

***Kranken- und  
Unfallversicherung***

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

***Assurance-maladie  
et accidents***

Jurisprudence et pratique administrative

***Assicurazione malattia  
e infortuni***

Giurisprudenza e prassi amministrativa

<b>Datenschutz bei Überprüfung der Wirtschaftlichkeit</b> KV 195 Urteil des EVG vom 9. Oktober 2001 (K 34/01)	1
<b>Abschliessender Charakter der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)</b> KV 196 Urteil des EVG vom 5. November 2001 (K 157/00)	7
<b>Hospitalisation en division privée ou demi-privée: contribution du canton</b> KV 197 Arrêt du TFA du 30 novembre 2001 (K 178/00)	14
<b>Gegenstand der Differenzzahlungspflicht des Kantons</b> KV 198 Urteil des EVG vom 10. Dezember 2001 (K 81/98)	24
<b>Anwendbarer Tarif bei stationärer Behandlung durch ausserkantonalen Leistungserbringer</b> KV 199 Urteil des EVG vom 21. Dezember 2001 (K 124/00)	37
<b>Mitteilungen – Communications – Comunicazioni</b> Rechtspflege in Krankenversicherungssachen/Jurisprudence en matière d'assurance-maladie/Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattia	47
<b>Mutationen bei den Krankenversicherern/Mutations dans l'état des assureurs-maladie/Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattia</b>	47
<b>Hinweis/Indication/Indicazione</b>	48

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

April – avril – aprile 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](http://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

<b>Tarif de primes – système de bonus-malus</b> U 448 Arrêt du TFA du 15 octobre 2001 dans la cause A. (U 184/01)	<b>50</b>
<b>Causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident de moyenne gravité</b> U 449 Arrêt du TFA du 22 novembre 2001 dans la cause J.L. (U 25/99)	<b>53</b>
<b>Versicherter Verdienst</b> U 450 Urteil des EVG vom 30. November 2001 i. Sa. E. M. (U 282/99)	<b>57</b>
<b>Invalidenrente bei Rückfällen; Integritätsentschädigung bei Rückfällen oder Spätfolgen</b> U 451 Urteil des EVG vom 10. Dezember 2001 i. Sa. B. F. (U 427/99)	<b>61</b>
<b>Mitteilungen – Communications – Comunicazioni</b> Rechtspflege in der Unfallversicherung/Jurisprudence en matière d'assurance-accidents/Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni	<b>67</b>

# Datenschutz bei Überprüfung der Wirtschaftlichkeit

## KV 195 Urteil des EVG vom 9. Oktober 2001 (K 34/01)

K  
V  
/  
A  
M

Das Recht von Versicherten und Versicherern auf Herausgabe aller notwendigen Angaben und Patientendaten durch den Leistungserbringer ist kein akzessorisch zur Verweigerung der Vergütung oder zur Geltendmachung des Rückforderungsrechts bestehender Anspruch, sondern kann vor Einleitung eines Wirtschaftlichkeitsverfahrens gerichtlich selbstständig durchgesetzt werden (Erw. 4).

Le droit des assurés et des assureurs de se faire remettre par le fournisseur de prestations toutes les indications et données nécessaires du patient n'est pas accessoire au refus de remboursement ou à une action en restitution d'une créance actuelle, mais il peut être exercé de manière indépendante devant une juridiction avant l'introduction d'une procédure tendant à examiner le caractère économique de la prestation (cons. 4).

Il diritto di assicurati ed assicuratori di esigere dai fornitori di prestazioni tutte le indicazioni ed i dati dei pazienti necessari non è accessorio al rifiuto della remunerazione o all'esercizio del diritto alla restituzione, ma può essere fatto valere in tribunale in quanto tale prima che venga avviata una procedura in merito all'economicità della prestazione (cons. 4).

### I.

A. – Im Hinblick auf die Prüfung einer allfälligen Rückforderung wegen Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ersuchte die SWICA Gesundheitsorganisation (nachfolgend: SWICA) mit Schreiben vom 1. Oktober 1999 und 17. November 1999 das Krankenhaus X., ihr die für die Beurteilung des Leistungsanspruches notwendigen Auskünfte zu erteilen bzw. Einsicht in die medizinischen Akten zu gewähren. Sie stützte sich hiefür auf verschiedene Patientenvollmachten, darunter eine des B. vom 21. September 1999 betreffend dessen Hospitalisation in der Zeit vom 1. bis 9. Juli 1997. Mit Schreiben vom 25. November 1999 lehnte das Krankenhaus X. das Gesuch um Akteneinsicht ab.

