seien dies nun kassenpflichtige Kontrolluntersuchungen oder Leistungen infolge einer so genannten Schwangerschaftskomplikation, die im Zusammenhang mit einer Mutterschaft erbracht würden, Mutterschaftsleistungen seien, für welche nach dem klaren Wortlaut von Art. 64 Abs. 7 KVG keine Kostenbeteiligung erhoben werden dürfe. Dass die Qualifizierung als Mutterschaftsleistung nicht davon abhängig zu machen sei, ob die Schwangerschaft komplikationslos oder mit Risiken verlaufe, ergebe sich auch aus den Art. 13 ff. KLV, in welchen neben der normalen auch die Risikoschwangerschaft erwähnt werde.

3. – a) Nach altem Recht durften auf den Leistungen bei Mutterschaft (Art. 14 KUVG) kein Selbstbehalt und keine Franchise erhoben werden (Art. 14^{bis} Abs. 2 lit. d KUVG). Unter Hinweis auf die Gesetzesmaterialien zum 1964 revidierten Art. 14 hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 97 V 193¹ festgehalten, die Kontrolluntersuchung diene nur der Überwachung einer Schwangerschaft. Ärztliche Vorkehren, welche auf Grund einer bei dieser Untersuchung festgestellten Gesundheitsstörung erfolgten, gehörten nicht mehr zu der Kontrolluntersuchung im Sinne von Art. 14 Abs. 2 Ziff. 4 KUVG, sondern zur Krankenpflege gemäss Art. 12 KUVG. Eine solche Behandlung gelte daher nicht als Mutterschaftsleistung und sei von der Kostenbeteiligung nicht ausgeschlossen. In RSKV 1972 Nr. 117 S. 24 f. Erw. 2b bestätigte das Gericht, dass im Falle von Schwangerschaft nur die besonderen Leistungen gemäss Art. 14 KUVG, nicht aber die einer Schwangeren gleichzeitig gewährten ordentlichen Leistungen von Selbstbehalt und Franchise ausgenommen sind. Verschiedentlich hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, dass die normal verlaufende Schwangerschaft keine Krankheit im Sinne des KUVG darstelle. Sie sei einer solchen lediglich insofern gleichgestellt, als die Kassen unter bestimm-

¹ siehe Nr. 118 (1972) dieser Sammlung

ten Voraussetzungen die gleichen Leistungen zu erbringen hätten wie bei Krankheit. Während der Schwangerschaft auftretende behandlungsbedürftige Störungen seien als Krankheiten zu werten, für welche die Kassen die nach Art. 12 KUVG geschuldeten Leistungen zu erbringen hätten (RKUV 1995 Nr. K 957 S. 13 Erw. 2, 1987 Nr. K 731 S. 189 Erw. 1b; RSKV 1981 Nr. 463 S. 222 Erw. 1c; 1972 Nr. 132 S. 123). Auf dieser Linie bewegt sich auch RSKV 1977 Nr. 288 S. 102 Erw. 2, wonach bei einer Spitalgeburt Art. 19^{bis} KUVG Geltung habe, denn es sei nicht einzusehen, weshalb diese Bestimmung nicht anwendbar sein sollte, wenn es um eine Entbindung gehe.

b) Zu Recht unbestritten ist, dass im KVG die Umschreibung der Leistungen bei Mutterschaft unverändert aus dem bisherigen Recht übernommen worden ist. Denn in der bundesrätlichen Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 93) wird zu Art. 23 KVG-E (= Art. 29 Abs. 1 KVG) ausgeführt (BBl 1992 I 155), diese Bestimmung entspreche der bisherigen Regelung, wonach bei Mutterschaft Anrecht einerseits auf die gleichen Leistungen wie bei Krankheit und andererseits auf spezifische Leistungen bestehe. In Absatz 2 von Art. 23 KVG-E würden die spezifischen Leistungen bei Mutterschaft (nämlich: Kontrolluntersuchungen, Entbindungskosten und Stillberatung) aufgeführt, die zusätzlich zu den Leistungen gemäss Abs. 1 gedeckt seien. Wie im geltenden Recht sollen Leistungen bei Mutterschaft von der Kostenbeteiligung ausgenommen sein (BBl 1992 I 197 zu Art. 56 Abs. 7 lit. b KVG-E [= Art. 64 Abs. 7 KVG]). Damit wird in der Botschaft sowohl bezüglich des Leistungsanspruchs als auch des Ausschlusses der Kostenbeteiligung auf das bisherige Recht verwiesen. Bei Art. 23 Abs. 1 KVG-E wird betont, dass hier ein bereits eingeführter Grundsatz übernommen werde. Infolge des Versicherungsobligatoriums fielen jedoch alle gesetzlichen Fristen (namentlich die in Art. 14 Abs. 1 KUVG vorgesehene Wartefrist) weg, an welche die Kostendeckung gemäss KUVG gebunden gewesen sei (BBl 1992 I 156). Ähnliche Erläuterungen fehlen bei Art. 56 Abs. 7 KVG-E zur Frage der Kostenbeteiligung. Daraus ergibt sich, dass der Bundesrat hier im Wissen um die zum KUVG ergangene Rechtsprechung keine von der geltenden Rechtslage abweichende Lösung beantragen wollte. Dieser Auffassung folgte offensichtlich auch der Gesetzgeber. Denn bei der parlamentarischen Beratung wurde einzig über Art. 56 Abs. 7 lit. a KVG-E diskutiert, welcher neben den Mutterschaftsleistungen auch für Massnahmen der medizinischen Prävention keine Kostenbeteiligung vorsah (vgl. Amtl. Bull. 1993 N 1881, 1994 N 23, 1994 S 95). Entgegen der Auffassung des BSV kann unter diesen Umständen das KVG nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass im Gegensatz zum KUVG nun auch sämtliche Leistungen, die bei Schwanger-

schaftskomplikationen erbracht werden, zu den Mutterschaftsleistungen zu zählen und von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind. Wenn die KLV bei einzelnen Vorkehren zwischen normalen und Risikoschwangerschaften unterscheidet, so werden bei Letzteren zwar mehr Leistungen gewährt, es bleiben aber Leistungen aus Mutterschaft, andernfalls sie gesetzwidrig wären.

4. – a) 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 124 V 124 Erw. 6a², 387 Erw. 4c, je mit Hinweisen).

b) Vorliegend käme eine Praxisänderung nur in Frage, wenn die bisherige Rechtsprechung als unrichtig zu erkennen wäre und die neue Lösung besserer Erkenntnis der ratio legis entspräche. Die Vorinstanz hält dafür, der Sinn der Befreiung von der Kostenbeteiligung könne nur der sein, werdende Mütter kostenmässig zu schonen und damit Familienschutz zu betreiben, was sowohl bei normalen wie Risikoschwangerschaften gelte. Für die von der Rechtsprechung vorgenommene Unterscheidung habe es nie stichhaltige Gründe gegeben und sie lasse sich heute nicht mehr rechtfertigen. Dies führe dazu, dass die Mutterschaft umfassend verstanden werden müsse und die Leistungen auch bei Schwangerschaftskomplikationen ohne Selbstbehalt zu erbringen seien.

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Entgegen der summarischen Begründung der Vorinstanz hatte und hat die Unterscheidung der Leistungen je nach Schwangerschaftsverlauf durchaus stichhaltige Gründe. Diese liegen in der Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte von Art. 14 KUVG. Dieser regelte ursprünglich die «Leistungen an Wöchnerinnen»; namentlich war das Wochenbett einer versicherten Krankheit gleichgestellt (Abs. 1) und es bestand, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt waren, Anspruch auf die für Krankheitsfälle vorgesehenen Leistungen während mindestens sechs Wochen (Abs. 2). Diese Leistungen unterlagen der Selbstbeteiligung (alt Art. 13 Abs. 4 KUVG). Die zuletzt gültig gewesene Fassung erhielt Art. 14 KUVG mit der Gesetzesnovelle vom 13. März 1964 (Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung vom 5. Juni 1961 zum

² siehe Nr. K 989 (1997) dieser Sammlung

Entwurf eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Ersten Titels des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung [BB1 1961 I 1417]). Jene Revision bezweckte in vielen Bereichen einen Leistungsausbau (BB1 1961 I 1424 ff.). Der Bundesrat führte dazu aus, dass die Schaffung einer obligatorischen Mutterschaftsversicherung nicht realisierbar erscheine, weshalb nun die Leistungen bei Mutterschaft ausgebaut werden sollten (BB1 1961 I 1435 ff.). Das bereits bestehende System der Kostenbeteiligung (alt Art. 13 Abs. 4 KUVG) tastete er im Grundsatz nicht an, gestaltete es aber neu. Er machte diesbezüglich darauf aufmerksam, dass es Fälle (z.B. Mutterschaft) gebe, bei denen sich die Erhebung eines Selbstbehalts nicht rechtfertige. Die durch den Gesetzesentwurf, u.a. beim Wochenbett, vorgesehenen Leistungsverbesserungen dürften nicht durch die Belastung mit einem Selbstbehalt illusorisch gemacht werden (BB1 1961 I 1453 Ziff. 4e). Diese neuen spezifischen Mutterschaftsleistungen waren in Art. 14 Abs. 2 KUVG aufgezählt. Im Kontext der bundesrätlichen Botschaft kam die Kostenbeteiligungsfreiheit nur dort zum Tragen, wo weder direkt noch gestützt auf den Verweis in Art. 14 Abs. 1 KUVG Leistungen nach Art. 12 KUVG geschuldet waren (vgl. dazu auch EVGE 1968 S. 77 Erw. 4). Zu beachten ist überdies, dass sowohl nach Art. 14 Abs. 1 KUVG als auch Art. 29 Abs. 1 KVG die Krankenversicherung grundsätzlich die gleichen Leistungen zu erbringen hat wie im Falle von Krankheit, d.h. unter Kostenbeteiligung. Ein Verzicht auf die Erhebung des Selbstbehaltes im Falle einer Behandlung einer Gesundheitsstörung bei bestehender Schwangerschaft führte zu einer Rechtsungleichheit. Da sich die Rechtslage mit dem neuen KVG nicht geändert hat und die bisherige Praxis nach dem Gesagten mit der ratio legis vereinbar ist, besteht kein Anlass zu deren Änderung.

Ablehnung eines Vertrauensarztes

KV 189 Urteil des EVG vom 26. September 2001 (K 6/01)

Wichtige Gründe für die Ablehnung bei einem Vertrauensarzt verneint, der gleichzeitig für den Versicherer eine HMO-Praxis leitet und die vertrauensärztliche Tätigkeit im Rahmen dieser Anstellung ausübt.

L'existence de justes motifs pour la récusation d'un médecin-conseil a été niée dans le cas où celui-ci en même temps dirige une institution HMO pour l'assureur et exerce une activité de médecin-conseil dans le cadre de cet engagement.

Non vi sono validi motivi per ricusare un medico di fiducia che svolge quest'attività nel contesto di un centro HMO da lui diretto per conto dell'assicuratore.

Auszug aus den Erwägungen:

1. – Streitig ist, ob wichtige Gründe im Sinne von Art. 57 Abs. 3 Satz 1 KVG vorliegen, welche gegen die Ernennung des vom Krankenversicherer vorgeschlagenen Vertrauensarztes sprechen. Solche Streitigkeiten fallen in die Kompetenz des kantonalen Schiedsgerichts (Art. 57 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Art. 89 KVG). Dessen Entscheide unterliegen nach Art. 91 KVG der Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht.

...

2. – Nach Art. 57 Abs. 1 KVG bestellen die Versicherer oder ihre Verbände nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 36 KVG erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein. Dieses Anforderungsprofil wird von Dr. med. X. unbestritten erfüllt.

3. – Der Vertrauensarzt gemäss Art. 57 KVG ist ein Organ der sozialen Krankenversicherung. Dabei hat er die divergierenden Interessen der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer in vernünftiger Weise auszugleichen. Seine Aufgaben werden in Art. 57 Abs. 4 und Abs. 5 KVG umschrieben. Danach berät er den Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Zudem kommt ihm eine Überwachungs- und Kontrollfunktion zu. Er überprüft die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG).

Ihm obliegt die Kontrolle der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Sinne von Art. 32 und Art. 56 KVG (vgl. auch den Titel zum 6. Abschnitt des KVG: «Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen»). Seine Kompetenz beschränkt sich auf die Beantwortung medizinischer Fachfragen. In fachlicher Hinsicht kann ihm der Versicherer nichts vorschreiben. Die Vertrauensärzte sind in ihrem Urteil unabhängig; weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen (Art. 57 Abs. 5 KVG). Diese Unabhängigkeit des Urteils bezieht sich auf die gesetzliche Aufgabe, die der Vertrauensarzt wahrzunehmen hat. In administrativer Hinsicht ist er in die Hierarchie des Versicherers eingegliedert. Mit ihm schliesst er den Anstellungsvertrag ab (*Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 100 ff.; *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Rz 62 ff.; vgl. auch BGE 127 V 47 Erw. 2d¹).

4. – Die Beschwerdeführerin macht geltend, Dr. med. X. sei aus wichtigen Gründen im Sinne von Art. 57 Abs. 3 KVG als Vertrauensarzt der SWICA abzulehnen, da dessen Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit nicht gewährleistet seien. Die Funktion als Vertrauensarzt übe er im Rahmen seiner Anstellung als HMO-Arzt der SWICA Gesundheitszentren AG aus, wobei die Organisation des vertrauensärztlichen Dienstes dieser Kasse undurchsichtig ausgestaltet sei und die Leitung für medizinische Fragen von einer Juristin wahrgenommen werde. Nur ein unabhängiger und weisungsungebundener Vertrauensarzt könne die Stellung zwischen Patient und Krankenversicherer wahrnehmen und dem Gesetz zum Durchbruch verhelfen. Auch wenn er im Organigramm und auf der Gehaltsliste des Krankenversicherers figuriere, dürfe der Vertrauensarzt nicht gezwungen sein, einseitig Kostensparziele seines Arbeitgebers zu verfolgen. Vielmehr habe er auch die Interessen der Versicherten nach guter Behandlung, welche zwangsläufig Kosten zu Lasten des Krankenversicherers verursache, zu vertreten und einer gerechten und gesetzeskonformen Lösung zum Durchbruch zu verhelfen. Ob die Organisation des vertrauensärztlichen Dienstes der SWICA und die Einbindung des Arztes in diesen Dienst genügend Gewähr für eine unabhängige Ausübung der vertrauensärztlichen Tätigkeit biete, sei zweifelhaft und bisher nicht rechtsgenügend abgeklärt worden.

5. – a) Das Gesetz definiert die «wichtigen Gründe» im Sinne von Art. 57 Abs. 3 KVG nicht. Nach *Maurer* (a.a.O., S. 100 f.) liegen solche beispielsweise vor, wenn sich der Vertrauensarzt im Umgang mit seinen Kolle-

¹ siehe Nr. KV 167 (2001) dieser Sammlung

gen in der Praxis rüpelhaft benimmt oder schwerwiegende fachliche Fehler bei der Beratung oder der Überwachung begeht. Die fachlichen Kenntnisse und persönlichen Qualitäten des Dr. med. X. werden seitens der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt. Hingegen beanstandet sie eine wirtschaftliche, organisatorische und ideologische Einbindung in das Gesundheitssystem der SWICA.

b) Gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG wird der Vertrauensarzt durch den Versicherer bestellt. Damit sieht der Gesetzgeber die Entschädigung des Arztes durch den Versicherer und die damit verbundene wirtschaftliche Abhängigkeit selber vor (vgl. auch *Maurer*, a. a. O., S. 102). Eine solcherart gelagerte Abhängigkeit vermag daher keine Ablehnung des Vertrauensarztes zu begründen. Im Weiteren lässt die Tatsache allein, dass ein Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, nicht schon auf mangelnde Objektivität oder auf Befangenheit schliessen. Vielmehr bedarf es besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 122 V 161 Erw. 1c²). Die blossе Tatsache, dass ein Arzt oder eine Ärztin arbeitsvertraglich an eine Krankenversicherung gebunden ist, erlaubt noch nicht, an der Objektivität der entsprechenden ärztlichen Einschätzung zu zweifeln (SVR 1999 KV Nr. 22 S. 52 Erw. 3b). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (BGE 122 V 161³; *Eugster*, a. a. O., Rz 64).

c) Sodann bestehen keine Hinweise dafür, dass Dr. med. X. nicht in der Lage wäre, die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu überprüfen (Art. 32 Abs. 2 KVG). Der Umstand, dass er eine HMO-Praxis leitet, stellt jedenfalls keinen entsprechenden Hinderungsgrund dar. Der Gesetzgeber sieht besondere Versicherungsmodelle, welche sich prämienvorbilligend auswirken, ausdrücklich vor. So können die Versicherten gemäss Art. 41 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 62 Abs. 1 KVG ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken und dabei auf die Freiheit der Arztwahl wenigstens teilweise verzichten, wenn davon eine kostengünstigere Versorgung zu erwarten ist. Die Qualität der Leistungen wird dadurch nicht tangiert. Auch eine HMO-Praxis unterliegt dem Prinzip, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu sein haben (Art. 32 Abs. 1 KVG). Gestützt auf Art. 62 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat weitere prämienermässige Versicherungsformen zulassen. Inwiefern ein Vertrauensarzt, der gleichzeitig auch

² siehe Nr. U 252 (1996) dieser Sammlung

³ siehe Nr. U 252 (1996) dieser Sammlung

Patienten behandelt, welche eine kostengünstige Versicherungsvariante gewählt haben, mit Bezug auf Versicherte, welche keinem solchen Versicherungsmodell beigetreten sind, bei der Ausübung seiner gesetzlichen Aufgaben aus diesem Grunde voreingenommen sein sollte, ist nicht ersichtlich.

Da keine konkreten Hinweise für eine ungenügende fachliche Unabhängigkeit des Dr. med. X. in seiner Tätigkeit als Vertrauensarzt der SWI-CA bestehen, erweisen sich ergänzende Sachverhaltsabklärungen als entbehrlich.

Zahnärztliche Behandlung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

KV 190 Urteil des EVG vom 19. September 2001 (K 73/98)

Für zahnärztliche Behandlungen ist eine Berufung auf Art. 25 KVG nicht möglich. Die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung für solche Behandlungen ist demzufolge nur bei Erfüllung der Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG gegeben (Erw. 2).

Der Krankheitswert gemäss Art. 17 (Ingress) und Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV übersteigt den für die soziale Krankenversicherung allgemein geltenden Krankheitswert des Art. 2 Abs. 1 KVG, indem er eine qualifizierte Beeinträchtigung der Gesundheit voraussetzt (Erw. 7).

Anwendungsfall von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV: Verlagerung von Weisheitszähnen mit Krankheitswert (Erw. 8).

Il n'est pas possible d'invoquer l'article 25 LAMal pour des traitements dentaires. L'obligation de l'assurance-maladie sociale de fournir des prestations pour ce type de traitements n'existe ainsi que si les conditions de l'article 31 alinéa 4 LAMal sont remplies (cons. 2).

La qualification de maladie selon les articles 17 (déphrase introductive but) et 17 lettre a chiffre 2 OPAS dépasse la qualification générale de maladie de l'article 2 alinéa 1 LAMal applicable dans l'assurance-maladie sociale, en exigeant une atteinte qualifiée à la santé (cons. 7).

Cas d'application de l'article 17 lettre a chiffre 2 OPAS: dislocation de dents de sagesse présentant le caractère d'une maladie (cons. 8).

Non è dato appellarsi all'art. 25 LAMal in caso di cure dentarie, che vengono quindi coperte dall'assicurazione malattie sociale soltanto quando siano adempiute le condizioni di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal (cons. 2).

Il carattere di malattia ai sensi dell'art. 17 (ingresso) e dell'art. 17 lett. a n. 2 OPre oltrepassa il carattere di malattia generalmente valido per l'assicurazione malattie sociale, definito all'art. 2 cpv. 1 LAMal, in quanto presuppone un danno alla salute qualificato (cons. 7).

Caso d'applicazione dell'art. 17 lett. a n. 2 Opre: dislocazione dei denti del giudizio con carattere di malattia (cons. 8).

I.

A. – Die 1974 geborene M. hat bei der Krankenkasse Hermes nebst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine kombinierte Spitalversicherung für krankheits- und unfallbedingte Behandlung in der Allgemeinen

Abteilung in Schweizer Spitalern (Abt. HC) sowie eine Heilungskosten-Zusatzversicherung (Abt. SC) abgeschlossen. Wegen pericoronaler Infekte und Zysten bei verlagerten Weisheitszähnen musste sie sich am 28. Januar 1997 im Spital X. einem von Dr. med. S., Spezialarzt FMH für Plastische und Wiederherstellungs-Chirurgie, durchgeführten operativen Eingriff unterziehen. Die Rechnungen für diesen Eingriff von insgesamt Fr. 3259.15 (Spital- und Arztkosten) reichte M. der Krankenkasse Hermes ein, welche mit Verfügung vom 12. Juni 1997 festhielt, sie entrichte aus der Heilungskosten-Zusatzversicherung den reglementarischen Höchstbetrag von Fr. 150.-, abzüglich einer Franchise von Fr. 50.-. Die Krankenkasse lehnte im Übrigen ihre Leistungspflicht ab und erachtete insbesondere die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als nicht erfüllt.