B. – Auf die von der SWICA hierauf gegen das Krankenhaus X. erhobene Klage mit dem Rechtsbegehren, der Beklagte sei zu verpflichten, ihr die Akten betreffend die Behandlung von B. in der Zeit vom 1. bis 9. Juli 1997 zur Einsichtnahme herauszugeben, trat das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich mangels Rechtsschutzinteresses und aus Datenschutz-rechtlichen Überlegungen nicht ein (Beschluss vom 25. Januar 2001).

C. – Die SWICA führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, es sei der Beschluss des Schiedsgerichts aufzuheben und die Sache zur materiellen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das Krankenhaus X. verzichtet auf eine Stellungnahme, während das Bundesamt für Sozialversicherung und der als Mitinteressierter zum Verfahren beigeordnete B. sich nicht vernehmen lassen.

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen gutgeheissen und die Sache zur materiellen Entscheidung über die Klage an die Vorinstanz zurückgewiesen:

1. – a) Nach Art. 89 KVG entscheidet ein Schiedsgericht Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Abs. 1). Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt (Abs. 2). Gegen Entscheide der Schiedsgerichte kann gemäss Art. 91 KVG Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht geführt werden.

b) Bei der vorliegenden Streitsache, in welcher sich erstinstanzlich vor dem kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG (vgl. zu dessen Zuständigkeit BGE 127 V 45 Erw.<sup>1</sup>) ein Krankenversicherer und ein Leistungserbringer gegenüber gestanden haben und bei der es um die Frage geht, ob das Schiedsgericht auf die Klage des Versicherers betreffend Aktenherausgabe hinsichtlich einer Behandlung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzutreten hat, handelt es sich nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat daher nur zu prüfen, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).

2. – a) Nach Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner (d.h. dem Versicherten im System des Tiers garant, dem Versicherer im System des Tiers payant) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen (Satz 1). Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der

<sup>1</sup> siehe Nr. KV 167 (2001) dieser Sammlung

Leistung überprüfen zu können (Satz 2). Laut Art. 42 Abs. 4 KVG kann der Versicherer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

b) Gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG kann für unwirtschaftliche Leistungen im Sinne von Abs. 1 dieser Bestimmung die Vergütung verweigert werden (Satz 1). Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann sowohl im System des Tiers garant als auch im System des Tiers payant zurückgefordert werden (Satz 2).

3. – Das Schiedsgericht begründete seinen Nichteintretensentscheid einerseits mit fehlendem Rechtsschutzinteresse. Es führte hiezu aus, dass ein Krankenversicherer zur Überprüfung der Berechnung der Vergütung und der Wirtschaftlichkeit der Leistung nur soweit berechtigt bzw. verpflichtet sei, als von ihm die Vergütung einer Leistung nach dem KVG verlangt werde oder er eine von ihm bereits vorgenommene Vergütung nach KVG zurückzufordern berechtigt sei. Der Antrag auf Edition von Personendaten stelle eine Leistungsklage (im Sinne von Art. 56 Abs. 2 KVG) vorbereitendes Rechtsbegehren dar, dessen Beurteilung aus prozessökonomischen Gründen mangels Rechtsschutzinteresses abgelehnt werden könne.

Nach Auffassung der Vorinstanz standen einem Eintreten auf das Begehren um Aktenherausgabe im Sinne von Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG andererseits auch datenschutzrechtliche Aspekte entgegen. Der Umstand, dass das Recht des Versicherers auf Einsicht in besonders schützenswerte Patientendaten (gemeint wohl: Daten im Sinne von Art. 3 lit. c Ziff. 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz [DSG], SR 235.1) hinfällig werden könne, weil der Leistungsanspruch (infolge Legalzession oder Verjährungseinrede gegenüber dem Rückforderungsanspruch) nicht mehr durchsetzbar sei, erfordere auch unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten zunächst die Einklagung des Leistungsanspruchs. Denn nur wenn die Vergütung im Streit liege, könne der Prozessgegner Einwendungen und Einreden vorbringen, welche gegebenenfalls die Einsicht in die besonders schützenswerten Patientendaten entbehrlich machen. Andernfalls bestehe die Gefahr, dass gestützt auf das Akteneinsichtsrecht nach Art. 42 KVG besonders schützenswerte Personendaten beschafft und zu einem vom gesetzlichen Auftrag des KVG nicht mehr gedeckten Zweck verwendet würden.

Zusammenfassend hielt das Schiedsgericht fest, dass kein rechtliches Interesse an der Beurteilung der Klage bestehe, weil das Recht der Krankenversicherer auf Einsicht in besonders schützenswerte Patientendaten kein selbstständig einklagbares, sondern ein zur Vergütungspflicht oder zum

Rückforderungsrecht akzessorisches sei. Die Klägerin sei gehalten, die ihrer Auffassung nach auf nicht korrekte Berechnung und Wirtschaftlichkeit hin überprüfbare Vergütung gemäss KVG vom Beklagten zurückzufordern.

4. – Zunächst gilt es zu beurteilen, ob die Vorinstanz unter dem Gesichtspunkt des mangelnden Rechtsschutzinteresses zu Recht nicht auf die Klage eingetreten ist.

Die in Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG statuierte Auskunftspflicht der Leistungserbringer beinhaltet keine verfahrensrechtliche, sondern eine materiellrechtliche Editionsspflicht. Der Leistungserbringer hat der Verwaltung des Versicherers im Hinblick auf die Überprüfung der Berechnung der Vergütung und der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die medizinische Dokumentation in geeigneter Form zukommen zu lassen (vgl. daneben die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Vertrauensärzten gemäss Art. 57 Abs. 6 KVG in Verbindung mit Art. 42 Abs. 5 KVG). Dabei richtet sich der Umfang der Auskunftspflicht danach, was der Schuldner für die Durchsetzung seiner Rechte (und der Pflicht zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG) als notwendig erachtet (*Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Rz 235 und Fn 523; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 77 f.). Für die Editionsspflicht des Leistungserbringers ist ohne Belang, ob im Sinne von Art. 56 Abs. 2 KVG der Schuldner die Leistung verweigern oder die Vergütung zurückfordern will. Sie stellt eine unabhängig von Art. 56 Abs. 2 KVG bestehende, eigenständige Verpflichtung dar. Das Rechtsschutzinteresse des Versicherten (im System des Tiers garant) bzw. des Versicherers (im System des Tiers payant) liegt darin, die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG überprüfen zu können (vgl. zur auf dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gründenden Pflicht des Krankenversicherers, eine Spitalbehandlung – mit Hilfe des Vertrauensarztes – laufend zu kontrollieren: BGE 127 V 43<sup>2</sup>; zum schutzwürdigen Interesse des Krankenversicherers an der Feststellung des Bestehens oder Fehlens von Spitalbedürftigkeit: Urteil Klinik X. vom 30. Mai 2001, K 91/00<sup>3</sup>). Das Recht von Versicherten und Versicherern auf Herausgabe aller notwendigen Angaben und Patientendaten durch den Leistungserbringer ist – entgegen der Auffassung der Vorinstanz – kein akzessorisch zur Verweigerung der Vergütung oder zur Geltendmachung des Rückforderungsrechts bestehender Anspruch, sondern kann gegebenenfalls vor Einleitung eines Wirtschaftlichkeitsverfahrens gerichtlich selbst-

<sup>2</sup> siehe Nr. KV 167 (2001) dieser Sammlung

<sup>3</sup> siehe Nr. KV 173 (2001) dieser Sammlung

ständig durchgesetzt werden. Der klare Wortlaut von Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG sieht die von der Vorinstanz getroffene Einschränkung nicht vor. Dementsprechend hält die im Nichteintretensentscheid angegebene Begründung fehlenden Rechtsschutzinteresses vor Bundesrecht nicht stand.