M. liess gegen die Verfügung Einsprache erheben und ein Schreiben des Dr. med. S. vom 24. Juni 1997 nachreichen, wonach es sich beim Eingriff um eine klassische kassenpflichtige Situation gehandelt habe mit einer Diagnose, die mehrfach die an Pflichtleistungen zu stellenden Bedingungen erfüllt habe, ohne dass dabei zahnärztliche Massnahmen infolge Auswirkungen auf das Odontoparodont notwendig gewesen wären. Mit Einspracheentscheid vom 29. Juli 1997 hielt die Krankenkasse Hermes an ihrem Standpunkt fest.

B. – Mit Beschwerde beantragte M., die Krankenkasse Hermes sei zu verpflichten, die Kosten von Fr. 3158.95 im Zusammenhang mit dem Eingriff vom 28. Januar 1997 zu übernehmen. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern wies die Beschwerde mit Entscheid vom 13. Februar 1998 ab.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt M. wiederum die Erstattung der Kosten für die am 28. Januar 1997 bei Dr. med. S. erfolgte Behandlung von Fr. 3158.95 zuzüglich 5 % Zins aus der bei der Krankenkasse Hermes abgeschlossenen obligatorischen Krankenpflegeversicherung beantragen.

Die Krankenkasse Hermes schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat sich nicht vernehmen lassen.

D. – Am 28. März 2000 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Expertengruppe mit der Erstellung eines zahnmedizinischen Grundsatzgutachtens beauftragt. Das vorliegende Verfahren wurde deshalb mit Verfügung vom 3. April 2000 sistiert. Das Grundsatzgutachten ging am 31. Oktober 2000 beim Gericht ein und wurde am 16. Februar 2001 mit den Exper-

ten erörtert. Am 21. April 2001 erstellten die Experten einen Ergänzungsbericht.

II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen gutgeheissen:

1. – Da das Gericht im Hinblick auf die sich hier stellenden medizinischen Fragen Fachpersonen konsultiert hat, wurde das Verfahren sistiert. Nach Vorliegen des Berichtes mit Ergänzungen ist der Grund der Sistierung weggefallen. Sie ist daher aufzuheben.

2. – Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen.

Die Leistungen der Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

Die Berufung der Beschwerdeführerin auf Art. 25 KVG geht fehl, weil es in ihrem Fall um eine zahnärztliche Behandlung des Kausystems geht. Die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ist diesfalls nur bei Erfüllung der Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG gegeben, und zwar von lit. a, weil die zahnärztliche Behandlung weder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (lit. b) noch für deren Behandlung notwendig ist (lit. c).

3. – Die Bestimmung von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG, wonach die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt sein muss, hat durch das Departement (Art. 33 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV) in Art. 17 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) folgende Ausgestaltung erfahren:

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht:

- a. Erkrankungen der Zähne:
 1. Idiopathisches internes Zahngranulom,
 2. Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste);
- b. Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):
 1. Präpubertäre Parodontitis,
 2. Juvenile, progressive Parodontitis,
 3. Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten;
- c. Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:
 1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen,
 2. Maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
 3. Osteopathien der Kiefer,
 4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
 5. Osteomyelitis der Kiefer;
- d. Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:
 1. Kiefergelenksarthrose,
 2. Ankylose,
 3. Kondylus- und Diskusluxation;
- e. Erkrankungen der Kieferhöhle:
 1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
 2. Mund-Antrumfistel;
- f. Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:
 1. Schlafapnoesyndrom,
 2. Schwere Störungen des Schluckens,
 3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

a) In BGE 124 V 185¹ hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17–19 KLV erwähnten Erkrankungen, deren

¹ siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

zahnärztliche Behandlung von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen ist, abschliessend aufgezählt sind. Demnach fallen nur Erkrankungen des Kausystems, die in Art. 17 KLV genannt sind, unter die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung.

b) Die Umschreibung der Erkrankungen in Art. 17 KLV ist unterschiedlich. So begnügt sich der Verordnungsgeber teils mit einzelnen Krankheitsbezeichnungen wie etwa der Kiefergelenksarthrose (Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV) oder der Mund-Antrumfistel (Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV), teils verwendet er Umschreibungen wie in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV, wo ihm die Begriffe «Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen» («dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires»; «dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari») für sich allein zu unbestimmt erscheinen, sodass er nur solche darunter verstanden wissen will, die «Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste)» erreichen («pouvant être qualifiées de maladie [par exemple: abcès, kyste]»; «che causano una malattia [ad es. accesso, ciste]»). Damit stellt sich die Frage, ob dieser Krankheitswert ein anderer ist als jener Krankheitswert, der nach Art. 17 KLV zur allgemeinen Voraussetzung dafür erhoben wird, dass die in dieser Bestimmung aufgezählten Erkrankungen in den Leistungsbereich der sozialen Krankenversicherung fallen. Weiter ist danach zu fragen, ob der Krankheitswert, wie er in Art. 17 KLV allgemein oder in dessen lit. a Ziff. 2 bei verlagerten und überzähligen Zähnen und Zahnkeimen verwendet wird, mit dem in Art. 2 Abs. 1 KVG definierten Begriff der Krankheit übereinstimmt.

4. – Das Gericht hat dazu die von zwei verschiedenen Berufsgruppen zur Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 31 KVG herausgegebenen Leitfäden zu Rate gezogen (Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem [SSO-Atlas], herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 1996; KVG-Leitfaden, Leistungspflicht im Fachbereich Kiefer- und Gesichtschirurgie, herausgegeben von der Gesundheitspolitischen Kommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, 1999). In der Erkenntnis, dass diese Unterlagen einerseits auf die sich stellenden Fragen wenig grundsätzliche Antworten geben und die Thematik mehr kasuistisch angehen und andererseits in vielen Einzelfragen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen gelangen, sowie angesichts der grossen praktischen Bedeutung mit allfällig weit reichenden finanziellen Folgen für die Versicherten und die Versicherer hat das Gericht eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung eines Grundsatzgutachtens beauftragt. Dieses hatte die gestellten Fragen grundsätzlich, d. h. losgelöst von den anstehenden Einzelfällen, zu beantworten

und so dem Gericht eine Grundlage zu bieten, welche es ihm erlaubt, den gesetzlichen Bestimmungen einen Inhalt zu geben, der auf einem zutreffenden Verständnis der der Regelung zu Grunde liegenden medizinischen Fachwissens beruht. Bei den drei Mitgliedern der Expertengruppe handelt es sich um PD Dr. med. dent. *Gebauer*, Klinik für Kieferorthopädie, Bern, Dr. med. dent. *Chiarini*, Ecole de Médecine Dentaire, Genf, und Dr. med. dent. *Gnoinski*, Klinik für Kieferorthopädie, Zürich. Diese Experten dürfen andere Fachpersonen kontaktieren.

Das Grundsatzgutachten und der Erläuterungsbericht werden nicht nur soweit sie für den vorliegenden Fall einschlägig sind, sondern umfassend wiedergegeben, und zwar angesichts des Umstandes, dass die Expertenmeinungen weit über den konkreten Fall hinaus interessieren.

5. – a) Die Experten wurden zum Krankheitswert befragt, der bei verlagerten und überzähligen Zähnen und Zahnkeimen nach Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV Voraussetzung der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ist. Die Fachpersonen erblicken in diesem Krankheitswert einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff der Krankheit gemäss Art. 2 Abs. 1 KVG qualifizierten Begriff. Ihm komme – so führen sie aus – Abgrenzungsfunktion zu. Weil die Umschreibungen «Verlagerung» und «Überzahl» von Zähnen und Zahnkeimen sowohl leichte wie auch schwere Erkrankungen des Kausystems erfassten, würden auf diese Weise die schweren, eben jene mit Krankheitswert, von den übrigen Erkrankungen abgegrenzt, die nicht als schwer einzustufen seien und daher der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG nicht unterlägen.

b) Das Gericht sieht keinen Grund, im Krankheitswert, der nach Art. 17 KLV bei allen darin aufgeführten Erkrankungen erreicht sein muss, damit die Behandlung der Leistungspflicht unterliegt, etwas anderes zu erblicken. Auch hier dient der Begriff der Abgrenzung. Er drückt das Mass der Schwere der Erkrankung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung aus. Nicht schwere Erkrankungen sollen nach der gesetzlichen Vorgabe des Art. 31 Abs. 1 KVG davon ausgeschlossen sein. Der Wiederholung des Begriffes in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV kommt daher die Funktion zu, dieser allgemeinen Voraussetzung des Krankheitswertes in Art. 17 KLV den nötigen Nachdruck zu verschaffen, weil gerade bei verlagerten und überzähligen Zähnen und Zahnkeimen, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, neben schweren gehäuft nicht schwere Erscheinungsformen anzutreffen sind.

6. – a) Um die Frage der Schwere einer Erkrankung bei Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen differenziert angehen zu können,

unterscheiden die Experten zwischen der Dentition in Entwicklung – im Sinne eines Richtwertes bis zum 18. Altersjahr – und bleibender Dentition. So könne bei der Dentition in Entwicklung der Krankheitswert in der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung oder in einem pathologischen Geschehen bestehen. Bei bleibender Dentition falle naturgemäss eine Behinderung der geordneten Gebissentwicklung ausser Betracht; der Krankheitswert beschränke sich hier auf ein pathologisches Geschehen.

aa) Damit eine Behinderung geordneter Gebissentwicklung Krankheitswert erlange, so führen die Fachleute aus, müsse sie mit der Verlagerung oder Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen zusammenhängen, bereits manifest sein oder gemäss bewährter Erkenntnis der Zahnmedizin unmittelbar drohen und durch einfache Massnahmen nicht zu verhindern oder zu beheben sein. Als Beispiele der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung nennen die Experten die Behinderung des Durchbruchs benachbarter Zähne, die Resorption oder Verdrängung solcher Zähne und das Ausbleiben weiteren Alveolarfortsatz-Wachstums infolge Ankylose bleibender Zähne und Früh-Ankylose von Milchzähnen. Unter einfachen Massnahmen seien namentlich die Extraktion von Milchzähnen oder bleibenden Zähnen ohne Zusatzkomplikationen (einfache Extraktion), Schleimhautkappen-Excision sowie die Schaffung des für den Zahndurchbruch nötigen Platzangebotes mit beschränktem apparativem Aufwand (z. B. festsitzende oder abnehmbare Lückenhalter/Lückenöffner, Lingualbogen, Palatinalbogen, Headgear) zu verstehen.

bb) Von einem pathologischen Geschehen – so die Fachpersonen – sei zu sprechen, wenn es mit der Verlagerung oder Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen zusammenhänge, wenn es durch prophylaktische Massnahmen nicht verhindert werden könne, wenn es zu erheblichen Schäden an benachbarten Zähnen, am Kieferknochen oder an benachbarten Weichteilen geführt habe oder nach klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit führen werde und ohne Eingriff das Kau-system beeinträchtige. Als Beispiele einer erheblichen Schädigung benachbarter Zähne, am Kieferknochen oder an benachbarten Weichteilen nennen sie den Abszess, die Zyste, soweit sie nicht durch vermeidbare Karies oder Parodontitis bedingt ist, die Resorption oder Verdrängung benachbarter Zähne, bereits erfolgte parodontale Taschenbildung an benachbarten Zähnen, chronisch-rezidivierende Pericoronitis (beginnende Abszessbildung) bei Weisheitszähnen sowie retinierte Zähne mit Verbindung zur Mundhöhle und entsprechender Gefahr der Abszessbildung infolge nicht vermeidbarer Karies. Ein Kauorgan könne sodann ausser in seiner Funktion auch in seiner Ästhetik (z. B. obere Frontzähne) beeinträchtigt werden.

b) Verlagerte Weisheitszähne nehmen gemäss den Ausführungen der Experten gegenüber anderen verlagerten oder überzähligen Zähnen insofern eine besondere Stellung ein, als sie von ihrer topografischen Lage in der Gegend des Unterkiefer-Winkels her besonders häufig Lage-Anomalien zeigen und Anlass zu entzündlichen Komplikationen und Zystenbildungen geben würden, die in dieser topografischen Position besonders schwerwiegende Folgen haben könnten wie einen Durchbruch von Abszessen in anatomischen Logen von vitaler Bedeutung oder eine Spontanfraktur des Unterkiefers infolge Schwächung durch grosse Zysten.

c) Was den Umfang der Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung in den dargestellten Fällen von schwerer Erkrankung des Kausystems anbelangt, erachten die Experten aus fachärztlicher Sicht allgemein die Übernahme der Kosten zur Behebung oder Minderung der Entwicklungsstörung oder des pathologischen Geschehens sowie zur Herstellung eines funktionell und, soweit obere Frontzähne betroffen sind, eines ästhetisch befriedigenden Zustandes für angezeigt. Im Besonderen halten die beigezogenen Fachpersonen dafür, dass bei überzähligen Zähnen mit pathologischem Geschehen zum Umfang der Leistungspflicht die Kosten für die Entfernung, für die Behandlung der Pathologie und die Restauration oder den Ersatz allfällig geschädigter Zähne gehören. Bei verlagerten Zähnen umfasst die Leistungspflicht ihrer Meinung nach die Entfernung und den Ersatz dieser Zähne oder deren Einreihung mittels chirurgischer oder kieferorthopädischer Massnahmen. Bei verlagerten Weisheitszähnen mit pathologischem Geschehen schliesslich beinhaltet die Pflichtleistung nur die Entfernung und die Behandlung der Begleitpathologie, nicht aber den Ersatz für entfernte Zähne.

7. – a) In Würdigung dieser medizinischen Ausführungen schliesst sich das Gericht dem Verständnis der Experten an, wonach der Krankheitswert gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV bei der Dentition in Entwicklung in der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung oder in einem pathologischen Geschehen und bei bleibender Dentition in einem pathologischen Geschehen zu sehen ist, wobei das pathologische Geschehen zu einer erheblichen Schädigung von Nachbarstrukturen führt oder unter bestimmten Voraussetzungen zu führen droht. Damit scheidet aus, den Krankheitswert in den verlagerten oder überzähligen Zähnen und Zahnkeimen selbst zu sehen, etwa bei Überschreitung eines bestimmten Mindestmasses der Abweichung verlagelter Zähne von der normalen Lage und Achsenrichtung.

Im Weiteren ergibt sich daraus, dass dieser Krankheitswert den für die soziale Krankenversicherung allgemein geltenden Krankheitswert des Art.

2 Abs. 1 KVG übersteigt (vgl. Erw. 5a, b). Nicht jede Beeinträchtigung der Gesundheit durch verlagerte oder überzählige Zähne und Zahnkeime lässt eine medizinische Untersuchung oder Behandlung unter die Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung fallen. Vielmehr muss, wie dargelegt, eine qualifizierte Beeinträchtigung vorliegen.

Ob eine Erkrankung des Kausystems wegen verlagerter und überzähliger Zähne und Zahnkeime als schwer anzusehen ist und ihre Behandlung der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG unterliegt, ist demnach am Krankheitswert gemäss Art. 17 (Ingress) und Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV zu messen. Liegt eine Behinderung geordneter Gebissentwicklung oder pathologisches Geschehen mit Schädigung der Nachbarstrukturen im dargelegten Sinne vor, so muss nicht zusätzlich danach gefragt werden, ob die Erkrankung insgesamt als schwer einzustufen ist.

b) Was sodann den Umfang der Leistungspflicht anbelangt, gehen die Experten in ihren Ausführungen relativ weit, indem sie beispielsweise neben der Entfernung verlagerter Zähne auch deren Ersatz oder deren Einreihung einschliessen. Der Umfang hat sich in jedem Fall nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu richten (Art. 32 Abs. 1 KVG). Keinesfalls darf Anreiz dafür geschaffen werden, Gebissanierungen, für welche die soziale Krankenversicherung nicht aufzukommen hat, unter dem Vorwand einer Behandlung verlagerter oder überzähliger Zähne ihr doch anzulasten. Der Umfang der Leistungspflicht wird von Fall zu Fall nach den genannten Grundsätzen festzulegen sein.

c) Es ist selbstverständlich Sache der Rechtsprechung, die von den Experten geäusserten Auffassungen, soweit sie nicht in die Beurteilung des vorliegenden Falles einfließen, in den konkreten Einzelfällen zu beurteilen.

8. – Es bleibt zu prüfen, ob das Leiden der Beschwerdeführerin Krankheitswert im Sinne von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV erlangt hat. Die Beschwerdegegnerin sieht in den Berichten des Dr. med. S. zur Behandlung (Operationsbericht vom 28. Januar 1997; Berichte vom 1. Mai 1997 und vom 24. Juni 1997) und in seiner Stellungnahme im Beschwerdeverfahren vom 16. April 1998 gewisse Widersprüche. So erachtet sie es als widersprüchlich, dass der Weisheitszahn 18, im Oberkiefer links lokalisiert, trotz follikulärer Zyste nicht entfernt wurde, dagegen Zahn 38 im Unterkiefer rechts, obwohl lediglich eine klinisch unauffällige Zyste vorlag. Was die kritische Bemerkung zu Zahn 18 anbelangt, liegt hier einerseits ein Missverständnis der Beschwerdegegnerin zu Grunde, indem dieser Zahn im Oberkiefer rechts und nicht links lokalisiert ist (*Ernst Sauerwein, Zahnerhaltungskunde, 2. Aufl.,*

Stuttgart 1972, S. 9), und andererseits eine Ungenauigkeit im Bericht des Dr. med. S. vom 1. Mai 1997, indem darin in Ziff. 1 von pericoronalen Infekten und Zysten bei retinierten Weisheitszähnen im Oberkiefer rechts und im Unterkiefer beidseits gesprochen wird. Aus Ziff. 4 dieses Berichtes und allen andern erwähnten Berichten des Dr. med. S. geht aber hervor, dass das Krankheitsgeschehen seinen Sitz zur Hauptsache im Oberkiefer links und nicht rechts hatte.

Was das Krankheitsgeschehen betrifft, ergibt sich aus allen Berichten des Dr. med. S., dass das Leiden der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Behandlung Krankheitswert im Sinne von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV hatte. Denn die Behandlung zielte darauf ab, eine weitere Schädigung von Nachbarstrukturen verlagertes Zähne zu unterbinden. Dies gilt auch hinsichtlich des Zahnes 38 im Unterkiefer rechts. Bezüglich der Diagnose schreibt Dr. med. S. in der Stellungnahme vom 16. April 1998 (Ziff. 3):

«...Im Unterkiefer rechts fand sich röntgenologisch ebenfalls eine zum damaligen Zeitpunkt klinisch unauffällige folliculäre Zyste bei verlagertem Weisheitszahn, die jedoch anamnestisch offenbar bereits rezidivierende Infekte durchgemacht hatte. Die Verlagerung der Weisheitszähne bei bereits abgeschlossenem Wurzelwachstum war in Lage und Achse derart, dass die bogenförmig abgekrümmten, ein Knochenfenster umschliessenden Wurzeln im Unterkiefer bis unter den Nervenkanal reichten, sodass mit der schwierigen Situation eines Einschlusses des N. alveolaris inferior durch die Wurzeln der verlagerten Zähne gerechnet werden musste. Die Nähe des Infektgeschehens zum Nerv erklärte auch die starken Schmerzen...»

Und zur Notwendigkeit der Behandlung führt er im selben Bericht unter Ziff. 5 fort:

«Ohne notfallmässige Überweisung und sofortige Behandlung hätte der Infekt zugenommen, sodass dann eine Inzision und Drainage von extraoral notwendig geworden wäre. Wäre auch diese Behandlung unterblieben, können solche Abszesse durch innere Fortleitung innert kürzester Zeit zu schwersten bis lebensbedrohlichen Komplikationen führen. ... Selbst kleine rezidivierende pericoronale Infekte, wie im vorliegenden Fall auf der rechten Seite, können unbehandelt zu einer hämatogenen Streuung führen, mit Auftreten vielfältigster Krankheitsbilder, beispielsweise einer Endokarditis bis hin zur Sepsis.»

9. – Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen zu übernehmen.

Zahnärztliche Behandlung von Parodontopathien

KV 191 Urteil des EVG vom 28. September 2001 (K 78/98)

Ist eine Parodontopathie auf eine Chemotherapie eines malignen Leidens zurückzuführen, ist die Übernahme der Kosten der Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gestützt auf Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV als irreversible Nebenwirkung von Medikamenten zu prüfen.

Lorsqu'une parodontopathie doit être attribuée à une chimiothérapie d'une pathologie maligne, il faut examiner la prise en charge des coûts du traitement par l'assurance obligatoire des soins sur la base de l'art. 17, let. b, ch. 3, OPAS (effets secondaires irréversibles de médicaments).

In caso di parodontopatia riconducibile alla chemioterapia applicata ad un tumore maligno va presa in considerazione l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi dell'art. 17 lett. b n. 3 OPre (effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali).

I.

A. – Die 1941 geborene J. ist bei der Concordia (bis 31. Dezember 1999 Konkordia), Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, krankenversichert. Wegen eines Karzinoms musste sie sich im Jahre 1993 einer Chemotherapie unterziehen. Nach Abschluss dieser Therapie wurden die Zähne 11, 26, 37, 36, 35, 45, 46 und 47 extrahiert. Im Februar 1996 ersuchte J. die Concordia um Kostengutsprache für eine Zahnsanierung im Betrag von Fr. 40521.–. Nachdem sich die Krankenkasse bei ihrem Vertrauensarzt Prof. Dr. Dr. med. H., Klinik für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie am Spital X., über die allfällige Übernahmepflicht und das weitere Vorgehen erkundigt hatte, wandte sie sich mit Schreiben vom 15. Mai 1996 an die behandelnden Zahnärzte Dres. G. und R. und forderte eine Dokumentation des Zahn- und Parodontalstatuts vor und nach der Chemotherapie an. Nach Eingang der gewünschten Unterlagen und gestützt auf eine Empfehlung des Vertrauensarztes verneinte die Concordia mit Schreiben vom 17. Juli 1996 an die zuständigen Ärzte die Pflicht zur Übernahme der Kosten für die Zahnbehandlung. Auf Verlangen der Versicherten erliess sie am 9. August 1996 eine entsprechende anfechtbare Verfügung. J. liess gegen die Verfügung Einsprache erheben und die Übernahme der Zahnbehandlungskosten durch die Krankenkasse beantragen. Mit Einspracheentscheid vom 18. Oktober 1996 hielt die Concordia an ihrem Standpunkt fest und verneinte eine Leistungspflicht.

B. – Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 7. April 1998 ab.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt J. wiederum die Übernahme der Zahnbehandlungskosten durch die Concordia beantragen.

Die Concordia schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung beantragt sinngemäss ebenfalls deren Abweisung.

D. – Am 28. März 2000 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Expertengruppe mit der Erstellung eines zahnmedizinischen Grundsatzgutachtens beauftragt. Das vorliegende Verfahren wurde deshalb mit Verfügung vom 3. April 2000 sistiert. Das Grundsatzgutachten ging am 31. Oktober 2000 beim Gericht ein und wurde am 16. Februar 2001 mit den Experten erörtert. Am 21. April 2001 erstellten die Experten einen Ergänzungsbericht.

II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde – unter Rückweisung der Sache an die Concordia zu weiterer Abklärung – aus den folgenden Erwägungen gutgeheissen:

...

2. – a) Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen.

Die Leistungen der Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

b) Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV hat das Departement in der Verordnung über Leistungen in der obli-

gatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, deren Behandlungskosten von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen sind. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung zu tragen sind. Hier müssen die Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen schwer sein, nicht hingegen die dadurch bedingte Erkrankung des Kausystems. In Art. 19 KLV schliesslich hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt.

3. – Zu prüfen ist zunächst die anwendbare Rechtsgrundlage.

a) Die Krankenkasse verneint von vornherein jegliche Leistungspflicht gestützt auf das KVG, da sie gemäss Art. 19 KLV nur diejenigen Kosten einer zahnärztlichen Behandlung zu übernehmen habe, die vorgängig einer Strahlen- oder Chemotherapie notwendig seien, die Zahnsanierung der Beschwerdeführerin jedoch nach Durchführung der Chemotherapie nötig geworden sei. Art. 18 KLV erwähne sodann weder das Mammakarzinom noch die Chemotherapie als schwere Allgemeinerkrankung beziehungsweise konsekutive Behandlung.

Die Beschwerdeführerin hat im vorinstanzlichen Verfahren zur Begründung ihres Begehrens geltend gemacht, Art. 19 lit. c KLV sei gesetzwidrig. Diese Bestimmung erkläre die Kosten der zahnärztlichen Behandlung nur bei vorgängiger Chemotherapie zur Pflichtleistung, während das Gesetz in Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG die Kosten für eine zahnärztliche Behandlung ausdrücklich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auferlege, wenn diese durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sei.

Die Vorinstanz schliesslich hat darauf hingewiesen, dass Art. 19 lit. c KLV denjenigen Fall regle, wo die zahnärztliche Behandlung notwendiger Bestandteil der Behandlung der schweren Allgemeinerkrankung selber oder ihrer Folgen sei, dass die Behandlung des Leidens vorliegend jedoch bereits 1993 abgeschlossen gewesen sei. Sie hat sodann Art. 18 KLV einer näheren Prüfung unterzogen und festgestellt, das maligne Leiden sei darin nicht aufgeführt. Auf Anfrage hin hat sie vom Departement die Antwort erhalten, das maligne Leiden sei deshalb in Art. 18 KLV nicht aufgenommen

worden, weil es wissenschaftlich nicht erhärtet sei, dass Zahnschäden als Folge dieses Leidens oder seiner Behandlung auftreten könnten. Das kantonale Gericht sah keinen Grund, dieser Ansicht nicht zu folgen. Eher beiläufig stellte es der Vollständigkeit halber in Erw. 1 fest, dass eine Anwendung von Art. 17 KLV nicht in Frage komme.

Trotz der Ausführungen der Vorinstanz, dass eine allfällige Gesetzwidrigkeit nicht in Art. 19 KLV, sondern allenfalls in Art. 18 KLV zu suchen wäre, hält die Versicherte im Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren an ihrer Auffassung fest.

b) Im Ergebnis hat die Vorinstanz zunächst zu Recht festgestellt, dass eine Anwendung von Art. 19 KLV in der vorliegend anwendbaren, bis Ende 1998 gültigen Fassung ausser Betracht fällt. Zwar wurden bereits dieser Bestimmung nicht nur vorausgehende zahnärztliche Behandlungen, sondern generell die gesamte zahnärztliche Versorgung, die zur Behandlung einer in der Verordnungsbestimmung erwähnten schweren Allgemeinerkrankung notwendig war, zugeordnet (vgl. BGE 124 V 199 Erw. 2d¹; *Gebhard Eugster*, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 243); doch fällt der vorliegende Sachverhalt auch nicht unter diesen weiter gefassten Anwendungsbereich des Art. 19 KLV. Der Vollständigkeit halber kann darauf hingewiesen werden, dass der Wortlaut von Art. 19 KLV per 1. Januar 1999 entsprechend geändert worden ist, was auf den konkreten Fall jedoch keine Auswirkungen hat. Bezüglich Art. 18 KLV hat das kantonale Gericht sodann zutreffend ausgeführt, dass in dieser Bestimmung maligne Leiden von der Art, wie sie bei der Beschwerdeführerin zu behandeln waren, nicht als schwere Allgemeinerkrankung aufgeführt sind, welche selbst oder ihre Folgen eine zahnärztliche Behandlung notwendig machen. Die Aussage der Gerichts bezog sich auf die bis Ende 1998 gültig gewesene Fassung der Verordnungsbestimmung; daran hat sich in der ab 1. Januar 1999 in Kraft stehenden Regelung nichts geändert. Zu erwähnen ist schliesslich, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 124 V 185² entschieden hat, dass die in Art. 17–19 KLV erwähnten Erkrankungen, deren zahnärztliche Behandlung von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen ist, abschliessend aufgezählt sind. Bevor eine Prüfung des Art. 18 KLV auf seine Übereinstimmung mit dem Bundesgesetz in Betracht gezogen und gefragt wird, ob solche Leiden darin zu Unrecht nicht aufgeführt sind, was dem Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht verwehrt ist, wo-

¹ siehe Nr. KV 33 (1998) dieser Sammlung

² siehe Nr. KV 33 (1998) dieser Sammlung

bei es sich aber grosse Zurückhaltung auferlegt (BGE 124 V 185³), ist Art. 17 KLV, dessen Anwendung die Vorinstanz beiläufig ausgeschlossen hat, einer näheren Prüfung zu unterziehen.

4. – a) In Art. 17 KLV werden, wie bereits erwähnt, die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, deren Behandlungskosten von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen sind. Die Enumeration dieser Krankheiten wird gegliedert. In lit. a werden die Erkrankungen der Zähne genannt, in lit. b die Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien), in lit. c die Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile, in lit. d die Erkrankungen des Kiefergelenkes und des Bewegungsapparates, in lit. e die Erkrankungen der Kieferhöhle und in lit. f die Dysgnathien, die zu Störungen mit Krankheitswert führen. Im Vordergrund steht lit. b über die Erkrankung des Zahnhalteapparates. Um diese Littera im Zusammenhang mit der ganzen Regelung von Art. 17 KLV zu verstehen, wird die Verordnungsbestimmung nachfolgend aufgeführt:

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht:

- a. Erkrankungen der Zähne:
 1. Idiopathisches internes Zahngranulom,
 2. Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste);
- b. Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):
 1. Präpubertäre Parodontitis,
 2. Juvenile, progressive Parodontitis,
 3. Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten;
- c. Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:
 1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen,
 2. Maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
 3. Osteopathien der Kiefer,

³ siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
 5. Osteomyelitis der Kiefer;
- d. Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:
1. Kiefergelenksarthrose,
 2. Ankylose,
 3. Kondylus- und Diskusluxation;
- e. Erkrankungen der Kieferhöhle:
1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
 2. Mund-Antrumfistel;
- f. Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:
1. Schlafapnoesyndrom,
 2. Schwere Störungen des Schluckens,
 3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

b) Die Umschreibung der Erkrankungen in Art. 17 KLV ist unterschiedlich. So begnügt sich der Ordnungsgeber teils mit einzelnen Krankheitsbezeichnungen wie etwa der Kiefergelenksarthrose (Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV) oder der Mund-Antrumfistel (Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV), teils verwendet er Umschreibungen wie in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV, wo ihm die Begriffe «Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen» für sich allein zu unbestimmt erscheinen, sodass er nur solche darunter verstanden wissen will, die «Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste)» erreichen. Damit stellt sich die Frage, ob dieser Krankheitswert ein anderer ist als jener Krankheitswert, der nach Art. 17 KLV zur allgemeinen Voraussetzung dafür erhoben wird, dass die in dieser Bestimmung aufgezählten Erkrankungen in den Leistungsbereich der sozialen Krankenversicherung fallen. Weiter ist danach zu fragen, ob der Krankheitswert, wie er in Art. 17 KLV allgemein oder in dessen lit. a Ziff. 2 bei verlagerten und überzähligen Zähnen und Zahnkeimen verwendet wird, mit dem in Art. 2 Abs. 1 KVG definierten Begriff der Krankheit übereinstimmt.

5. – Das Gericht hat dazu die von zwei verschiedenen Berufsgruppen zur Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 31 KVG herausgegebenen Leitfäden zu Rate gezogen (Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem [SSO-Atlas], herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 1996; KVG-Leitfaden, Leistungspflicht im Fachbereich Kiefer- und Gesichtschirurgie, herausgegeben von der Gesundheitspolitischen Kommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, 1999). In der Erkenntnis, dass diese Unterlagen einerseits auf die sich stellenden Fragen wenig grundsätz-

liche Antworten geben und die Thematik mehr kasuistisch angehen und andererseits in vielen Einzelfragen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen gelangen, sowie angesichts der grossen praktischen Bedeutung mit allfällig weit reichenden finanziellen Folgen für die Versicherten und die Versicherer hat das Gericht eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung eines Grundsatzgutachtens beauftragt. Dieses hatte die gestellten Fragen grundsätzlich, d. h. losgelöst von den anstehenden Einzelfällen, zu beantworten und so dem Gericht eine Grundlage zu bieten, welche es ihm erlaubt, den gesetzlichen Bestimmungen einen Inhalt zu geben, der auf einem zutreffenden Verständnis des der Regelung zu Grunde liegenden medizinischen Fachwissens beruht. Bei den drei Mitgliedern der Expertengruppe handelt es sich um PD Dr. med. dent. *Urs Gebauer*, Klinik für Kieferorthopädie, Bern, Dr. med. dent. *Martin Chiarini*, Ecole de Médecine Dentaire, Genève, und Dr. med. dent. *Wanda Gnoinski*, Klinik für Kieferorthopädie, Zürich. Diese Experten durften andere Fachpersonen kontaktieren.

6. – a) Die Experten wurden zum Krankheitswert befragt, der bei verlagerten und überzähligen Zähnen und Zahnkeimen nach Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV Voraussetzung der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ist. Die Fachpersonen erblicken in diesem Krankheitswert einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff der Krankheit gemäss Art. 2 Abs. 1 KVG qualifizierten Begriff. Ihm komme – so führen sie aus – Abgrenzungsfunktion zu. Weil die Umschreibungen «Verlagerung» und «Überzahl» von Zähnen und Zahnkeimen sowohl leichte wie auch schwere Erkrankungen des Kausystems erfassten, würden auf diese Weise die schweren, eben jene mit Krankheitswert, von den übrigen Erkrankungen abgegrenzt, die nicht als schwer einzustufen seien und daher der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG nicht unterlägen.

b) Das Gericht sieht keinen Grund, im Krankheitswert, der nach Art. 17 KLV bei allen darin aufgeführten Erkrankungen erreicht sein muss, damit die Behandlung der Leistungspflicht unterliegt, etwas anderes zu erblicken. Auch hier dient der Begriff der Abgrenzung. Er drückt das Mass der Schwere der Erkrankung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung aus. Nicht schwere Erkrankungen sollen nach der gesetzlichen Vorgabe des Art. 31 Abs. 1 KVG davon ausgeschlossen sein. Der in Art. 17 KLV geforderte Krankheitswert übersteigt somit den für die soziale Krankenversicherung allgemein geltenden Krankheitswert des Art. 2 Abs. 1 KVG (vgl. zum Ganzen: Zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil M. vom 19. September 2001, K 73/98⁴).

⁴ siehe Nr. KV 190 (2001) dieser Sammlung

7. – Vorliegend stellt sich die Frage, ob die Erkrankung des Zahnhalteapparates, unter welcher die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen leidet, nicht unter Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV zu subsumieren ist. Auffälligerweise sind weder die Parteien noch die Vorinstanz auf diese Bestimmung aufmerksam geworden. Auch das BSV, das von der Vorinstanz auf den Umfang von Art. 18 KLV angesprochen worden ist, hat diese Bestimmung nicht erwähnt. Der Grund dürfte darin liegen, dass die Regelung nicht auf den ersten Blick als klar erscheint. Während die übrigen Ziffern (in lit. a deren zwei, in lit. b deren weitere zwei, in lit. c deren fünf, in lit. d deren drei, in lit. e deren zwei und in lit. f deren drei, insgesamt somit 18 Ziffern) allesamt Erkrankungen oder Dysgnathien mit Krankheitswert aufzählen, nennt lit. b Ziff. 3 keine Erkrankung. Die Rede ist lediglich von irreversiblen Nebenwirkungen von Medikamenten. Im Zusammenhang mit der Unterüberschrift von lit. b «Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien)» und den Ziffern 1 und 2, nämlich Ziff. 1, welche die präpubertäre Parodontitis, und Ziff. 2, welche die juvenile, progressive Parodontitis nennen, drängt sich jedoch der Schluss auf, dass auch Ziff. 3 eine Parodontitis im Auge hat, nämlich eine durch irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten verursachte Parodontitis. Diese Interpretation verdient vor jeder anderen denkbaren Auslegung den Vorzug. Insbesondere vermöchte nicht zu befriedigen, die genannte Bestimmung von Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV als systematisch falsch eingeordnet und als in Art. 18 KLV gehörend zu bezeichnen. Eine solche Interpretation gelänge nur durch die Bejahung eines systematischen Fehlers bei der Gesetzgebung, wobei dann aber noch ein zweiter Fehler zu überspringen wäre, nämlich dass eine Bezeichnung der schweren Allgemeinerkrankung immer noch fehlen würde, die nach Art. 18 KLV doch genannt sein müsste. Bei der dargelegten Interpretation dagegen ist nicht von einer eigentlich fehlerhaften Gesetzgebung auszugehen, sondern lediglich von einer nicht ohne weiteres verständlichen.

Die dargelegte Interpretation führt zu einem vernünftigen Sinn. Zudem ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass nach Meinung des PD Dr. med. O., Chefarzt Onkozentrum Y., die Chemotherapie zu Parodontose führen kann. Diese Auffassung vertreten auch der von der Beschwerdegegnerin als Vertrauensarzt beigezogene Prof. Dr. Dr. med. H. sowie die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht mit der Erstellung eines Grundsatzgutachtens beauftragten Experten.

8. – Fallen somit zahnärztliche Behandlungen von Parodontopathien als Folge von irreversiblen Nebenwirkungen von Medikamenten grundsätzlich unter die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung, so hat die Kasse im Sinne der Erwägungen abzuklären, ob und inwieweit die Paro-

dontopathie sowie die Zahnextraktion der Beschwerdeführerin als Folge der Chemotherapie ihres malignen Leidens gemäss Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV zu betrachten sind. Nach Prüfung der Voraussetzungen der Kausalität und der Irreversibilität wird sie über ihre Leistungen neu zu verfügen haben, wobei zu beachten ist, dass sich der Umfang einer allfälligen Leistungspflicht in jedem Fall nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu richten hat (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Traitement dentaire en cas d'extraction de dents de sagesse incluses

KV 192 Arrêt du TFA du 30 novembre 2001 (K 8/01)

Egalement dans le cas de dents de sagesse incluses, l'existence d'une maladie dentaire tombant sous le coup de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS implique comme condition préalable une dislocation dentaire.

Auch bei retinierten Weisheitszähnen setzt Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV für die Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zunächst voraus, dass es sich um verlagerte Zähne handelt.

L'art. 17 lett. a cifra 2 OPRe, concernante l'assunzione dei costi di un trattamento dentario da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, presuppone che, anche nel caso d'inclusione del dente del giudizio, si tratti in primo luogo di una dislocazione dentaria.

I.

A. – R., née en 1980, a consulté le 1^{er} février 1999 la doctoresse K., spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale. Le 7 avril 1999, ce médecin a procédé à l'extraction de trois dents de sagesse incluses (n^{os} 18, 28 et 38). Elle a établi, le 22 avril 1999, une note d'honoraires de 1317 fr. 50. R. est assurée contre la maladie auprès de la Caisse-maladie SUPRA. Par décision du 14 décembre 1999, la caisse a refusé de prendre en charge les frais de l'intervention susmentionnée, considérant qu'il s'agissait d'un traitement dentaire qui ne relevait pas des prestations obligatoires des soins. Elle a confirmé son refus par une décision sur opposition le 31 janvier 2000.

B. – Par jugement du 30 octobre 2000, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision.

C. – R. interjette un recours de droit administratif dans lequel elle conclut au paiement par la SUPRA du montant de 1317 fr. 50. La Caisse-maladie SUPRA conclut au rejet du recours. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il ne s'est pas déterminé à son sujet.

II.

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

1. – Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires :

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. A l'art. 33 let. d OAMal, le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux art. 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31).

L'art. 17 OPAS édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. L'art. 18 OPAS (édicte en application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal), énumère les autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires; il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier. Quant à l'art. 19 OPAS (édicte en exécution de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal), il prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis. Enfin, l'art. 19a OPAS (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997) concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales.

La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 124 V 193 consid. 4¹ et 347 consid. 3a²).

2. – En l'occurrence seule peut entrer en ligne de compte une prise en charge en vertu de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS, plus précisément la lettre a chiffre 2 de cette disposition de l'ordonnance.

a) Sous le titre «Maladies du système de la mastication», l'art. 17 OPAS a la teneur suivante: A condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31, 1^{er} al., let. a, LAMal):

- a. maladies dentaires:
 - 1. granulome dentaire interne idiopathique,
 - 2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste);

¹ voir n° KV 40 (1998) de ce recueil

² voir n° KV 55 (1998) de ce recueil

- b. maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies):
 1. parodontite pré pubertaire,
 2. parodontite juvénile progressive,
 3. effets secondaires irréversibles de médicaments;
- c. maladies de l'os maxillaire et des tissus mous:
 1. tumeurs bénignes des maxillaires et muqueuses et modifications pseudotumorales,
 2. tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou,
 3. ostéopathies des maxillaires,
 4. kystes (sans rapport avec un élément dentaire),
 5. ostéomyélite des maxillaires;
- d. maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion:
 1. arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire,
 2. ankylose,
 3. luxation du condyle et du disque articulaire;
- e. maladies du sinus maxillaire:
 1. dent ou fragment dentaire logés dans le sinus,
 2. fistule bucco-sinusale;
- f. dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladie, tels que:
 1. syndrome de l'apnée du sommeil,
 2. troubles graves de la déglutition,
 3. asymétries graves cranio-faciales.

b) Il existe des différences dans l'énumération de ces maladies. Ainsi le DFI se contente-t-il, dans certains cas, de désigner une maladie en particulier, par exemple l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire (art. 17 let. d ch. 1 OPAS) ou la fistule bucco-sinusale (art. 17 let. e ch. 2 OPAS). Dans d'autres cas, l'auteur de l'ordonnance décrit un état de fait, comme à l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS («dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires») en se servant de notions qui, comme telles, lui paraissent trop imprécises, de sorte qu'à ses yeux l'affection doit en plus pouvoir être qualifiée de «maladie» (par exemple : abcès, kystes). Il s'agit dès lors de savoir si cette notion de maladie diffère du critère de la maladie posé de manière générale à l'art. 17 OPAS et si, en conséquence, les affections visées par cette disposition entrent dans le catalogue des prestations à la charge de l'assurance-maladie. En outre, il faut se demander si la notion de maladie dont use l'art. 17 OPAS, de manière générale ou à sa lettre a ch. 2 par exemple (dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires), recouvre la notion de maladie définie à l'art. 2 al. 1 LAMal.

c) Le Tribunal fédéral des assurances a consulté à ce sujet des publications émanant de deux associations professionnelles et concernant la prise en charge par l'assurance-maladie des frais d'un traitement dentaire (Atlas des maladies avec effet sur le système de la mastication [Atlas SSO] réalisé par la Société suisse d'odontostomatologie [SSO] et le Guide-LAMal de la Société suisse de chirurgie maxillo-faciale). Ces publications ne fournissent que peu de réponses de principe aux questions posées, qu'elles abordent selon une méthode casuistique. D'autre part, elles aboutissent à des conclusions divergentes sur nombre de questions particulières. A cela s'ajoute la portée pratique considérable des problèmes posés, dont les solutions sont susceptibles d'avoir des conséquences financières importantes tant pour les assurés que pour les assureurs.