5. – Zu prüfen ist ferner, ob das Schiedsgericht zu Recht aus datenschutzrechtlichen Gründen auf die Klage nicht eingetreten ist.

a) Der Datenschutz richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG); die Artikel 12–15 des genannten Gesetzes sind dabei nicht anwendbar (Art. 84 KVG in der hier anwendbaren, bis Ende 2000 in Kraft gewesenen Fassung; vgl. auch die Neuregelung der Akteneinsicht in Art. 81 KVG, gültig ab 1. Januar 2001 [BB1 2000 255 ff.; AS 2000 2756]).

Gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. b DSG gilt dieses Gesetz für das Bearbeiten von Daten natürlicher Personen durch Bundesorgane. Krankenversicherer nehmen bei der Durchführung des KVG öffentliche Aufgaben des Bundes wahr und sind damit im Sinne von Art. 3 lit. h DSG Bundesorgane (BGE 125 II 321, 473, 123 II 536 Erw. 1a, 540 Erw. 3c). Organe des Bundes dürfen besonders schützenswerte Personendaten im Sinne von Art. 3 lit. c Ziff. 2 DSG bearbeiten, d. h. unter anderem beschaffen (Art. 3 lit. e DSG), wenn ein formelles Gesetz es ausdrücklich vorsieht (Art. 17 Abs. 2 DSG) oder wenn es ausnahmsweise für eine in einem formellen Gesetz klar umschriebene Aufgabe unentbehrlich ist (Art. 17 Abs. 2 lit. a DSG) oder die betroffene Person im Einzelfall eingewilligt oder ihre Daten allgemein zugänglich gemacht hat (Art. 17 Abs. 2 lit. c DSG).

b) Es steht fest und ist unbestritten, dass Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die Beschaffung von Patientendaten vom Leistungserbringer darstellt (Art. 17 Abs. 2 DSG). Was die im Weiteren vom Versicherten für den vorliegenden Fall erteilte, im angefochtenen Entscheid indessen nicht erwähnte Vollmacht vom 21. September 1999 anbelangt, sind sich die Parteien uneinig, ob diese im Sinne von Art. 17 Abs. 2 lit. c DSG hinreichend ist. Ebenso gehen ihre Auffassungen darüber auseinander, in welcher Form der Editionsanspruch des Krankenversicherers vollzogen werden muss. Dies wird indessen im Klageverfahren vor dem Schiedsgericht materiell zu entscheiden sein, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

c) Wird ein sozialversicherungsrechtliches Leistungsgesuch eingereicht und im Rahmen des entsprechenden Leistungsverfahrens um Akteneinsicht

ersucht, sind nach der Rechtsprechung die sozialversicherungsrechtlichen Behörden zur Beurteilung von Streitigkeiten über die Modalitäten der Akteneinsicht zuständig, nicht diejenigen nach DSG (Erw. 1a/aa des zur Publikation in BGE 127 V vorgesehenen Urteils B. vom 10. August 2001, I 78/01<sup>4</sup>; nicht veröffentlichtes Urteil M. vom 16. September 1999, C 418/98; vgl. auch BGE 123 II 536 Erw. 1b, bestätigt in der nicht publizierten Erw. 1 von BGE 125 II 321). Dies muss auch in einem Verfahren gemäss Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG gelten, wo der Krankenversicherer im Hinblick auf seine Leistungspflicht eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vornimmt.

Im vorliegenden Fall stützt sich die SWICA mit Recht auf das KVG und nicht auf das DSG; mit andern Worten macht sie primär keine datenschutzrechtlichen Ansprüche geltend (vgl. BGE 123 II 537 Erw. 2b). Der Editionsanspruch im Sinne von Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG im Hinblick auf die Vergütung an den Leistungserbringer steht denn auch im Zusammenhang mit der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen. Er liegt somit nicht ausserhalb von sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüchen und betrifft nicht ausschliesslich datenschutzrechtliche Belange (vgl. auch Erw. 1a/aa des zur Publikation in BGE 127 V vorgesehenen Urteils B. vom 10. August 2001, I 78/01<sup>5</sup>). Die Vorinstanz ist daher auch in diesem Punkt zu Unrecht auf die Klage nicht eingetreten.