Ces considérations ont amené le Tribunal fédéral des assurances à confier à un collège d'experts, le 28 mars 2000, une expertise de principe en matière de médecine dentaire. Le collège d'experts était composé de trois membres, savoir MM. *Urs Gebauer*, docteur en médecine dentaire à la Klinik für Kieferorthopädie de l'Université de Berne, *Martin Chiarini*, docteur en médecine dentaire à l'École de médecine dentaire, à Genève, et Mme *Wanda Gnoinski*, docteur en médecine dentaire à la Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin, à Zurich. Les experts ont eu la possibilité de demander le concours d'autres spécialistes. L'expertise a été déposée au tribunal le 31 octobre 2000 et elle a fait l'objet d'une discussion avec les experts le 16 février 2001. Le 21 avril 2001, ces derniers ont déposé un rapport complémentaire. Ils ont répondu aux questions posées sur un plan général, c'est-à-dire abstraction faite des cas particuliers pendants devant le tribunal. Ils ont ainsi fourni les éléments qui permettent une interprétation de la loi fondée sur une meilleure compréhension de la science médicale dont elle s'inspire.

3. – a) Les experts ont été invités à se prononcer sur le caractère de maladie en présence de dislocations dentaires (position ectopique des dents), dents ou germes dentaires surnuméraires au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS. Ils ont estimé qu'il devait s'agir d'une maladie qualifiée par rapport à la notion de maladie définie à l'art. 2 al. 1 LAMal. Du moment que les notions de «dislocations dentaires» et de «dents ou germes dentaires surnuméraires» visent aussi bien des maladies sévères que des affections de peu de gravité du système de la mastication, il est possible, grâce à ce critère de distinction, de délimiter les maladies graves – c'est-à-dire celles qui revêtent le caractère de maladie au sens de l'ordonnance - des autres affections qui ne peuvent pas être qualifiées de graves et qui, en conséquence, ne tombent pas sous le coup de l'art. 31 al. 1 LAMal.

b) Sur la base des conclusions des experts, le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS, est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). Autrement dit, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. La répétition du terme «maladie» à l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS vise à mettre l'accent sur la condition de gravité requise de manière générale à l'art. 17 OPAS. En effet, dans le cas de dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, il se trouve précisément un nombre prépondérant d'affections légères par rapport aux atteintes à la santé qui revêtent un caractère de gravité (arrêt M. du 19 septembre 2001, K 73/98, destiné à la publication dans le Recueil officiel³).

c) Afin d'être en mesure d'évaluer le degré de gravité de la maladie en cas de dislocations dentaires, de dents ou germes dentaires surnuméraires, les experts opèrent une distinction entre la dentition en développement – en règle ordinaire jusqu'à l'âge de 18 ans – et la dentition définitive. S'agissant d'une dentition en développement, l'affection peut avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoque une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Pour ce qui est d'une dentition définitive, une entrave à un développement ordonné de la dentition n'entre pas en ligne de compte; l'état de maladie se limite ici à un phénomène pathologique.

aa) Selon les experts, pour qu'une entrave à un développement ordonné de la dentition ait valeur de maladie, elle doit être en rapport avec une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires; il faut, en outre, qu'elle se soit déjà manifestée ou qu'elle représente un danger imminent selon l'expérience médicale dentaire; enfin, il faut que l'atteinte ne puisse pas être supprimée ou évitée par des mesures simples. Comme exemples d'entraves à un développement ordonné de la dentition, les experts mentionnent l'entrave à l'éruption de dents voisines, la résorption ou le refoulement de celles-ci et l'arrêt de la croissance de la crête alvéolaire à la suite d'une ankylose de dents définitives et d'une ankylose précoce de dents de lait. Les experts considèrent comme étant des mesures thérapeutiques simples, notamment, l'extraction sans complication de dents de lait ou de

³ voir n° KV 190 (2001) de ce recueil

dents définitives (extraction simple), l'excision d'une calotte de muqueuse, ainsi que l'utilisation d'un appareillage simple pour offrir l'espace nécessaire à l'éruption dentaire (par exemple un écarteur fixe ou mobile, un arc lingual, un arc palatin, un «headgear»).

bb) Toujours selon les experts, on parle de phénomène pathologique quand il est en relation avec une dislocation dentaire ou des dents ou germes dentaires surnuméraires, qu'il ne peut être combattu par des mesures prophylactiques, qu'il provoque des dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants ou encore qu'il risque, selon une évaluation fondée sur un examen clinique ou au besoin radiologique, de provoquer avec une grande probabilité de tels dommages et qu'à défaut d'intervention il en résulterait une atteinte au système de la mastication. A titre d'exemples de dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants, les experts mentionnent l'abcès, le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péricoronarite chronique-récidivante (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables.

cc) Les dents de sagesse disloquées présentent, de l'avis des experts, une situation particulière par rapport à d'autres dents disloquées ou à des dents surnuméraires. En effet, de par leur position topographique dans la région de l'angle mandibulaire inférieur, elles présentent souvent des anomalies de position et sont la cause de complications inflammatoires et de formations kystiques, qui, en raison précisément de cette position topographique particulière, peuvent avoir de graves répercussions, telles que l'extension d'abcès dans des compartiments anatomiques comportant des structures vitales ou la fracture spontanée de la mandibule consécutive à un affaiblissement par de volumineuses formations kystiques.

4. – Le Tribunal fédéral des assurances a considéré, en se ralliant au point de vue des experts, qu'il convenait de reconnaître un caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS aux entraves à un développement ordonné de la dentition ou à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition en développement, et à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition définitive. Le phénomène pathologique doit provoquer des dommages importants aux dents avoisinantes ou, sous certaines conditions, représenter un risque imminent d'un tel dommage. En consé-

quence, le caractère de maladie doit d'emblée être nié lorsqu'on est uniquement en présence d'une dislocation dentaire, de dents ou germes dentaires surnuméraires, par exemple quand l'écart par rapport à la position et à l'axe normaux dépasse une valeur minimale (arrêt M. précité⁴). En outre, ainsi qu'on l'a vu, l'obligation de prise en charge par l'assurance-maladie suppose ici une atteinte qualifiée à la santé: toute affection provoquée par une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires, ne justifie donc pas que des mesures diagnostiques ou thérapeutiques soient prises en charge par l'assurance-maladie.

5. – Egalement dans le cas de dents de sagesse incluses, l'existence d'une maladie dentaire tombant sous le coup de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS implique donc, comme condition préalable, une dislocation dentaire (arrêt Z. du 26 septembre 2001 [K 89/98]). Dans le cas particulier, il ressort d'un rapport de la doctoresse K., du 19 avril 1999, que la patiente l'a consultée pour des douleurs au niveau de la dent de sagesse à droite qui semblait bouger avec un encombrement inférieur. Ce médecin a posé le diagnostic d'accident d'éruption de dent de sagesse. Le fait qu'on est en présence d'un accident de ce type (qui, entre autres symptômes, se manifeste par des douleurs ou une infection sous la forme d'un abcès, ou encore des inflammations) ne suffit pas, à lui seul, pour justifier une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, puisque cette prise en charge suppose la présence d'une dislocation dentaire. Or, à ce dernier propos, les éléments d'ordre médical dont on dispose en l'espèce sont insuffisants et trop imprécis pour qu'on puisse se prononcer en toute connaissance de cause sur le point de savoir si cette condition est ou non remplie. Au surplus, on ignore la nature exacte de l'affection qui s'est manifestée dans le cas particulier. Le 19 avril 1999, la doctoresse K. a adressé au médecin-dentiste traitant de la recourante un document radiologique (orthopantomogramme) qui n'a pas été versé au dossier et dont la caisse n'a apparemment pas eu connaissance. On ne trouve par ailleurs au dossier aucun rapport du médecin-conseil de la caisse.

Les pièces dont on dispose ne permettent donc pas, dans le cas d'espèce, de dire avec certitude si l'affection dont souffrait la recourante est une maladie qui répond ou non aux critères ci-dessus posés par les experts. Il convient, dès lors, de renvoyer la cause à la caisse intimée pour qu'elle procède à un complément d'instruction sur ce point, notamment en demandant des précisions à la doctoresse K. et, éventuellement, en requérant l'avis d'un expert, et qu'elle rende ensuite une nouvelle décision.

⁴ voir n° KV 190 (2001) de ce recueil

Frais de transport

KV 193 Arrêt du TFA du 26 septembre 2001 (K 88/01)

Pour juger de la nécessité d'un transport par ambulance, il convient de se placer au moment où il a été fait appel à l'entreprise de transport (appréciation ex ante); (consid. 3).

In casu la personne à transporter est décédée avant l'arrivée de l'ambulance.

Massgebend für die Beurteilung, ob ein Transport im Krankenauto notwendig ist, ist der Zeitpunkt des Anrufs an das Transportunternehmen (Beurteilung ex ante); (Erw. 3).

Im vorliegenden Fall ist die zu transportierende Person vor Eintreffen des Krankenautos verstorben.

La necessità del trasporto in ambulanza deve essere valutata in relazione al momento in cui é stata chiamata l'impresa di trasporto (valutazione ex ante); (cons. 3).

Nella fattispecie la persona che doveva essere trasportata è deceduta prima dell'arrivo dell'ambulanza.

I.

A. – A. était assuré pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la CPT caisse-maladie (la CPT).

Le 29 juin 2000, son épouse B. l'a découvert étendu à terre, sans connaissance, dans la forêt où il exécutait des travaux. Elle a fait appel à une ambulance et à un médecin qui a constaté le décès.

Le 28 août 2000, le centre de premiers secours sanitaires de X. a adressé à B. une facture de 435 fr.

Par décision du 18 septembre 2000, confirmée sur opposition le 12 décembre 2000, la CPT a refusé la prise en charge de cette facture.

B. – Par jugement du 8 mai 2001, le Tribunal administratif du canton de Genève a admis le recours formé par B. contre cette décision et condamné la CPT à payer 217 fr. 50 à l'hoirie.

C. – La CPT interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande l'annulation.

B. conclut au rejet du recours, tout comme l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), à l'appui d'observations circonstanciées.

II.

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

1. – Le litige porte sur la contribution aux frais de transport à laquelle prétend l'intimée. Pour sa part, la recourante soutient que, dès lors que son assuré était décédé, le transport par ambulance n'était pas médicalement indiqué, de sorte qu'elle n'était pas tenue de prendre en charge les frais en résultant.

2. – Selon l'art. 25 al. 2 let. g LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. En vertu de l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail ces prestations. A l'art. 33 let. g OAMal, le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI).

Le DFI a fait usage de cette délégation aux art. 26 (pour les frais de transport) et 27 (pour les frais de sauvetage) de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31). Selon l'art. 26 OPAS, l'assurance prend en charge 50 pour cent des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé; le montant maximum est de 500 francs par année civile (al. 1). Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas (al. 2).

3. – a) En l'espèce, l'état de santé de l'assuré, à la suite de son malaise soudain, ne pouvait pas laisser de doute sur la nécessité d'une intervention d'urgence, proche par ailleurs d'un sauvetage au sens de l'art. 27 OPAS. Il n'est pas contesté que, dans ce sens, au moment où il a été requis, le transport par ambulance se justifiait, voire s'imposait médicalement pour permettre la dispensation des soins nécessaires par les médecins et le personnel hospitalier. De même est-il constant qu'au moment où il a été fait appel à l'ambulance, A. était en vie, inconscient ou à demi-conscient.

b) Cette situation se distingue ainsi, aussi bien d'une des hypothèses visées par la prise de position de l'OFAS du 13 septembre 1999, soit l'appel à une ambulance sans qu'une mesure médicale ou le transport du malade ne s'impose en définitive et du cas, évoqué par l'OFAS dans ses observations, où la personne à transporter est déjà décédée au moment de l'appel.

c) En réalité, ce qui importe c'est que le transport soit requis – et nécessaire – en vue de dispenser des soins, et non pas que les soins aient été effectivement dispensés par la suite. En effet, si une telle exigence était posée, le risque découlant du décès susceptible de survenir jusqu'au moment du transport effectif, pendant le transport ou après le transport et jusqu'à la dispensation des premiers soins demeurerait, sans justification, à la charge de l'assuré. Or, de par leur nature, ces frais de transport commencent à courir dès leur mise en œuvre et non dès la prise en charge de la personne malade ou accidentée. C'est pour ce motif que pour juger de la nécessité de ce moyen et de sa justification, il convient de se placer au moment où il a été fait appel à l'entreprise de transport (cf. dans ce sens en matière de sauvetage *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 148 sv., en particulier n. 151 au sujet de l'appréciation ex ante de la menace grave pour la santé ou pour la vie).

Le jugement entrepris est dès lors conforme au droit fédéral.

Validité d'une cession de créance en faveur d'un fournisseur de prestations

KV 194 Arrêt du 19 octobre 2001 (K 66/01)

Est valable la cession à un fournisseur de prestations (en l'espèce un pharmacien) de la créance d'un assuré en remboursement des frais pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Une telle cession, même contre le gré de l'assureur, n'est pas contraire au système du tiers garant.

Die versicherte Person darf ihre Forderung auf Kostenrückerstattung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegenüber dem Krankenversicherer an einen Leistungserbringer (im vorliegenden Fall einen Apotheker) abtreten. Eine solche Abtretung ist auch gegen den Willen des Versicherers nicht im Widerspruch mit dem System des Tiers garant.

La cessione di crediti ad un fornitore di prestazioni (nella fattispecie un farmacista) da parte di un assicurato quale rimborso delle spese coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è lecita. Siffatta cessione, anche contro la volontà dell'assicuratore, non contraddice al sistema del terzo garante.

I.

A. – B. est assuré pour les soins médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie et d'accident auprès de la caisse-maladie ASSURA, avec une franchise annuelle de 600 fr. Sur la base d'une ordonnance du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier X., du 16 décembre 1999, la pharmacie C., lui a délivré, en date du 22 décembre 1999, le médicament Z., tout en lui faisant signer une cession de créance de 1338 fr. 45 envers la caisse-maladie précitée.

A., propriétaire de la pharmacie C., a notifié la cession le 23 décembre 1999 à ASSURA, en l'invitant à lui verser le montant de 1204 fr. 60 selon facture du même jour, à savoir 1338 fr. 45 moins un «rabais» de 10 pour cent (en réalité la quote-part correspondant à la participation obligatoire de l'assuré aux coûts), soit 1177 fr. 53 plus la TVA au taux de 2,3 pour cent.

Par lettre du 11 janvier 2000, ASSURA a refusé de donner suite à cette demande au motif que la cession à un fournisseur de prestations de la créance d'un assuré contre un assureur-maladie contrevenait au système légal du tiers garant, d'après lequel, sauf convention contraire, c'est l'assuré et non l'assureur qui est débiteur du fournisseur de prestations.

Le 11 janvier 2000 également, A. a invité la caisse-maladie à lui verser la somme de 80 fr. 25 pour divers médicaments délivrés à B., en invoquant une

cession de créance signée le même jour par ce dernier. Cette prétention n'a toutefois pas eu de suite car le montant en question était inférieur à la franchise de 600 fr. à la charge de l'assuré pour l'année 2000.

Le 14 janvier 2000, ASSURA a versé à son assuré la somme de 1338 fr. 45 pour les médicaments délivrés par la pharmacie C. le 22 décembre 1999.

B. – Le 23 mars 2000 A. a ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud en concluant à la condamnation de la caisse à lui verser la somme de 1204 fr. 60 avec intérêt à 5 pour cent l'an dès l'introduction de la demande.

Par jugement du 2 novembre 2000 le Tribunal arbitral a reconnu la validité de la cession de créance litigieuse, condamné ASSURA à verser au demandeur la somme de 1204 fr. 60 avec intérêts à 5 pour cent l'an dès le 19 avril 2000 et mis les frais de la procédure arbitrale à la charge de la défenderesse.

C. – ASSURA interjette recours de droit administratif et demande au Tribunal fédéral des assurances d'annuler le jugement cantonal, de «confirmer la non-validité» de la cession de créance en cause et de «confirmer» qu'elle s'est valablement libérée du paiement de la prestation relative à la prise en charge du médicament Z. en versant la somme de 1338 fr. 45 en mains de l'assuré B. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation du jugement dans la mesure où elle est condamnée à verser un intérêt moratoire à 5 pour cent l'an à A.

A. conclut, avec dépens, au rejet des conclusions principales et s'en remet à justice concernant la conclusion subsidiaire. B. ne s'est pas déterminé sur le recours. Dans son préavis, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) se rallie au point de vue de la caisse recourante.

II.

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

1. – a) Les premiers juges ont suivi l'opinion de *Duc* d'après laquelle l'absence de toute réglementation légale relative à la cession du droit aux prestations dans l'assurance-maladie obligatoire, contrairement à ce qui est le cas dans d'autres lois d'assurance sociale (cf. art. 20 al. 1 LAVS, 50 al. 1 LAI, 12 LPC, 2 al. 1 LAPG, 12 al. 1 LAM, 50 al. 1 LAA, 94 al. 1 LACI et 39 al. 1 LPP), constitue une lacune authentique qu'il appartient au juge de combler selon les principes généraux applicables au comblement des lacunes par

voie prétorienne (*Duc*, Cession, saisie et garantie d'un emploi conforme à leur but des prestations dans l'assurance obligatoire des soins dans la LAMal, in: RSAS 2000 p. 447 ss). Se fondant sur l'art. 164 al. 1 CO et la jurisprudence en la matière, ils sont parvenus à la conclusion qu'en l'occurrence la cession n'était pas contraire à la loi et, en particulier, ne portait aucun préjudice à la caisse défenderesse. Cette dernière ayant été dûment informée, le 23 décembre 1999, de la cession intervenue en faveur du demandeur, elle ne pouvait plus se libérer en payant à l'assuré, après cette date, la somme due au pharmacien (art. 167 CO). Le tribunal arbitral a, en conséquence, condamné la défenderesse à payer au demandeur la somme de 1204 fr. 60 plus intérêt à 5 pour cent l'an dès le 19 avril 2000, soit le lendemain de la notification de la demande à la défenderesse.

b) Par un premier moyen, la défenderesse et recourante soutient que la cession de créance au sens des art. 164 ss CO est incompatible avec le système du tiers garant prévu à l'art. 42 al. 1 LAMal. Aux termes de cette disposition, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En l'espèce, il est constant que la recourante n'a pas adhéré à la convention conclue entre la Société suisse des pharmaciens (SSPH) et le Concordat des assureurs-maladie (CAMS) qui instaure le système du tiers payant pour les factures de pharmacie à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Aussi reproche-t-elle au demandeur de chercher à contourner la loi en faisant signer à ses clients assurés auprès d'elle une cession de créance qui lui permet, de facto, de bénéficier du régime du tiers payant, alors que, pour des raisons de principe aussi bien que d'organisation, elle refuse d'appliquer ce système.

c) Pour sa part, le demandeur et intimé soutient, en bref, que le procédé consistant à se faire céder la créance qu'un assuré possède contre son assureur-maladie en vertu de la LAMal n'est en rien contraire au système du tiers garant et ne contrevient pas à l'un des buts principaux de cette loi «qui est de garantir un emploi des prestations conformément à leurs buts». Non seulement l'assureur-maladie ne supporte aucun risque, mais il bénéficie de l'intervention du fournisseur de prestations qui lui simplifie la tâche, notamment en regroupant les cessions concernant un même assureur.

2. – Aux termes de l'art. 164 al. 1 CO, le créancier peut céder son droit à un tiers sans le consentement du débiteur, à moins que la cession ne soit interdite par la loi, la convention ou la nature de l'affaire. En principe, la cession d'une prétention incessible n'est pas valable et demeure sans effet. En

particulier, si l'incessibilité résulte d'une interdiction légale, la cession est illicite et, conformément à l'art. 20 CO, nulle; en pareil cas, le juge doit prendre d'office en considération l'invalidité de la cession (ATF 123 III 62 consid. 3b et les références).

a) Le principe est celui de la cessibilité. La convention peut l'interdire. Pareillement la loi ou la nature de l'affaire, c'est-à-dire l'ordre juridique défini par la loi ou dégagé par la jurisprudence (*Engel*, Traité des obligations en droit suisse, 2e éd., p. 875). En l'espèce, la recourante n'invoque aucune convention par laquelle l'assuré B. se serait engagé à ne pas céder sa créance en remboursement des frais de traitement médicopharmaceutique découlant de l'assurance obligatoire des soins. Certes, elle allègue que chaque personne concluant une police d'assurance auprès d'elle est informée du fait que la caisse n'a pas signé la convention conclue entre la SSPH et le CAMS et sait, par conséquent, que lors de l'achat d'un médicament, l'assuré doit s'acquitter du montant en mains du pharmacien et adresser, ensuite, à ASSURA l'ordonnance médicale accompagnée de la quittance d'achat afin de bénéficier de la prestation légale. Point n'est besoin, toutefois, d'examiner si cette information a été donnée – et sous quelle forme – à l'assuré dans le cas d'espèce. De toute manière, une information unilatérale de la part de l'assureur-maladie (cf. l'art. 16 LAMal) ne saurait tenir lieu de convention d'incessibilité au sens de l'art. 164 al. 1 CO. Celle-ci suppose, en effet, une déclaration de volonté des deux parties (*Spirig*, Commentaire zurichois, n. 150 ad art. 164 CO). Or, il n'existe en l'occurrence aucune déclaration de cette sorte de la part de l'assuré B. et l'on ne saurait non plus considérer que celui-ci a accepté la clause d'incessibilité par actes concluants (cf. *Engel*, op. cit., p. 877).

b) La loi, on l'a vu, ne contient aucune clause d'incessibilité – totale ou partielle – des prestations d'assurance, au contraire des autres lois fédérales d'assurance sociale (supra consid. 1a). On doit donc se demander s'il s'agit d'une lacune authentique.

Une véritable ou authentique lacune (lacune proprement dite) suppose que le législateur s'est abstenu de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi. Si le législateur a renoncé volontairement à codifier une situation qui n'appelaient pas nécessairement une intervention de sa part, son inaction équivaut à un silence qualifié. Quant à la lacune improprement dite, elle se caractérise par le fait que la loi offre certes une réponse mais que celle-ci est insatisfaisante. D'après la jurisprudence, seule l'existence d'une lacune authentique appelle l'intervention du juge, tandis qu'il lui est en principe interdit, selon la conception traditionnelle, de corriger les lacunes improprement dites, à

moins que le fait d'invoquer le sens réputé déterminant de la norme ne soit constitutif d'un abus de droit, voire d'une violation de la Constitution (ATF 125 III 427 consid. 3a et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 41 consid. 4b/cc¹ et 124 V 348 consid. 3b/aa²).

Contrairement à ce que soutient *Duc*, la LAMal ne souffre sur ce point d'aucune lacune. On ne voit pas, en effet, pourquoi il aurait été nécessaire de régler cette question dans la LAMal alors que la cession de créance fait l'objet d'une réglementation détaillée en droit des obligations. Si l'art. 164 al. 1 CO, comme on l'a vu, présume la cessibilité des créances, tout en réservant l'interdiction légale de celle-ci, cela signifie que l'absence, dans la loi, d'une telle interdiction doit être interprétée en faveur de la cessibilité et non l'inverse. Dans le cas de la LAMal, il ne peut donc s'agir que d'un silence qualifié du législateur et nullement d'une lacune qu'il incomberait au juge de combler. Au demeurant, comme l'intimé le souligne avec raison, le législateur s'est exprimé à ce sujet lors des travaux préparatoires de la nouvelle loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000 (FF 2000 4657). Si, en effet, l'art. 22 al. 1 LPGA prévoit l'incessibilité du droit aux prestations et la nullité de toute cession ou mise en gage, une dérogation est expressément prévue pour le droit de l'assurance-maladie sous la forme de l'adjonction d'une troisième phrase à l'art. 42 al. 1 LAMal, ainsi rédigée : «En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit [d'être remboursé par son assureur] peut être cédé au fournisseur de prestations.» (FF 2000 4703) Or, le commentaire de cette nouvelle disposition par la commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national, qui en est l'auteur, est on ne peut plus clair : dans son rapport du 26 mars 1999, la commission relève que la clause d'incessibilité des prestations serait «entièrement nouvelle pour l'assurance-maladie» et qu'elle «signifierait que le patient ne pourrait plus céder au médecin ses prétentions vis-à-vis de l'assurance-maladie. C'est pourquoi, poursuit-elle, une dérogation à l'interdiction de cession est introduite dans l'art. 42 al. 1 LAMal, en faveur des fournisseurs de prestations en général.» (FF 1999 4218).

Il reste donc à se demander si la nature de l'affaire fait obstacle à la cession de la créance de l'assuré au fournisseur de prestations.

Selon la jurisprudence, la nature de l'affaire fait obstacle à la cession lorsque la créance est intimement liée à la personne du créancier. Le transfert modifierait alors le genre, l'objet ou le but de l'obligation (ATF 109 II 445 et les références; *Engel*, op. cit., p. 878 ss; *Spirig*, op. cit., n. 160 ss ad art. 164 CO).

¹ voir n° KV 159 (2001) de ce recueil

² voir n° KV 55 (1998) de ce recueil

Tel n'est manifestement pas le cas s'agissant de la créance en remboursement des frais encourus par un assuré. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux exemples mentionnés par la jurisprudence et la doctrine précitées.

c) Cependant, l'argument principal de la recourante consiste à soutenir, au moins de manière implicite, que la cession litigieuse est nulle parce qu'elle vise à éluder la loi, en l'occurrence le système du tiers garant tel qu'il est défini à l'art. 42 al. 1 LAMal (supra consid. 1b). Et cela d'autant plus que l'intimé paraît recourir systématiquement à ce procédé lorsqu'il sert des clients qui sont assurés auprès d'elle, alors qu'il sait qu'elle n'a pas adhéré à la convention qui lie la SSPH et le CAMS et qu'elle se refuse à pratiquer, dans ce cadre, le système du tiers payant.

Selon la jurisprudence, la cession est nulle si elle tombe sous le coup d'une interdiction légale; tel est le cas lorsqu'elle constitue une fraude à la loi, c'est-à-dire que le but poursuivi par la cession est contraire au droit (ATF 123 III 63 consid. 4c). Or, c'est précisément le grief que la recourante adresse à l'intimé, bien qu'elle vise en réalité l'assuré B. Une opinion semblable est défendue par *Eugster* (Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 115, note de bas de page 504), ainsi que par l'OFAS dans une lettre adressée à la recourante le 4 décembre 2000 et dans son préavis sur le recours. En revanche, *Duc* ne considère pas que la cession du droit au remboursement des prestations, même contre le gré de l'assureur, soit contraire au système du tiers garant (loc. cit., p. 450).

Seule cette dernière opinion est conforme au droit. En effet, la cession d'une créance ou d'une prétention est un acte de disposition par lequel le cessionnaire devient créancier à la place du cédant. Ses effets entre les parties dépendent du contrat de base qui a donné lieu à la cession. Le transfert de la créance peut constituer l'exécution d'un contrat de vente ou une dation à titre de paiement, en vue du paiement ou de la prestation d'une sûreté, ou encore à titre fiduciaire en vue d'un encaissement. Si le titulaire d'une créance cède celle-ci afin d'exécuter sa propre obligation, on se trouve en présence d'une cession en vue du paiement et non à titre de paiement (art. 172 CO). Ceci découle de la règle générale selon laquelle, en matière d'actes juridiques dits libératoires, le fardeau de la preuve incombe à la partie qui allègue que sa prestation tient lieu d'exécution (ATF 118 II 145 consid. 1b). Or, une cession en vue de paiement ne modifie pas le principe sur lequel repose le système du tiers garant, à savoir que c'est l'assuré qui est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. En effet, le cessionnaire (ici le fournisseur de prestations) n'est obligé d'imputer sur sa créance contre le cédant (ici l'assuré) que ce qu'il reçoit effectivement du

débiteur cédé (ici l'assureur-maladie) ou ce qu'il aurait reçu s'il avait agi à temps avec le soin voulu. Il est en droit de déduire les frais de recouvrement. Le cédant est donc garant de la solvabilité du débiteur cédé puisqu'il n'est libéré qu'à concurrence de ce que le cessionnaire recouvre ou aurait pu recouvrer (*Engel*, op. cit., p. 893; *Spirig*, op. cit., n. 8 ss ad art. 172 CO). En d'autres termes, la volonté du législateur de responsabiliser l'assuré en le rendant conscient du coût des frais de traitement, généralement invoquée comme principal argument à l'appui du système du tiers garant (cf. le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6 novembre 1991, en particulier le commentaire de l'art. 36 du projet, devenu l'art. 42 de la loi [FF 1992 I 152], ainsi que les déclarations du rapporteur Huber lors de la séance du Conseil des Etats du 17 décembre 1992 [BO CE 1309] et le débat qui a eu lieu le 6 octobre 1993 au Conseil national [BO CN 1857 ss]) est respectée dans ce cas aussi. On ne saurait dès lors considérer que la cession signée le 22 décembre 1999 par B. en vue du paiement de sa dette envers l'intimé est nulle parce que constitutive d'une fraude à la loi. Sur ce premier moyen, le recours d'ASSURA se révèle infondé.

3. – La recourante demande au Tribunal fédéral des assurances de confirmer qu'elle s'est valablement libérée du paiement de la prestation relative à la prise en charge du médicament délivré à l'assuré en versant à ce dernier, par décompte du 14 janvier 2000, la somme de 1338 fr. 45.

Comme l'enseigne la doctrine, la situation juridique du débiteur quant au paiement dépend de sa connaissance ou de son ignorance de la cession. Il est libéré s'il paie de bonne foi au cédant avant que la cession ne lui soit notifiée. Le moyen de rendre le débiteur sachant du transfert est de l'en aviser. L'avis émane du cédant ou du cessionnaire ou de toute autre personne ayant qualité pour agir au nom de l'un d'eux. Acte non formel, il peut être écrit ou oral; sujet à réception, il produit ses effets dès qu'il parvient dans la sphère d'influence du débiteur. Il n'est pas une condition de la validité de la cession qu'il ne pallie d'ailleurs pas, même s'il est fait par écrit. L'effet de la communication est purement négatif: il empêche le débiteur de se libérer valablement en main du cédant (art. 167 CO). A défaut d'un tel avis ou en cas d'ignorance de bonne foi de la cession, le débiteur est libéré s'il paie au cédant ou, en cas de cessions multiples, entre les mains d'un cessionnaire auquel un autre aurait le droit d'être préféré (*Engel*, op. cit., p. 883).

En l'espèce, la recourante a été dûment avisée de la cession par l'intimé le 23 décembre 1999, ce qu'elle ne conteste pas. Dès lors, en remboursant, après cette date, la facture de pharmacie directement à l'assuré, elle ne s'est pas libérée valablement à l'égard du cessionnaire et s'est exposée à payer

deux fois le montant de cette facture, sous réserve d'une action en enrichissement illégitime contre B. (*Engel*, op. cit., p. 884; *Spirig*, op. cit., n. 42 ad art. 167 CO). Sur ce point également, le recours est infondé.

4. – Dans un dernier moyen, la recourante fait grief aux premiers juges de l'avoir condamnée à payer à l'intimé un intérêt à 5 pour cent l'an dès le 19 avril 2000 alors que, soutient-elle, les conditions mises par la jurisprudence au versement d'intérêts moratoires ne sont pas remplies en l'espèce.

Dans le domaine du droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances considère depuis longtemps déjà qu'il n'y a en principe pas place pour des intérêts moratoires, dans la mesure où ils ne sont pas prévus par la législation. La principale raison de l'exclusion de la dette d'intérêts dans ce domaine réside dans le rôle dévolu à l'administration. Celle-ci se présente comme détentrice de la puissance publique chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations émanant des particuliers et de leur appliquer le droit de manière objective. Lui imposer systématiquement des intérêts moratoires reviendrait à la pénaliser pour avoir accompli son devoir avec soin. Quant à l'assuré, la règle de l'égalité des parties commande de le dispenser lui aussi du paiement d'intérêts de retard lorsqu'il a défendu ce qu'il estimait être son droit. De manière générale, on peut dire qu'il faut laisser l'administration exercer ses fonctions et l'assuré défendre ses droits sans craindre de devoir verser des intérêts moratoires. On ne saurait cependant laisser sans aucune sanction des manœuvres illicites ou purement dilatoires. L'octroi d'intérêts de retard, dans ces hypothèses, se justifie même dans le domaine des assurances sociales, mais il ne doit intervenir qu'avec retenue. Il a ainsi été considéré qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une obligation générale de verser des intérêts dans des groupes de cas et que seules des situations particulières pouvaient, à titre exceptionnel, donner lieu à un tel résultat, quand le sentiment du droit est heurté de manière particulière (ATF 119 V 81 ss consid. 3 et 4 et les arrêts cités).

Cette jurisprudence a été récemment confirmée par la Cour de céans, après un examen attentif des critiques qu'elle a suscitées en doctrine (RAMA 2000 n° U 360 p. 35 consid. 3c). Il en résulte qu'en l'espèce les conditions très restrictives auxquelles est subordonnée la condamnation du débiteur des prestations d'assurance au versement d'un intérêt moratoire ne sont pas remplies.

La recourante étant en droit d'opposer à l'intimé les mêmes exceptions qu'à l'assuré (art. 169 al. 1 CO), le moyen est bien fondé et le jugement dont est recours doit être annulé dans la mesure où il met des intérêts à la charge de la défenderesse.

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

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

880	Versam	ÖKK Signina (Zusammenschluss mit der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG)	1. 1. 2002
809	Bürchen	Krankenkasse «Fürsorge» (Zusammenschluss mit der Krankenkasse Unterbäch, K 979)	1. 1. 2002
1063	Eischoll	Krankenkasse Eischoll (Zusammenschluss mit der Krankenkasse Unterbäch, K 979)	1. 1. 2002

Namensänderung – Changement de nom – Cambiamento di nome:

780	Elm	Krankenkasse Elm (vormals Dorfkrankenkasse Elm-ÖKK)	10. 9. 2001
979	Unterbäch	Krankenkasse Schattenberge (vormals Krankenkasse Unterbäch)	1. 1. 2002

Tätigkeitsgebiet – Rayon d'activité – Raggio d'attività:

194	Sumiswald	Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse Kantone – Cantons – Cantoni: BE, LU, SO, AG, FR, ZH, BL, BS, SH, AR, AI, SG, GR, TG, VS, UR, SZ, OW, NW, GL und ZG	1. 1. 2002
979	Unterbäch	Krankenkasse Schattenberge Gebiet des deutschsprachigen Teils des Kantons Wallis (Oberwallis)	1. 1. 2002

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

Die Buchbinderei Reinauer GmbH in Zumikon führt eine Einbindeaktion für den Jahrgang 2001 der RKUV durch. Das Einbinden in eine hellgraue Einbanddecke (Farbton der Einzelhefte) mit Rückenprägung RKUV/RAMA/RAMI 2001 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, Schwäntenmos 15, 8126 Zumikon
Tel. 01 918 01 07, Fax 01 918 01 09
Internet: <http://www.buchbinderei.ch>, E-Mail: info@reinauer.ch*

Possibilité de faire relier les numéros de notre revue

L'entreprise de reliure Reinauer S.à.r.l. à Zumikon offre aux abonnés de la revue RAMA la possibilité de faire relier les numéros de l'année 2001. La reliure de couleur gris clair (en harmonie avec la teinte des fascicules individuels) avec les caractères RKUV/RAMA/RAMI 2001 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, Schwäntenmos 15, 8126 Zumikon
Tel. 01 918 01 07, Fax 01 918 01 09
Internet: <http://www.buchbinderei.ch>, 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 2001 della RAMI. La rilegatura di colore grigio chiaro (come i singoli fascicoli) con impressa la scritta RKUV/RAMA/RAMI 2001 sul dorso costa Fr. 49.- (+ 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, Schwäntenmos 15, 8126 Zumikon
Tel. 01 918 01 07, Fax 01 918 01 09
Internet: <http://www.buchbinderei.ch>, E-Mail: info@reinauer.ch*

Sachverzeichnis 2001: KVG

<i>A. Gerichtsurteile</i>	<i>Seite</i>
Beschwerdelegitimation	267
Freiwillige Taggeldversicherung:	
– Auslegung der Versicherungsbedingungen	144
– Erlöschen des Rechts des Grenzgängers, von der Kollektiv- in die Einzelversicherung überzutreten ...	40
– Maximale Entschädigungsdauer, Taggeldreduktion, Überversicherung	275
– Territorialitätsprinzip	256
– Umfang der Versicherungsdeckung	48, 144, 307
– Versicherungsvorbehalt bei Wiedereintritt in die Versicherung	184
– Verspätete Anzeige einer Arbeitsunfähigkeit	290
– Zügerrecht	48
Hospitalisierung: Wirtschaftlichkeit einer langen Behandlung:	
Rolle des Vertrauensarztes; Kostengutsprache	247
Kollektivversicherung für Tagelder nach VVG	172
Leistungen:	
– bei delegierter Psychotherapie	241
– Hormonbehandlung nach Geschlechtsumwandlung ..	140
Leistungskoordination und Überentschädigung	193
Leistungspflicht bei Aufenthalt in einem Pflegeheim	134
Mutterschaft: Kostenbeteiligung bei Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen	483
Tarif: Prüfung der Gesetzmässigkeit einer Tarifposition bei Heimaufenthalt	58
Revision eines bundesgerichtlichen Entscheides	66
Risikoausgleich: Verzinsungspflicht	28
Schiedsgericht (Art. 89 Abs. 3 KVG)	285
Sistieren der Deckung für das Unfallrisiko	150
Spitex:	
– Erweiterter Spitex-Einsatz	10, 15, 19, 23
– Vorbemerkungen zu KV 141–144	8
– Wirtschaftlichkeit	179, 261
Taggeldversicherung nach VVG: Übertritt in die Einzelversicherung, Art. 100 Abs. 2 VVG	175
Transportkosten	520
Unrechtmässig bezogene Versicherungsleistungen:	

Eigener Rückerstattungsanspruch des Versicherers gegenüber dem Leistungserbringer	477
Überentschädigung, Leistungskoordination	193
Übergangsrechtliche Bestandesgarantie	1
Übergangsrecht und Kostenpflicht (Art. 102 Abs. 2 KVG)	190
Verfahrenskosten: Kostenfreiheit eingeschränkt	120
Versicherungspflicht	117
Vertrauensarzt:	
– Ablehnung	490
– Rolle des Vertrauensarztes	247
Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme, Begriff der medizinischen Gründe	296
Wechsel des Versicherers	
– Auslegung von Art. 7 Abs. 5 KVG	164
– Berechnung der einmonatigen Kündigungsfrist	126, 283
Wirtschaftlichkeit	
– bei Spitex	179, 261
– einer Behandlung: Rückforderung von zu Unrecht vergüteten Kosten	155
– einer langen Hospitalisierung	247
Zahnärztliche Behandlungen:	
– bei unfallbedingten Schädigungen des Kausystems ..	35
– bezüglich Paradontopathien	504
– bezüglich Weisheitszähne	494, 513
Zession von Forderungen	523

B. Bundesratsentscheide

Einzeleistungstarif für die

Magnetresonanztomographie (MRT): Festsetzung des Taxpunktwertes auf kantonaler Ebene	377
---	-----

Einzeleistungstarif für Leistungen der Physiotherapie:

Festsetzung des Taxpunktwertes auf kantonaler Ebene im vertragslosen Zustand nach der Genehmigung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur durch den Bundesrat	456
--	-----

Tarife für Pflegeleistungen von Pflegeheimen sowie

Abteilungen für Chronischkranke von Spitälern und Rehabilitationseinrichtungen für die Jahre 1998, 1999 und 2000	471
--	-----

Tarif: Festsetzung des Tarifs und Rahmentarifs für die Ärzte, die einem von ihrem Verband unterzeichneten Vertrag nicht beigetreten sind	396
Tarif: Festsetzung des Tarifs für die allgemeine Abteilung ..	417
Tarifvertrag: Genehmigung eines Tarifvertrages betreffend Komplementärmedizin	371
Tarifvertrag: Verlängerung eines Tarifvertrages durch die Kantonsregierung	353, 445
Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflege- versicherung (Schwyzer Spitalliste 1998)	431
Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflege- versicherung (Thurgauer Spitalliste 1998)	438

C. Praxis

D. Mitteilungen

Einbindeaktion für die RKUV	532
Mutationen bei den Krankenversicherern	312, 531
Neudruck des KVG	71
Rechtspflege	71
Weitere Publikationen	72

Table des matières 2001: LAMal

<i>A. Arrêts du TF et du TFA</i>	<i>Page</i>
Assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA .	172
Assurance facultative d'indemnités journalières:	
– annonce tardive d'une incapacité de travail	290
– durée maximale de l'indemnisation, surindemnisation, réduction de l'indemnité journalière	275
– étendue de la couverture	48, 144, 307
– libre passage	48
– principe de la territorialité	256
– extinction du droit du frontalier de passer de l'assurance collective dans l'assurance individuelle . . .	40
– interprétation des conditions d'assurance	144
– réserve d'assurance en cas de réadmission dans l'assurance d'indemnités journalières	184
Assurance d'indemnités journalières selon la LCA:	
passage dans l'assurance individuelle, norme de renvoi de l'art. 100, al. 2, LCA	175
Caractère économique:	
– en cas d'hospitalisation de longue durée	247
– en cas de soins à domicile	179, 261
– obligation de restituer les prestations indûment versées	155
Changement d'assureur:	
– computation du délai de préavis d'un mois selon l'art. 7, al. 2, LAMal	126, 283
– interprétation de l'art. 7, al. 5, LAMal	164
Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts, notion de raisons médicales	296
Coordination des prestations et surindemnisation	193
Droit transitoire et obligation de prendre en charge les frais .	190
Droit transitoire: garantie de la situation acquise	1
Frais de transport	520
Frais de procédure: restriction de la gratuité de la procédure .	120
Hospitalisation de longue durée	247
Maternité: participation aux coûts en cas de complications survenues en cours de grossesse	483
Médecins-conseils	
– rôle du médecin-conseil	247
– récusation	490

Obligation d'assurance	117
Prestations:	
– en cas de psychothérapie déléguée	241
– en cas de traitement hormonal ensuite d'une opération de changement de sexe	140
– en cas de séjour dans un établissement médico-social ..	134
Qualité pour recourir	267, 477
Restitution de l'indû de la part d'un fournisseur de prestations	477
Révision d'un arrêt du tribunal fédéral	66
Soins dentaires:	
– relatifs aux dents de sagesse	494, 513
– en cas de parodontopathies	504
– en cas de lésions du système de la mastication causées par un accident	35
Spitex	
– caractère économique	179, 261
– remarques préliminaires concernant les arrêts KV 141 à 144	8
– soins à domicile intensifs	10, 15, 19, 23
Suspension de la couverture des accidents	150
Tarif: légalité d'une position tarifaire relative au séjour dans un établissement de soins	58
Tribunal arbitral (art. 89, al. 3, LAMal)	286
Validité d'une cession de créance en faveur d'un fournisseur de prestations	523

B. Décisions du Conseil fédéral

Admission d'hôpitaux à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (liste hospitalière 1998 du canton de Schwyz)	431
Admission d'hôpitaux à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (liste hospitalière 1998 du canton de Thurgovie)	438
Tarif à la prestation pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) fixation de la valeur du point au plan cantonal	377

Tarif à la prestation pour physiothérapie: fixation de la valeur du point au plan cantonal dans un régime sans convention après approbation par le Conseil fédéral d'une structure tarifaire uniforme sur le plan suisse	456
Tarif: approbation d'une convention tarifaire relative à la médecine complémentaire	371
Tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation pour les années 1998, 1999 et 2000	471
Tarif: fixation de tarif et tarif-cadre pour des médecins non adhérents à une convention signée par leur association	396
Tarif: fixation d'un tarif pour la division commune	417
Tarif: prolongation d'une convention tarifaire par le gouvernement cantonal	353, 445

C. Pratique

D. Communications

Autres publications	72
Jurisprudence en matière d'assurance-maladie	71
Mutations dans l'état des assureurs-maladie	312, 531
Nouvelle édition de la législation en matière d'assurance-maladie	71
Reliure de la RAMA	532

Indice delle materie 2001: LAMal

<i>A. Sentenze del TF e del TFA</i>	<i>pagina</i>
Assicurazione collettiva di indennità giornaliera secondo la LCA	172
Assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA: passaggio all'assicurazione individuale, norma di rinvio dell'art. 100 cpv. 2 LCA	175
Cambiamento d'assicuratore:	
– computo del termine di preavviso di un mese prescritto dall'art. 7 cpv. 2 LAMal	126, 283
– interpretazione dell'art. 7 cpv. 5 LAMal	164
Compensazione dei rischi: obbligo di riscuotere interessi ..	28
Coordinamento delle prestazioni e sovrindennizzo	193
Cure dentarie:	
– in caso di cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio	35
– in caso di paradontopatia	504
– in caso di denti del giudizio	494, 513
Diritto transitorio e obbligo di assumere i costi	190
Diritto transitorio: garanzia della situazione acquisita	1
Economicità:	
– lunga degenza ospedaliera	247
– cure a domicilio	179, 261
– obbligo di restituzione di prestazioni versate indebitamente	155
Indennità giornaliera:	
– annuncio tardivo di un'incapacità lavorativa	290
– durata massima del periodo d'indennizzo, sovrindennizzo	275
– estinzione del diritto del frontaliere di passare dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale	40
– estensione della copertura	48, 144, 307
– interpretazione delle condizioni d'assicurazione	144
– libero passaggio	48
– principio di territorialità	256
– riserve di assicurazione in caso di riammissione di un assicurato già affiliato in precedenza	184
Legittimazione ricorsuale	267, 477

Maternità: partecipazione alle spese di cura nel caso di complicazioni intervenute nel corso della gravidanza . . .	483
Medico di fiducia:	
– ruolo del medico di fiducia	247
– ricusa	490
Obbligo d'assicurazione	117
Ospedalizzazione: lunga degenza ospedaliera	247
Prestazioni	
– in caso di degenza in una casa di cura	134
– in caso di psicoterapia delegata	241
– in caso di una cura ormonale in seguito ad un intervento di cambiamento di sesso	140
Restituzione dell'indebito da parte di un fornitore di prestazioni	477
Revisione di una sentenza del TFA	66
Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi.	
Nozione di motivi d'ordine medico	296
Sospensione della copertura dell'infortunio	150
Spese di procedura: limitazione dell'esenzione da spese procedurali	120
Spese di trasporto	520
Spitex:	
– osservazioni concernenti KV 141–144	9
– provvedimento spitex ampliato	10, 15, 19, 23
– principio dell'economicità	179, 261
Tariffa: Conformità alla legge di una posizione tariffaria relativa alla degenza in una casa di cura	58
Tribunale arbitrale (art. 89 cpv. 3 LAMal)	286
Validità di una cessione di rivendicazione in favore di un fornitore di prestazioni	523

B. Decisioni del Consiglio federale

Autorizzazione di ospedali all'esercizio a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (elenco degli ospedali 1998 del Canton Svitto)	431
Autorizzazione di ospedali all'esercizio a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (elenco degli ospedali 1998 del Canton Turgovia)	438

Tariffa per singola prestazione per la fisioterapia: determinazione del valore del punto a livello cantonale in regime senza convenzione dopo l'approvazione del Consiglio federale di una struttura tariffale uniforme nazionale	456
Tariffa per singola prestazione per la tomografia a risonanza magnetica (TRM): determinazione del valore del punto a livello cantonale	377
Tariffa delle prestazioni di cura delle case di cura e dei reparti per malati cronici degli ospedali e dei centri di cura e di riabilitazione per gli anni 1998, 1999 e 2000 ...	471
Tariffa: determinazione di una tariffa per il reparto comune ..	417
Tariffa: determinazione della tariffa e della tariffa limite per i medici che non hanno aderito a una convenzione firmata della loro associazione	396
Tariffa: proroga di una convenzione tariffale da parte del governo cantonale	353, 445
Tariffa: approvazione di una convenzione tariffale concernente la medicina complementare	371

C. Prassi

D. Comunicazioni

Altre pubblicazioni	72
Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattie	71
Mutazioni concernenti gli assicuratori malattie	312, 531
Rilegatura della RAMI	532
Ristampa della legislazione in materia d'assicurazione sociale malattie	72

f n I A / A / A / V / U

Verletzung der Informationspflicht

U 441 Urteil des EVG vom 27. August 2001

i. Sa. F. R. (U 285/99)

Verletzung der Informationspflicht (Art. 3 UVG; Art. 8 und 72 UVV; Art. 22a Abs. 4 AVIG; Art. 1, 2 und 3 der Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen):

Die in BGE 121 V 28 dargestellte Informationspflicht von Versicherer und Arbeitgeber hinsichtlich einer Abredeversicherung nach Auflösung eines Arbeitsverhältnisses und die in Ergänzung dieser Rechtsprechung in RKUV 2000 Nr. U 387 S. 272 festgehaltene diesbezügliche Informationspflicht der Organe der Arbeitslosenversicherung bei einer arbeitslosen, ausgesteuerten Person findet auch Anwendung bei einer krankheitsbedingten Verneinung der Anspruchsberechtigung (Erw. 3b).

Violation du devoir d'information (art. 3 LAA; art. 8 et 72 OLAA; art. 22a, al. 4, LACI; art. 1, 2 et 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage):

Le devoir d'information des assureurs et employeurs au sujet d'une assurance prolongée après la cessation des rapports de travail tel qu'exposé dans l'ATF 121 V 28 et le devoir correspondant des organes de l'assurance-chômage dans le cas d'un chômeur en fin de droit fixé en complément à ladite jurisprudence dans la RAMA 2000 n° U 387 p. 272 est également applicable lorsque le droit aux prestations est nié en raison d'une maladie (consid. 3b).

Violazione dell'obbligo d'informazione (art. 3 LAINF; art. 8 e 72 OAINF; art. 22 cpv. 4 LADI; art. 1, 2 e 3 Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dei disoccupati):

L'obbligo d'informazione di assicuratori e datori di lavoro in merito alla protrazione dell'assicurazione tramite accordo dopo lo scioglimento del rapporto di lavoro esposto nella DTF 121 V 28 e il corrispondente obbligo d'informazione degli organi dell'assicurazione contro la disoccupazione nei confronti di una persona disoccupata e privata delle prestazioni assicurative fissato quale complemento nella sentenza del TFA del 14 aprile 2000 in re A. G. (RAMI 2000 N. U 387 p. 272) è applicabile anche quando il diritto non venga riconosciuto causa malattia (cons. 3b).

Auszug aus den Erwägungen:

...

b) In BGE 121 V 28 erkannte das Eidgenössische Versicherungsgericht, dass sich aus der allgemeinen Informationspflicht des Versicherers (Art. 72 UVV) die Verpflichtung ergebe, nebst anderem über die Möglichkeit des Abschlusses einer Abredeversicherung zu informieren. In Ergänzung dieser Rechtsprechung wurde in RKUV 2000 U Nr. 387 S. 272 festgehalten, dass die in BGE 121 V 28 dargestellte Informationspflicht von Versicherer und Arbeitgeber hinsichtlich einer Abredeversicherung nach Auflösung eines Arbeitsverhältnisses im Fall, wo es um die Abredeversicherung einer arbeitslosen (ausgesteuerten) Person geht, die Organe der Arbeitslosenversicherung trifft. Was im Falle der Aussteuerung gilt, muss – um den Zweck der Abredeversicherung zu gewährleisten – auch bei der krankheitsbedingten Verneinung der Anspruchsberechtigung gelten. Ob die Arbeitslosenversicherung z. B. mittels Informationsblatt oder Broschüre der ihr obliegenden Informationspflicht hinreichend nachgekommen war, lässt sich den Akten nicht entnehmen, weshalb die Sache zur entsprechenden Abklärung an die SUVA zurückzuweisen ist. Ergänzend sei festgehalten, dass mit dem allfälligen Ergebnis einer Verletzung der Informationspflicht noch nicht feststeht, dass dem Beschwerdeführer die angebotenen Leistungen auszureichen sind, da für eine erfolgreiche Berufung auf den Vertrauensschutz noch weitere Voraussetzungen, insbesondere die kausal verursachte Disposition seitens des Arbeitslosen aus unterbliebener Information, erfüllt sein müssen. Bei der Beurteilung der Wahrscheinlichkeit des Versicherungsabschlusses im Informationsfall wird die SUVA allenfalls auch ihre Erfahrungen aus Abredeversicherungen mit arbeitslosen Personen einbeziehen können (vgl. BGE 121 V 35 Erw. 3).

Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen

U 442 Urteil des EVG vom 30. August 2001
i. Sa. I. L. (U 56/00)

Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen (Art. 6 Abs. 1 UVG):

Übersicht über die Urteile betreffend psychische Unfallfolgen und Schleudertraumen der Halswirbelsäule, in welchen das Adäquanzkriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bejaht wurde (Erw. 3d/aa).

Lien de causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (art. 6 al. 1 LAA):

Casuistique des arrêts relatifs aux troubles psychiques consécutifs à des accidents et aux accidents de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, dans lesquels le critère de la causalité adéquate du degré et de la durée de l'incapacité de travail a été admis (cons. 3d/aa).

Rapporto di causalità adeguato nel caso di postumi psichici di un infortunio (art. 6 cpv. 1 LAINF):

Panoramica delle sentenze inerenti i postumi psichici di un infortunio e il traumatismo cervicale di contraccolpo della colonna cervicale in cui il criterio della causalità adeguata del grado e della durata dell'incapacità lavorativa è stato riconosciuto (cons. 3d/aa).

Auszug aus den Erwägungen:

...

d) aa) Das weiter interessierende Adäquanzkriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in den folgenden Urteilen, welche teilweise psychische Unfallfolgen und teilweise Unfälle mit Schleudertraumata der Halswirbelsäule betreffen, als erfüllt betrachtet:

- bei andauernder vollständiger Arbeitsunfähigkeit eines vor dem Unfall zu 50% arbeitsunfähigen Versicherten (Urteil H. vom 26. Mai 2000, U 86/98);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit während mindestens 10 Monaten und anschliessender Einsatzunfähigkeit im bisherigen Beruf (Urteil P. vom 10. Juni 2000, U 89/99);
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens $\frac{2}{3}$ während rund 20 Monaten (Urteil P. vom 27. Januar 2000, U 308/98);

- bei dauernder Arbeitsunfähigkeit von 40% (unveröffentlichtes Urteil B. vom 26. Januar 1999, U 85/97);
- bei anfänglich (während zweier Monate) voller und anschliessend dauernder hälftiger Arbeitsunfähigkeit (unveröffentlichtes Urteil E. vom 21. Juni 1999, U 128/98);
- bei zweieinhalb Jahre dauernder Arbeitsunfähigkeit (nicht publiziertes Urteil L. vom 9. September 1999, U 305/98);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Bauhandlanger und teilweiser Arbeitsfähigkeit in unbekanntem Ausmass in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit (unveröffentlichtes Urteil S. vom 4. November 1998, U 26/97);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit während mindestens sieben Monaten und nachfolgender Arbeitsunfähigkeit in den beiden bisher ausgeübten Tätigkeiten (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448);
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% während acht Monaten, 50% während eines Monats, 0% während dreier Monate, 100% während eines Jahres und anschliessend dauernder Arbeitsunfähigkeit von 50% (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243);
- bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit während eineinhalb Jahren (BGE 123 V 137);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit während 16 Monaten und anschliessender hälftiger Arbeitsunfähigkeit auch bei Ausweichen auf zumutbare Arbeiten ausserhalb des angestammten Berufs (unveröffentlichtes Urteil M. vom 13. Juni 1996, U 233/95);
- bei während Jahren andauernder voller und anschliessend hälftiger Arbeitsunfähigkeit (RKUV 1997 Nr. U 272 S. 167);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit mit kürzeren Unterbrüchen während 21 Monaten, anschliessender Arbeitsunfähigkeit in wechselndem Ausmass und folgender Arbeitsunfähigkeit von 50% während mehr als vier Jahren (unveröffentlichtes Urteil B. vom 29. Dezember 1995, U 91/94);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit während dreier Jahre und bleibender Arbeitsunfähigkeit von 25% (RKUV 1995 Nr. U 221 S. 114);
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% während zweier Jahre und dauernder Erwerbsunfähigkeit von einem Drittel (unveröffentlichtes Urteil T. vom 20. November 1991, U 96/90);
- bei voller Arbeitsunfähigkeit während mehr als eineinhalb Jahren (unveröffentlichtes Urteil C. vom 23. Dezember 1991, U 90/90);

- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % während dreier Monate und voraussichtlich dauernder Arbeitsunfähigkeit von 50 % (unveröffentlichtes Urteil J. vom 19. Dezember 1991, U 86/90);
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % während zwei Monaten, einer solchen von durchschnittlich ca. zwei Dritteln während rund zweier Jahre, von 50 % während eines weiteren Jahres sowie von 20 % für die Folgezeit (unveröffentlichtes Urteil S. vom 26. März 1991, U 52/88);
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % während zweier Monate, von 50 % während sieben Monaten, 25 % bis 33 % während elf weiteren Monaten und dauernder Arbeitsunfähigkeit von 30 % (BGE 117 V 359).

bb) Mit Blick auf diese Präjudizien ist das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im vorliegenden Fall nicht als gegeben zu erachten. Der Beschwerdeführer konnte bereits sechs Wochen nach dem ersten Unfall vom 25. Juni 1985 die Arbeit wieder vollumfänglich aufnehmen. In der Folge kam es wohl noch zu Perioden mit Arbeitsunfähigkeit, u.a. im Zusammenhang mit der Exstirpation des Ganglions am linken Handgelenk am 9. Dezember 1985 im Spital X., doch bereits ab 1. Februar 1986 bestand laut Angaben des SUVA-Kreisarztes Dr. B. (vom 18. Dezember 1985, 5. März 1986 und 27. Mai 1987) wieder volle Arbeitsfähigkeit.

Der zweite Unfall vom 2. November 1992 hatte zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zur Folge. Prof. S., Chefarzt der Abteilung für Chirurgie am Spital Z., führte indessen in seinem Bericht vom 5. Oktober 1993 aus, der Versicherte könne am folgenden Tag seine Arbeit wieder aufnehmen, und SUVA-Kreisarzt Dr. P. hielt im Bericht vom 18. Oktober 1993 über die Abschlussuntersuchung fest, dass der Beschwerdeführer mit Rücksicht auf die Unfallfolgen in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Tragen von Gewichten vollzeitlich arbeiten könnte. Die volle Arbeitsunfähigkeit während rund elf Monaten fällt auch unter Einbezug der von der SUVA ab 1. November 1993 mit einer Invalidenrente abgegoltenen Erwerbsunfähigkeit von 25 % nicht derart ins Gewicht, dass das unfallbezogene Kriterium des Grades und der Dauer physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit als erfüllt anzusehen wäre. Eine nach Oktober 1993 andauernde Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ist auf psychische Ursachen zurückzuführen und bei der Adäquanztbeurteilung daher nicht zu beachten.

...

Höhe der Komplementärrente in Sonderfällen

U 443 Urteil des EVG vom 31. August 2001

i. Sa. J. R. (U 3/00)

Höhe der Komplementärrente in Sonderfällen [(Art. 20 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 32 Abs. 1 aUVV (in der bis 31. Dezember 1996 gültig gewesenen Fassung); Art. 20 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 32 Abs. 2 nUVV (in der ab 1. Januar 1997 geltenden Fassung))]:

Art. 32 Abs. 1 aUVV und Art. 32 Abs. 2 nUVV gehen vom Sachverhalt einer vorbestehenden krankheitsbedingten Invalidität aus, sind jedoch analog auch auf jene Fälle anzuwenden, in denen eine krankheitsbedingte zu einer vorbestehenden unfallbedingten Invalidität hinzutritt, mithin eine Rente der Invalidenversicherung revisionsweise aus unfallfremden Gründen erhöht wird (Erw. 5).

Montant des rentes complémentaires dans des cas spéciaux [(art. 20 al. 3 LAA en relation avec art. 32 al. 1 aOLAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996); art. 20, al. 3, LAA en relation avec art. 32 al. 2 nOLAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997))]:

L'article 32 alinéa 1 aOLAA et l'article 32 alinéa 2 nOLAA partent de l'hypothèse d'une invalidité préexistante due à une maladie, mais doivent également être appliqués par analogie dans les cas où une invalidité due à une maladie s'ajoute à une invalidité préexistante due à un accident, donc dans les cas où une rente de l'assurance-invalidité est augmentée dans une procédure de révision pour des motifs étrangers à un accident (cons. 5).

Ammontare delle rendite complementari in casi speciali [(art. 20 cpv. 3 LAINF in relazione all'art. 32 cpv. 1 vOAINF (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 1996); art. 20 cpv. 3 LAINF in relazione all'art. 32 cpv. 2 nOAINF (nella versione in vigore a partire dal 1° gennaio 1997))]:

L'art. 32 cpv. 1 vOAINF e l'art. 32 cpv. 2 nOAINF si riferiscono alla fattispecie di un'invalidità preesistente dovuta a malattia, ma sono applicabili per analogia anche ai casi in cui un'invalidità dovuta a malattia si aggiunge ad un'invalidità preesistente dovuta ad infortunio, per cui una rendita dell'assicurazione invalidità viene aumentata mediante revisione per motivi estranei all'infortunio (cons. 5).

Auszug aus den Erwägungen:

...

4. – Zu überprüfen ist sodann die Berechnung der Komplementärrente.

a) Nach Art. 20 Abs. 1 UVG beträgt die Invalidenrente bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes; bei Teilinvalidität wird sie entspre-

chend gekürzt. Hat der Versicherte Anspruch auf eine Rente der Invaliden- oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung, so wird ihm eine Komplementärrente gewährt; diese entspricht der Differenz zwischen 90% des versicherten Verdienstes und der Rente der Invaliden- oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung, höchstens aber dem für Voll- oder Teilinvalidität vorgesehenen Betrag. Die Komplementärrente wird beim erstmaligen Zusammentreffen der erwähnten Renten festgesetzt und lediglich späteren Änderungen der für Familienangehörige bestimmten Teile der Rente der Invaliden- oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung angepasst (Art. 20 Abs. 2 UVG).

Gestützt auf Art. 20 Abs. 3 UVG hat der Bundesrat mit Art. 31 ff. UVV nähere Vorschriften zur Berechnung der Komplementärrenten erlassen.

aa) In Art. 31 Abs. 2 UVV (in der seit dem 1. Januar 1997 geltenden Fassung) hat der Bundesrat bestimmt, dass bei der Festlegung der Berechnungsbasis nach Art. 20 Abs. 2 des Gesetzes der versicherte Verdienst um den beim erstmaligen Zusammentreffen gültigen Prozentsatz der Teuerungszulage nach Art. 34 des Gesetzes erhöht wird. Damit wird der versicherte Verdienst auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aufgewertet, womit die beiden Berechnungselemente – der versicherte Verdienst und die Rente der Invalidenversicherung oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung – auf dieselbe zeitliche Basis gebracht werden (zeitliche Kongruenz; Urteil S. vom 10. April 2001, U 68/00; vgl. die in RKUV 1997 S. 48 f. veröffentlichten Erläuterungen des BSV zur Änderung der Bestimmungen über die Komplementärrenten).

Demgegenüber enthält die vorliegend massgebende, bis 31. Dezember 1996 geltende Fassung der Verordnungsbestimmungen keine Sondervorschrift für den Fall, dass der für die Berechnung des versicherten Verdienstes massgebende Zeitraum (vgl. Art. 15 Abs. 2 UVG) und die Festsetzung oder Abänderung der Komplementärrente weit auseinander liegen. Nach der Rechtsprechung ist bei der Neufestsetzung der Komplementärrente gemäss Art. 33 Abs. 1 lit. a und b UVV (in der bis 31. Dezember 1996 gültigen Fassung) zwar weiterhin der versicherte Verdienst massgeblich, wie er der ursprünglichen Verfügung zu Grunde liegt, gleichzeitig ist aber auf die Berechnungsgrundlagen abzustellen, wie sie beim erstmaligen Zusammentreffen von Renten der Unfall- und der Invalidenversicherung bestanden haben (BGE 122 V 340 f. Erw. 4b, 350 f. Erw. 7 und 8). Davon ist offenbar auch der Gesetzgeber ausgegangen (vgl. Botschaft zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 18. August 1976, BBl 1976 III 170 ff., Ziff. 345.1 und die dort aufgeführten Beispiele). Für diese Auffassung

spricht zudem, dass der versicherte Verdienst keiner Anpassung zugänglich ist und damit in der beim erstmaligen Zusammentreffen der Renten massgebend gewesenen Höhe in die Berechnung einzubeziehen ist, weshalb folgerichtig auch die davon in Abzug zu bringenden Renten der Alters- und Hinterlassenen- oder Invalidenversicherung auf dieser zeitlichen Grundlage einzusetzen sind.

bb) Art. 33 Abs. 1 lit. b UVV (in der bis 31. Dezember 1996 geltenden Fassung) sieht vor, dass Komplementärrenten den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn sich der Invaliditätsgrad erheblich ändert. Nach Art. 34 UVV erfolgt eine Revision der Rente oder Komplementärrente der Unfallversicherung, wenn eine Rente der Invalidenversicherung als Folge der Revision geändert wird. Diese Bestimmungen wurden als gesetzmässig qualifiziert (BGE 122 V 349 Erw. 6d).

b) Vorliegend richtete die Invalidenversicherung bereits ab 1. März 1983 eine halbe Rente auf Grund einer Erwerbsunfähigkeit von 50% aus (Verfügung vom 4. Oktober 1984) und passte diese revisionsweise dem von der Unfallversicherung für die Zeit ab 1. Mai 1985 errechneten Invaliditätsgrad von 40% an, weshalb sie ihre Rentenleistungen mangels Vorliegens eines Härtefalles (Art. 28 IVG in der bis zum 31. Dezember 1987 gültig gewesenen Fassung) auf den 31. Dezember 1985 einstellte (Verfügung vom 26. November 1985). Damit trafen die Invalidenrenten der Unfall- und der Invalidenversicherung am 1. Mai 1985 erstmals zusammen, wenn auch nur für eine beschränkte Dauer von acht Monaten. Grundsätzlich hätte die SUVA gestützt auf Art. 20 Abs. 2 UVG schon damals eine Komplementärrente ausrichten müssen. Dies kann dem Beschwerdeführer heute nicht zum Nachteil gereichen: Wäre nämlich damals tatsächlich eine Komplementärrente ausgerichtet worden, so würde es sich bei der im Streit liegenden, ab dem 1. September 1994 ausgerichteten Komplementärrente um eine im Sinne von Art. 33 Abs. 1 lit. b UVV oder Art. 34 UVV neu festgesetzte Komplementärrente handeln. Die Tatsache, dass die Komplementärrente effektiv erstmals auf den 1. September 1994 berechnet wurde, ändert nichts daran, dass sie auf Grund des Zusammentreffens der Renten von Unfall- und Invalidenversicherung bereits am 1. Mai 1985 hätte festgelegt werden müssen, in der Zwischenzeit unterging und am 1. September 1994 wieder auflebte. Folglich sind im Sinne der zeitlichen Kongruenz (vgl. Erw. 4a/aa hier- vor) für die Bemessung der Komplementärrente auf den 1. September 1994 die Berechnungsgrundlagen massgebend, wie sie am 1. Mai 1985 bestanden. Dem versicherten Verdienst von Fr. 40 327.- ist demnach eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Verfügung der IV-Stelle vom 2. Mai 1996) gegenüberzustellen, und zwar im Umfang des Rentenbetrages, wie er am 1.

Mai 1985 in Anbetracht der für den Beschwerdeführer damals massgeblich gewesenen Berechnungsgrundlagen zur Ausrichtung gelangt wäre (BGE 122 V 341 Erw. 4b, 351 Erw. 8).

5. – Die Beschwerdegegnerin hat bei der Berechnung der Komplementärrente eine ganze Rente der Invalidenversicherung von der auf einer 40%igen Erwerbsunfähigkeit basierenden Rente der Unfallversicherung in Abzug gebracht. Es steht zwar noch nicht fest, welcher Invaliditätsgrad der Rente der Unfallversicherung zu Grunde zu legen ist. Für den Fall unterschiedlicher Invaliditätsgrade ist diese Berechnungsweise gleichwohl zu überprüfen.

Die damit angesprochene Frage der sachlichen Kongruenz wird in Art. 32 UVV geregelt. Gemäss Art. 32 Abs. 1 UVV (in der hier massgeblichen, bis 31. Dezember 1996 geltenden Fassung) werden vor dem Unfall gewährte IV-Renten bei der Berechnung der Komplementärrenten nur so weit berücksichtigt, als sie wegen des Unfalles erhöht werden. In den Fällen von Art. 24 Abs. 4 UVV wird die IV-Rente voll angerechnet. Nach der seit 1. Januar 1997 in Kraft stehenden Fassung des Art. 32 Abs. 2 UVV wird nur die Differenz zwischen der vor dem Unfall gewährten Rente und der neuen Leistung in die Berechnung der Komplementärrente einbezogen, wenn infolge eines Unfalles eine Rente der Invalidenversicherung erhöht oder eine Hinterlassenenrente der AHV durch eine Rente der Invalidenversicherung abgelöst wird. In den Fällen von Art. 24 Abs. 4 UVV wird die Rente der Invalidenversicherung voll angerechnet. Der Zweck der neuen und der alten Bestimmung ist klar: Im Rahmen der Komplementärrentenberechnung soll nur jener Teil der Rente der Invalidenversicherung berücksichtigt werden, der wegen des Unfalles ausgerichtet wird. Der eine Krankheit entschädigende Teil dieser Rente wird dagegen nicht in die Berechnung einbezogen. Es soll mithin in beiden Vergleichsgrössen einzig die unfallbedingte Invalidität massgeblich sein, was dem Prinzip der sachlichen Kongruenz entspricht. Der Unfallversicherer soll nicht vom Umstand profitieren, dass die versicherte Person schon eine Rente der Invalidenversicherung bezieht, welche in keinem Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht (*Jean-Maurice Frésard, L'assurance-accidents obligatoire*, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 41 Fn 155). Beide Bestimmungen (Art. 32 Abs. 1 UVV in der Fassung vor 1997 und Art. 32 Abs. 2 UVV in der Fassung ab 1997) gehen von einer bereits bestehenden Rente der Invalidenversicherung aus, die nachträglich auf Grund einer zusätzlichen unfallbedingten Invalidität erhöht wird. Dagegen regeln sie den umgekehrten Fall nicht, dass zu einer unfallbedingten später eine krankheitsbedingte Invalidität tritt und deswegen die Rente der Invaliden-, nicht aber

diejenige der Unfallversicherung erhöht werden muss, was gemäss Art. 34 UVV zu einer Abänderung der Komplementärrente führt. In beiden Fällen unterscheiden sich indessen die Vergleichsgrössen insofern, als einer Rente der Unfallversicherung für eine unfallbedingte Invalidität eine Rente der Invalidenversicherung für eine sowohl unfall- als auch krankheitsbedingte Invalidität gegenübersteht. Der Verordnungsgeber hat das Problem erkannt und es im Sinne der sachlichen Kongruenz gelöst, jedoch einzig einen der beiden möglichen Sachverhalte geregelt, nämlich das Vorbestehen einer krankheitsbedingten Invalidität. Dass die nachträglich zu einer unfallbedingten Invalidität hinzutretende krankheitsbedingte Invalidität gleich zu behandeln ist, liegt auf der Hand. Die fehlende Regelung in der Verordnung kann nur auf einem Versehen beruhen, weshalb der bis 31. Dezember 1996 gültig gewesene Art. 32 Abs. 1 UVV bzw. der ab 1. Januar 1997 geltende Art. 32 Abs. 2 UVV analog auf jene Fälle anzuwenden sind, in denen eine krankheitsbedingte Invalidität später hinzutritt und mithin eine Rente der Invalidenversicherung revisionsweise aus unfallfremden Gründen erhöht wird. Damit wird in der Komplementärrentenberechnung in jedem Fall nur die unfallbedingte Invalidität berücksichtigt.

...

Révision d'une rente d'invalidité dégressive et temporaire de l'assurance-accidents. Conditions

U 444 Arrêt du TFA du 4 septembre 2001 dans la cause V. P. (U 20/01)

Révision d'une rente d'invalidité dégressive et temporaire de l'assurance-accidents. Conditions (art. 18 LAA) :

L'assuré auquel l'assureur-accidents a octroyé une rente dégressive et temporaire par décision ayant acquis force de chose décidée conserve le droit d'en contester le caractère temporaire ou dégressif au moment où la suppression ou la réduction envisagée doit prendre effet. Cet examen doit s'opérer soit par l'ouverture d'office d'une procédure en révision, soit par le dépôt d'une demande en révision par l'assuré.

Neufestsetzung einer degressiven temporären Invalidenrente der Unfallversicherung. Voraussetzungen (Art. 18 UVG):

Der Versicherte, dem vom Unfallversicherer mittels rechtskräftigem Entscheid eine degressive temporäre Rente zugesprochen wurde, bewahrt sein Recht, den temporären oder degressiven Charakter der Rente im Zeitpunkt anzufechten, in dem die vorgesehene Aufhebung oder Kürzung wirksam werden soll. Dazu ist entweder von Amtes wegen ein Revisionsverfahren zu eröffnen oder vom Versicherten ein Revisionsgesuch einzureichen.

Revisione di una rendita d'invalidità degressiva e temporanea dell'assicurazione contro gli infortuni. Condizioni (art. 18 LAINF):

L'assicurato cui l'assicuratore contro gli infortuni ha concesso una rendita degressiva e temporanea mediante decisione passata in giudicato conserva il diritto di contestarne il carattere temporaneo o degressivo al momento in cui la soppressione o la riduzione prevista deve entrare in vigore. Questo esame deve essere effettuato mediante l'apertura d'ufficio di una procedura di revisione o la presentazione di una domanda di revisione da parte dell'assicurato.

Extrait des considérants:

...

2. – a) Selon la jurisprudence, l'assureur peut octroyer des rentes temporaires et/ou dégressives (ATF 109 V 24 ss, 106 V 49 ss consid. 1 et 2b; RAMA 1993 no U 173 p. 146 consid. 2 et les arrêts cités; RSAS 1985 p. 207 consid. 2a). Ces rentes sont accordées si, lors de la fixation de la rente, il était déjà

prévisible et vraisemblable que les incidences de l'accident sur la capacité de gain s'atténueront en tout ou en partie dans un avenir plus ou moins proche par suite de l'adaptation ou de l'accoutumance de l'assuré aux séquelles de l'accident (*Jean-Maurice Frésard*, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 79, p. 38; *Peter Omlin*, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, thèse Fribourg, 1995, p. 97 ss; *Ghélew/Ramelet/Ritter*, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, 1992, p. 105 sv.). La rente temporaire doit également être prise en compte au cas où les conséquences économiques futures d'une lésion corporelle stable seraient déterminables par avance de façon relativement précise (*Doudin*, La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents, in: RSAS 1990, p. 289).

b) L'assuré auquel l'assureur-accidents a octroyé une rente dégressive et temporaire par décision ayant acquis force de chose décidée conserve le droit d'en contester le caractère temporaire ou dégressif au moment où la suppression ou la réduction envisagée doit prendre effet. Cet examen doit s'opérer soit par l'ouverture d'office d'une procédure en révision, soit par le dépôt d'une demande en révision par l'assuré. La force décidée de la décision initiale n'est pas remise en cause, puisque dans la procédure d'octroi de rente, la seule question qui se pose – et la seule sur laquelle le juge peut se prononcer – est celle de savoir si, en fonction de l'expérience médicale acquise dans des cas similaires, on peut émettre le pronostic que l'état de santé de l'assuré s'améliorera ou que sa capacité de gain augmentera dans un avenir relativement proche. En revanche, dans la procédure de révision, il s'agit de vérifier, au moment où devrait intervenir la suppression ou la réduction de la prestation, si le pronostic qui, à l'origine, a motivé l'octroi de la rente limitée ou dégressive s'est effectivement réalisé (RAMA 1993 no U 173 p. 146 et les arrêts cités). La rente temporaire ou dégressive accordée initialement peut ainsi être révisée lorsque le pronostic posé quant à l'adaptation et l'accoutumance futures de l'intéressé ne s'est pas réalisé dans la mesure ou avec la rapidité attendues (*Jean-Maurice Frésard*, op. cit. no 79, p. 38; *Peter Omlin*, op. cit., p. 101 sv; *Ghélew/Ramelet/Ritter*, op. cit., p. 115; *Doudin*, op. cit. p. 294 ss), lorsque les circonstances se modifient ou encore lorsque la mise en valeur de la capacité de travail doit être appréciée à la lumière d'éléments nouveaux (Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 390).

3. – En l'espèce, il résulte de l'ensemble des rapports médicaux que la capacité de travail de l'intimée, dans sa profession d'infirmière en soins généraux, est de l'ordre de 40%, sans possibilité d'amélioration, de sorte que la situation est restée inchangée en ce qui concerne cette activité.

En revanche, la décision initiale d'octroi de rente du 4 juillet 1997 repose, entre autres éléments, sur le pronostic que l'intimée recouvrera progressivement une capacité de travail entière dans sa nouvelle activité d'infirmière sophrologue-réflexologue. Or, l'expertise du docteur C. du 24 juin 1999 – à laquelle il convient d'attacher entière force probante (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références) – fixe à 80 % la capacité de travail de l'intimée dans l'exercice de sa spécialisation de sophrologie-réflexologie, en écartant toute possibilité d'amélioration pour le futur. En conséquence, ainsi que les premiers juges l'ont considéré à juste titre, la capacité de travail retenue dans la décision initiale de la recourante du 4 juillet 1997 ne pourra jamais être atteinte, de sorte que le pronostic émis à cette époque ne se réalisera pas, ce qui constitue précisément un motif de révision au sens du consid. 2b ci-dessus.

...

Integritätsentschädigung bei Endoprothesen

U 445 Urteil des EVG vom 4. September 2001

i. Sa. J. H. (U 40/01)

Integritätsentschädigung bei Endoprothesen

(Art. 24 Abs. 1 und Art. 25 Abs. 1 UVG, Art. 36 UVV):

Für die Beurteilung des Integritätsschadens ist bei Implantation von Endoprothesen – wie bei der Versorgung mit Hilfsmitteln ([mit Ausnahme der Sehhilfen]; Ziff. 1 Abs. 4 des Anhangs 3 zur UVV) – auf den unkorrigierten Zustand abzustellen.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas d'endoprothèses

(art. 24 al. 1 et art. 25 al. 1 LAA, art. 36 OLAA):

Pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, il convient en cas d'implantation d'endoprothèses de se baser – comme pour la remise d'appareils auxiliaires ([à l'exception des moyens servant à la vision]; ch. 1 al. 4 de l'annexe 3 à l'OLAA) sur l'état non corrigé.

Indennità per menomazione dell'integrità in caso di endoprotesi

(art. 24 cpv. 1 e art. 25 cpv. 1 LAINF, art. 36 OAINF):

Come per la consegna di mezzi ausiliari ([ad eccezione degli apparecchi ottici]; n. 1 4° paragrafo dell'Allegato 3 all'OAINF), per la valutazione della menomazione dell'integrità in caso di innesto di endoprotesi sono determinanti le condizioni senza la protesi.

Auszug aus den Erwägungen:

...

4. – a) Das Eidgenössische Versicherungsgericht hatte sich bisher mit der Frage der Bemessung des Integritätsschadens bei Implantaten oder Endoprothesen unter dem Gesichtspunkt von Ziff. 1 Abs. 4 des Anhangs 3 zur UVV nicht zu befassen. In BGE 115 V 149 Erw. 3a stellte es indessen den Grundsatz auf, entscheidend sei, ob der Versicherte durch den Unfall eine dauernde und erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität erlitten habe. Unerheblich sei, ob diese dank einem Hilfsmittel mehr oder weniger vollständig ausgeglichen werden könne mit der Folge, dass sie sich im täglichen Leben nicht mehr oder nur noch in geringem Masse auswirke.

b) In der Literatur vertritt *Thomas Frei* (Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1998, S. 103 f.) die Auffassung, für Endoprothesen ergäbe sich bei

konsequenter Anwendung des Grundsatzes, wonach sich der Integritätsschaden nach dem Zustand ohne Korrektur durch ein Hilfsmittel bemisst, dass auf den Zustand abzustellen sei, der vor dem Einsetzen der Prothese vorgelegen habe. Da indessen die Annahme eines unkorrigierten Zustandes bei eingepflanzten Prothesen auf einer gedanklichen Konstruktion, einer Fiktion, beruhe, wäre es in solchen Fällen schwierig, den Zustand ohne die Korrektur zuverlässig zu schätzen. Zusammenfassend stellt er sich auf den Standpunkt, bei Endoprothesen sei die Schätzung des Integritätsschadens nach dem Zustand unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Prothese vorzunehmen. *Maeschi* (Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, Bern 2000, N 28 zu Art. 49; vgl. auch *Maeschi/Schmidhauser*, Die Abgeltung von Integritätsschäden in der Militärversicherung, in: SZS 1997 S. 177 ff., insbesondere S. 187) kritisiert die mit BGE 117 V 82 Erw. 3c/cc eingeleitete Rechtsprechungsänderung, wonach auch in der Militärversicherung die für die obligatorische Unfallversicherung geltende Praxis hinsichtlich der Bemessung des Integritätsschadens Anwendung findet, indem der ganze oder teilweise Ausgleich mit einem Hilfsmittel unbeachtlich bleibt. Dieser Kritik ist indessen vorliegend nicht weiter nachzugehen, da die Bemessung des Integritätsschadens in der Militärversicherung – anders als in der Unfallversicherung – individuell-konkret erfolgt (BGE 113 V 221 Erw. 4b; SVR 1998 MV Nr. 2 S. 5 Erw. 3a).

c) Der Wortlaut der Bestimmung von Ziff. 1 Abs. 4 des Anhangs 3 zur UVV, deren Gesetzmässigkeit von den Parteien zu Recht nicht bestritten wird (vgl. zur Gesetzmässigkeit der Skala BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen), ist klar. Die Bemessung des Integritätsschadens bei Funktionsausfall oder bei Gebrauchsunfähigkeit eines Organs ist auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln nach dem unkorrigierten Zustand vorzunehmen, weil nur dadurch dem abstrakt und egalitär konzipierten Charakter der Integritätsentschädigung in der obligatorischen Unfallversicherung entsprochen werden kann. Dies muss auch für implantierte Prothesen wie im vorliegenden Fall gelten, obwohl diese den Hilfsmittelbegriff an sich nicht erfüllen vgl. auch die Hilfsmittelliste der HVUV [insbesondere Ziff. 1], in welcher implantierte Prothesen nicht enthalten sind). Denn wenn der dauernde und erhebliche Integritätsschaden ausgeglichen werden soll, ist auf den medizinischen Befund vor der Korrektur abzustellen und der mit Hilfsmitteln oder implantierten Prothesen erzielbare Ausgleich nicht zu berücksichtigen. Das ergibt sich zwingend daraus, dass die Integritätsentschädigung den körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als solchen ausgleicht, und nicht dessen Auswirkungen auf die Lebensfunktionen und die allgemeine Lebensgestaltung (vgl. BGE 115 V 149 Erw. 3a). Daher ist auch

bei Funktionsausfall oder bei Gebrauchsunfähigkeit eines Organs, welche dem Verlust gleichgestellt wird (Ziff. 2 des Anhangs 3 zur UVV), nicht zu unterscheiden zwischen der Korrektur mit Hilfsmitteln oder dem Ausgleich mit implantierten Prothesen. Die SUVA hatte zur Begründung ihres Standpunktes in BGE 115 V 147 denn auch zu Recht dargelegt, Substanzverluste könnten durch Exo- und Endoprothesen – im Gegensatz zu Brillen oder Haftschalen – nur behelfsmässig ersetzt werden (S. 148 Erw. 2b). Bei dieser Betrachtungsweise ist unerheblich, dass der Integritätsschaden durch eine implantierte Prothese unter Umständen so weit ausgeglichen werden kann, dass praktisch keine Beeinträchtigung in der entsprechenden Lebensfunktion mehr besteht.

d) Dass bei Endoprothesen die Bemessung des Integritätsschadens nicht nach dem Zustand unter Berücksichtigung der Auswirkung der Prothese zu erfolgen hat, ergibt sich sinngemäss auch aus einer andern Position der Skala des Anhangs 3 zur UVV: Die posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle wird mit 30 % bewertet. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass bei der Bemessung des Integritätsschadens nicht unterschieden wird, ob die Auswirkungen eines Gesundheitsschadens durch den Einsatz eines Medikaments beeinflusst werden können.

e) Zusammenfassend ist festzustellen, dass die egalitäre und abstrakte Bemessung des Integritätsschadens in der obligatorischen Unfallversicherung eine Anpassung an die konkreten medizinischen Verhältnisse des Einzelfalles untersagt und somit – wie bei den Hilfsmitteln – eine Unterscheidung nach den konkreten Ergebnissen einer zur Behebung eines Funktionsverlustes implantierten Prothese verbietet.

...

Production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours

U 446 Arrêt du TFA du 15 octobre 2001 dans la cause J.L. (U 147/99)

Production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours (art. 108 al. 2 en corrélation avec l'art. 132 OJ) :

On ne peut produire de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours, sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écriture (changement de jurisprudence ; cons. 2 à 4a).

Il convient toutefois de réserver le cas où de telles pièces constituent des faits nouveaux importants ou des preuves concluantes au sens de l'art. 137 let. b OJ et pourraient dès lors justifier la révision de l'arrêt du tribunal (cons. 4b).

Vorlegung neuer Urkunden nach Ablauf der Beschwerdefrist (Art. 108 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 132 OG):

Es ist nicht gestattet, nach Ablauf der Beschwerdefrist neue Urkunden vorzulegen, ausser es läge ein zweiter Schriftenwechsel vor (Änderung der Rechtsprechung; Erw. 2 bis 4a).

Vorbehalten bleibt indessen der Fall, wo solche Urkunden neue erhebliche Tatsachen oder entscheidende Beweismittel im Sinne von Art. 137 Bst. b OG darstellen und folglich eine Prüfung des Gerichtsurteils rechtfertigen könnten (Erw. 4b).

Produzione di nuovi documenti dopo la scadenza del termine di ricorso (art. 108 cpv. 2 LAINF in relazione all'art. 132 OG):

Dopo la scadenza del termine di ricorso si possono produrre nuovi documenti solo nell'ambito di un secondo scambio di atti (cambiamento di giurisprudenza; cons. 2-4a).

Conviene comunque riservare questa procedura ai casi in cui tali documenti svelino fatti nuovi rilevanti o costituiscano prove decisive ai sensi dell'art. 137 lett. b OG e potrebbero quindi giustificare la revisione della sentenza del tribunale (cons. 4b).

Extrait des considérants:

...

1. – Aux termes de l'art. 108 al. 2 en corrélation avec l'art. 132 OJ, le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et por-

te la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains.

2. – Selon sa jurisprudence, le Tribunal fédéral des assurances prend en considération, dans les procédures soumises à l'art. 132 OJ, les écritures et moyens de preuve présentés après l'expiration du délai de recours, lorsque ceux-ci lui paraissent pertinents (VSI 2000 p. 310 sv. ad let. C et consid. 2b; RCC 1986 p. 202 sv. consid. 3b, 1980 p. 415 consid. 2). En revanche, le Tribunal fédéral se montre plus strict et n'admet pas la production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours, sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures (ATF 109 Ib 249 consid. 3c; arrêt H. du 25 février 2000 [2A.459/1999] et arrêt non publié B. du 10 octobre 1997 [2A.616/1996]).

3. – a) Pour qu'un revirement de jurisprudence soit compatible avec le principe de l'égalité de traitement que l'art. 8 al. 1 Cst. a repris de l'art. 4 al. 1 aCst. sans en modifier la portée matérielle, il faut qu'il repose sur des motifs objectifs, à savoir une connaissance plus approfondie de l'intention du législateur, un changement des circonstances extérieures ou l'évolution des conceptions juridiques. Les motifs doivent être d'autant plus sérieux que la jurisprudence est ancienne. Si elle se révèle erronée ou que son application a conduit à des abus répétés, elle ne saurait être maintenue (ATF 126 V 40 consid. 5a et les références, ATF 126 I 129 consid. 5 et les références).

b) Vu qu'il existe une pratique divergente entre les deux tribunaux fédéraux, les motifs de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances méritent d'être reconsidérés. En effet, même dans les procédures où la Cour de céans n'est pas liée par la constatation de l'état de fait (art. 132 let. b OJ), il ne se justifie plus de déroger à la règle de l'art. 108 al. 2 OJ d'après laquelle le mémoire de recours doit indiquer, notamment, les moyens de preuve. La production, après l'échéance du délai de recours (art. 106 al. 1 OJ), de nouveaux moyens de preuve, non annoncés et/ou non requis, n'est, en principe, pas admissible.

Le sens littéral de l'art. 108 al. 2 OJ est clair. Que ce soit le texte français – qui parle des pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en mains du recourant –, allemand – «die als Beweismittel angerufenen Urkunden ..., soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat» – ou italien – «documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente» –, il ne peut s'agir que de pièces qui existent déjà.

Ce sens littéral correspond à la volonté du législateur de réunir, d'adapter et de compléter dans cette disposition de la loi les prescriptions réglant les do-

cuments à produire (Message du Conseil fédéral du 24 septembre 1965 concernant l'extension de la juridiction administrative fédérale, FF 1965 II 1301).

Par pièces (voir aussi art. 33 PCF), il faut entendre les titres au sens des art. 50 ss PCF en liaison avec l'art. 40 OJ (*Oscar Vogel*, Grundriss des Zivilprozessrechts und des internationalen Zivilprozessrechts der Schweiz, 6^{ème} éd., Berne 1999, p. 279 ss; *Meyer*, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 p. 29), à savoir les titres que le justiciable (art. 50 PCF) ou les tiers (art. 51 PCF) détiennent et qu'ils sont tenus de produire (*Max Kummer*, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} éd., Berne 1984, p. 132; *Frank/Sträuli/Messmer*, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung, 3^{ème} éd., Zurich 1997, vor § 183 ss ch.m. 4 p. 528, § 183 ch.m. 5 p. 531 et § 184 ch.m. 1 p. 533). Il ne saurait s'agir de preuves futures, notamment d'expertises.

Il n'est donc pas admissible qu'une partie annonce son intention de produire un futur moyen de preuve après l'expiration du délai de recours ou qu'elle demande à cette fin la suspension de la procédure (arrêt G. du 6 novembre 2000 [I 158/00]). Les pièces invoquées comme moyens de preuve ne peuvent être que des titres qui existent déjà, susceptibles d'être déposés devant le tribunal dans le délai légal (art. 106 al. 1 OJ), qui n'est pas extensible (ATF 126 III 31 consid. 1b).

c) La voie suivie jusqu'ici par le Tribunal fédéral des assurances peut également être une source d'inégalité de traitement, dans la mesure où elle favorise les justiciables qui produisent hors délai de nouvelles pièces par rapport à ceux qui s'en tiennent à la règle de l'art. 108 al. 2 OJ. En outre, les nouvelles pièces produites étant souvent des rapports médicaux qui tiennent compte de l'évolution de l'état de santé de l'assuré à partir du moment où la décision litigieuse a été rendue, elle a pour défaut de rendre problématiques les règles sur la révision (art. 41 LAI, art. 22 LAA).

4. – a) Pour ces motifs pertinents, il se justifie d'aligner dorénavant la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sur celle du Tribunal fédéral et de ne plus admettre la production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours, sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures (ATF 109 Ib 249 consid. 3c déjà cité, 99 Ib 89 consid. 1; d'avis contraire lorsque l'autorité attaquée est une autorité administrative : *Alfred Kölz/Isabelle Häner*, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n° 944 p. 334 et *Attilio R. Gadola*, Das verwaltungsinterne Beschwerdeverfahren, Zurich 1991, p. 385 ss).

Cela fait partie de l'ordre de la procédure. Un deuxième échange d'écritures n'a lieu qu'exceptionnellement (art. 110 al. 4 OJ) et seulement si le

juge délégué ou la Chambre du tribunal le décide (ATF 119 V 323 consid. 1 et les références).

b) Il convient toutefois de réserver les cas où des pièces produites après l'échéance du délai de recours ou la clôture du deuxième échange d'écritures constituent des faits nouveaux importants ou des preuves concluantes au sens de l'art. 137 let. b OJ et pourraient, le cas échéant, justifier la révision de l'arrêt du tribunal. De telles pièces doivent être prises en considération, nonobstant leur production hors délai.

...

Wiedererwägung eines Vergleichs

U 447 Urteil des EVG vom 16. Oktober 2001

i. Sa. A. S. (U 89/01)

Wiedererwägung eines Vergleichs (Art. 99 UVG):

Die Verwaltung darf einen zwischen den Parteien geschlossenen Vergleich nur dann nicht in Wiedererwägung ziehen, wenn dieser richterlich genehmigt und im Rahmen der Genehmigung materiell geprüft worden ist (Erw. 2d).

Reconsidération d'une transaction (art. 99 LAA):

Une transaction passée entre les parties ne peut pas être reconsidérée par l'administration que si elle a été approuvée par une autorité judiciaire à la suite d'un examen matériel (cons. 2d).

Riconsiderazione di un accordo (art. 99 LAINF):

L'amministrazione non può riconsiderare un accordo concluso tra le parti solo se questo è stato approvato da un giudice ed esaminato dal punto di vista materiale nell'ambito dell'approvazione (cons. 2d).

Auszug aus den Erwägungen:

...

2d) Was in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hiegegen vorgebracht wird, vermag zu keinem anderen Ergebnis zu führen. Vorab ist nicht zu beanstanden, dass sich die Vorinstanz in ihrem Entscheid, welcher eine umfassende und nachvollziehbare, auf einer eingehenden Würdigung der entscheiderelevanten Unterlagen beruhende Begründung enthält, nicht zu allen Vorbringen aussprach, weil sie sich auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken durfte (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd, 124 V 181 Erw. 1a mit Hinweisen).

Ins Leere geht sodann der Einwand, wonach eine Wiedererwägung bereits deshalb ausser Betracht falle, weil kein überwiegendes Interesse an einer Verletzung der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes bestehe. Denn damit beruft sich der Beschwerdeführer unzutreffenderweise auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, gemäss welcher eine materiell unrichtige Verfügung nach Ablauf der Rechtsmittelfrist zurückgenommen werden kann, wenn im Einzelfall das Interesse an der richtigen Durchführung des objektiven Rechts dasjenige an der Wahrung der Rechtssicherheit überwiegt (BGE 121 II 276 Erw. 1a/aa, 119 Ia 310 Erw. 4c, je mit Hinweisen).

Demgegenüber nimmt das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Vor- ausgewichtung dieser widerstreitenden Rechtsprinzipien vor, indem bei zweifelloser Unrichtigkeit einer Verfügung und erheblicher Bedeutung ihrer Berichtigung die Verwirklichung des materiellen Rechts vorgeht (vgl. BGE 115 V 314 Erw. 4b; *Rüedi*, Allgemeine Rechtsgrundsätze des Sozialversicherungsprozesses, in: *Walter R. Schluep* [Hrsg.], Recht, Staat und Politik am Ende des zweiten Jahrtausends, Festschrift zum 60. Geburtstag von Bundesrat Arnold Koller, Bern 1993, S. 475; *Meyer-Blaser*, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen in der Sozialversicherung, in: ZBl 1994 S. 338). Nicht stichhaltig ist sodann der Hinweis, dass der Unfallversicherer die Verfügung vom 4. März 1998 ohne Vorbehalt erlassen hat, weil das wiedererwägungsweise Zurückkommen auf eine Verfügung nicht an diese Voraussetzung geknüpft ist.

Ebenso wenig kann dem Beschwerdeführer gefolgt werden, soweit er eine zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung vom 4. März 1998 verneint. Nichts abzuleiten vermag er vorab aus dem seiner Auffassung nach «rechtsverbindlichen und unanfechtbaren» und mit keinem Willensmangel behafteten Vergleich vom 21./28. Mai 1997, weil auf die Abänderbarkeit im Rahmen der Voraussetzungen der Wiedererwägung keinen Einfluss hat, dass der (unangefochten in Rechtskraft erwachsenen) Verfügung eine Vereinbarung der Parteien (vgl. hierzu auch BGE 104 V 165 Erw. 1) vorangegangen ist. Anders verhielte es sich nur bei einem richterlich genehmigten und im Rahmen der Genehmigung materiell geprüften Vergleich, welcher von der Verwaltung nicht in Wiedererwägung gezogen werden darf (nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 25. Februar 1987, M 12/86). Entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung ist unerheblich, dass dem Unfallversicherer dieselben Unterlagen wie der IV-Stelle vorlagen und diese bloss unterschiedlich gewürdigt wurden, weil die Wiedererwägung nicht vom Vorliegen neuer Tatsachen oder Beweismittel abhängig ist, sondern der Korrektur anfänglich unrichtiger Rechtsanwendung unter Einschluss unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes dient (BGE 117 V 17 Erw. 2c). Nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin Kenntnis vom parallel hängigen IV-Verfahren hatte, wenn auch eine Koordination der Invaliditätsbemessungen von Unfall- und Invalidenversicherung wünschbar gewesen wäre. Sodann kann nicht gesagt werden, dass der Tatsachenfeststellung des Unfallversicherers Vorrang einzuräumen sei, weil sie dreieinhalb Jahre in Anspruch genommen habe und demnach sorgfältiger erfolgt sei als jene im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren, wo «abstrakte Beweisregeln» angewendet worden seien. Denn anders als

der Unfallversicherer im Zusammenhang mit der Verfügung vom 4. März 1998 hat sich das Sozialversicherungsgericht in seinem Entscheid vom 16. Dezember 1998 einlässlich mit der Frage auseinandergesetzt, ob beim Invalideneinkommen auf eine Tätigkeit im Telefonverkauf abgestellt werden kann, bevor es dies mit überzeugender Begründung bejahte. Entgegen den Darlegungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beschränkte sich das Sozialversicherungsgericht in seinem Entscheid vom 16. Dezember 1998 auch nicht etwa auf eine grobe Prüfung, ob der Invaliditätsgrad von 40 % erreicht sei, sondern ermittelte das trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung erzielbare Einkommen, welches auch im damaligen Verfahren als einziges streitig war, mit Fr. 78 000.– bis Fr. 80 000.– sehr genau. Nicht zu beanstanden ist, dass sich das Gericht an den bei der Feststellung der für den materiellen Leistungsanspruch erheblichen Tatsachen im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hielt, welchen Anforderungen die blosser Möglichkeit eines Sachverhaltes, anders als der Beschwerdeführer annimmt, nicht genügen würde (BGE 125 V 195 Erw. 2 mit Hinweisen). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann schliesslich auch keine Rede davon sein, dass die rechtserheblichen Tatsachen im die Rente der Invalidenversicherung betreffenden Verfahren nicht umfassend und gesetzmässig abgeklärt worden seien, weil die Vorinstanz auf die Abnahme zusätzlicher Beweismittel verzichtete. Denn angesichts des damals sorgfältig ermittelten und klar feststehenden Sachverhaltes erübrigten sich weitere Beweisvorkehren, weil hievon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten waren (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28). Aus demselben Grunde ist auch im letztinstanzlichen Verfahren von der Abnahme weiterer Beweismittel abzusehen.

**Mutationen bei den Unfallversicherern
Mutations dans l'état des assureurs-accidents
Mutazioni concernenti gli assicuratori-infortuni**

**Neu registrierte Privatversicherer
Assureurs privés nouvellement enregistrés
Assicuratori privati nuovamente registrati**

10054 Winterthur International	1.1.2002
Winterthur International Versicherungen Schweiz	
Winterthur International Assurances Suisse	
Winterthur International Assicurazioni Svizzera Grüzefeldstrasse 41 8401 Winterthur	
10050 KPT	1.1.2002
KPT Versicherungen AG KPT Assurances SA KPT Assicurazioni SA Tellstrasse 18 3000 Bern 22	
10051 Groupe Mutuel	1.1.2002
Groupe Mutuel Assurances GMA SA Rue du Nord 5 1920 Martigny	

MITTEILUNGEN – COMMUNICATIONS – COMUNICAZIONI

Sachverzeichnis 2001: UVG

<i>A. Rechtsprechung</i>	Seite
Arbeitnehmerbegriff	99
Arbeitswegunfall	82
Beginn der Versicherung	317
Beschwerdelegitimation	225
Gutachten	113, 345
Informationspflicht	542
Integritätsentschädigung	555
Invalideneinkommen	347
Invaliditätsgradbestimmung, Koordinierung durch die Invaliden- und die Unfallversicherung	73
Kausalzusammenhang	79, 321, 350, 544
Komplementärrente	547
Kürzung der Geldleistungen	82, 326
Mitwirkung bei der Beweiserhebung	89
Neufestsetzung einer degressiven temporären Invalidenrente der Unfallversicherung	552
Nichteintreten auf ungebührliche Eingabe	94
Parteientschädigung	76
Parteistellung eines als Mitinteressierter im Verfahren beigezogenen Sozialversicherers	225
Psychische Unfallfolgen	350, 544
Vorlegung neuer Urkunden nach Ablauf der Beschwerdefrist	558
Taggeld einer arbeitslosen Person	210
Teilzeitbeschäftigte	82
Überversicherung in der freiwilligen Unfallversicherung	326
Unentgeltliche Verbeiständung	91
Unfallbegriff	313, 342
Unfallähnliche Körperschädigungen	332
Verfahren	76, 91, 94, 97, 101, 113, 225, 329, 552, 558, 562
Verfahrens- und Gerichtskosten	97, 208, 225, 229
Versicherter Verdienst	104, 201, 215
Versicherungsobligatorium von mitarbeitenden Familienmitgliedern	104
Wagnisse	205
Wiedererwägung eines Vergleichs	562

Zuständigkeit bei Uneinigkeit der Versicherer	
über die Rückvergütung von Leistungen	335
Zuständigkeitsstreit zwischen Versicherern	
bei erneutem Unfall	108
Zustellung eines Entscheides	329

B. Mitteilungen

Änderung des Auszahlungsmodus der	
Übergangentschädigung	237
Mutationen bei den Unfallversicherern	116
Rechtspflege in der Unfallversicherung	116

Table des matières 2001: LAA

<i>A. Jurisprudence</i>	page
Accident, notion	313, 342
Accident de trajet	82
Administration des preuves, collaboration à l'	89
Assistance judiciaire	91
Assurance obligatoire des membres de la famille travaillant dans l'entreprise familiale	104
Compétence en cas de désaccord entre assureurs sur le remboursement de prestations	335
Causalité, rapport de	79, 321, 350, 544
Conflit de compétence entre assureurs en cas d'accidents successifs	108
Début de l'assurance	317
Dépens	76
Devoir d'information	542
Entreprises téméraires	205
Evaluation de l'invalidité, coordination entre l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents	73
Expertise	113, 345
Frais de procédure et de justice	97, 208, 225, 229
Gain assuré	104, 201, 215
Indemnité journalière en cas d'accident d'une personne au chômage	210
Indemnité pour atteinte à l'intégrité	555
Lésions corporelles assimilées à un accident	332
Non entrée en matière pour cause de production de pièces inconvenantes	94
Notification d'une décision	329
Personnes travaillant à temps partiel	82
Procédure	76, 91, 94, 97, 101, 113, 225, 329, 552, 558, 562
Production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours	558
Qualité pour recourir	225
Qualité de partie d'un assureur social invité à participer à la procédure comme co-intéressé	225
Reconsidération d'une transaction	562
Réduction de prestations en espèces	82, 326

Rente complémentaire	547
Revenu d'invalidé	347
Révision d'une rente d'invalidité dégressive et temporaire .	552
Surassurance dans l'assurance facultative	326
Travailleur, notion	99
Troubles psychiques consécutifs à un accident	350, 544

B. Communications

Jurisprudence en matière d'assurance-accidents	116
Modification du mode de paiement de l'indemnité pour changement d'occupation	238
Mutations dans l'état des assureurs-accidents	116

Indice delle materie 2001: LAINF

<i>A. Giurisprudenza</i>	pagina
Assunzione delle prove, collaborazione all'	89
Atti temerari	205
Causalità, nesso di	79, 321, 350, 544
Competenza in caso di disaccordo tra assicuratori sul rimborso delle prestazioni	335
Conflitto di competenza tra assicuratori sulla concessione di prestazioni in caso di reiterato infortunio	108
Disturbi psichici dovuti ad infortunio	350, 544
Guadagno assicurato	104, 201, 215
Inammissibilità di atti sconvenienti	94
Indennità giornaliera in caso di infortunio di un disoccupato	210
Indennità per menomazione dell'integrità	555
Infortunio sul traghetto per recarsi al lavoro	82
Infortunio, nozione	313, 342
Inizio dell'assicurazione	317
Lavoratore, nozione	99
Legittimazione a ricorrere	225
Lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio	332
Notifica di una decisione	329
Obbligo assicurativo per i familiari del datore di lavoro che collaborano nell'azienda	104
Obbligo d'informazione	542
Patrocinio gratuito	91
Perizia	113, 345
Persone occupate a tempo parziale	82
Procedura	76, 91, 94, 97, 101, 113, 225, 329, 552, 558, 562
Produzione di nuovi documenti dopo la scadenza del termine di ricorso	558
Qualità di parte di un assicuratore sociale invitato a partecipare alla procedura quale cointeressato	225
Rendita complementare	547
Reddito da un invalido	347
Revisione di una rendita d'invalidità degressiva e temporanea dell'assicurazione contro gli infortuni	552
Riconsiderazione di un accordo	562

Riduzione delle prestazioni in contanti	82, 326
Sovrassicurazione nell'assicurazione infortuni	
facoltativa	326
Spese processuali e giudiziarie	97, 208, 225, 229
Spese ripetibili	76
Valutazione dell'invalidità, coordinazione tra l'assicurazione	
invalidità e l'assicurazione contro gli infortuni	73
<i>B. Comunicazioni</i>	
Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni	116
Modifica della modalità di versamento dell'indennità	
per cambiamento d'occupazione	239
Mutazioni concernenti gli assicuratori infortuni	116