---

<sup>4</sup> inzwischen veröffentlicht: BGE 127 V 219

<sup>5</sup> idem

# Abschliessender Charakter der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

KV 196 Urteil des EVG vom 5. November 2001 (K 157/00)

Die MiGeL enthält eine abschliessende Aufzählung der kassenpflichtigen Mittel und Gegenstände (Erw. 3b).

La LiMA contient une énumération exhaustive des moyens et appareils à la charge des caisses-maladie (cons. 3b).

L'EMAp è un elenco conclusivo dei mezzi e degli apparecchi coperti dalle casse malati.

## Aus den Erwägungen:

1. – Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten der Behandlung mit Flüssigsauerstoff während der Zeit vom 29. September 1998 bis 30. Juni 1999 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat.

2. – Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG). Als allgemeine Voraussetzung hält Art. 32 Abs. 1 KVG fest, dass die Leistungen nach den Art. 25–31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Gemäss Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 und 3 KVG erlässt das Departement eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif (Ziff. 2) sowie Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Ziff. 3). Das Departement hat gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 KVG die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT, Anhang 4 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) und gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL, Anhang 2 zur KLV) erlassen. Weitere diesbezügliche Normen finden sich in Art. 20–24 KLV (zur MiGeL) bzw. Art. 63 und 72–75 KVV sowie Art. 29 KLV (zur ALT). Arzneimittel sowie der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den in der entsprechenden Liste

festgesetzten Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen verrechnet werden (Art. 52 Abs. 3 erster Satz in Verbindung mit Abs. 1 KVG; Art. 24 Abs. 1 KLV).

3. – a) Auf der Grundlage der MiGeL ist die Sauerstofftherapie mit Flüssigsauerstoff erst seit dem 1. Juli 1999 Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Ziffer 14.24.06 MiGeL in der ab 1. Juli 1999 geltenden Fassung). Eine Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Tragung der entsprechenden Kosten unter dem Titel «Mittel und Gegenstände» scheidet demzufolge für den Zeitraum bis 30. Juni 1999 aus, falls die kassenpflichtigen Mittel und Gegenstände in der MiGeL zulässigerweise abschliessend aufgezählt werden.

b) aa) Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in Bezug auf ein Produkt, welches während des zu beurteilenden Zeitraums noch nicht in der MiGeL aufgeführt war, kurze Zeit danach aber in dieselbe Aufnahme fand, die Leistungspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers verneint und die Frage, ob die MiGeL eine abschliessende Aufzählung enthalte, bejaht (nicht publizierte Erw. 7 des Urteils BGE 125 V 435). Davon gehen auch die im vom Departement des Innern herausgegebenen Separatdruck «Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)» enthaltenen «Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des KVG sowie der KVV und der KLV» aus (Ziffer 2.3., zweiter Absatz). Ob die Rechtsgrundlage das Departement zur Erstellung einer abschliessenden Liste verpflichtet – was die Beschwerdeführer verneinen –, ist nicht entscheidend, da sich aus der Natur der MiGeL deren abschliessender Charakter ergibt. Weil nämlich die Mittel und Gegenstände höchstens zu dem Betrag vergütet werden, der in der Liste angegeben ist (Art. 24 Abs. 1 KLV), mit andern Worten die Pflicht zur Tragung der Kosten für Mittel und Gegenstände an einen Höchstpreis gebunden ist, scheidet naturgemäss eine Leistungspflicht für nicht in der Liste enthaltene Mittel und Gegenstände aus, da es an einer Preisangabe fehlen würde und der massgebende Höchstpreis auch nicht auf andere Weise, etwa durch den Beizug der Preise für bereits in der Liste enthaltene Mittel oder Gegenstände, bestimmt werden könnte: Kommen Mittel und Gegenstände auf den Markt, die günstiger als bisher in die Liste aufgenommene sind, so ginge es nicht an, einfach auf die höheren Preise abzustellen, weil damit das Gebot der Wirtschaftlichkeit verletzt würde. Sind andererseits neue Mittel und Gegenstände teurer, so wären die Preise für die bisherigen zu niedrig, um als Grundlage für die Festsetzung des Höchstpreises zu dienen. Deshalb müssen neue Mittel und Gegenstände, um Pflichtleistungen darzustellen, in die Liste aufgenommen sein, was wiederum bedeutet, dass die Liste abschliessend ist.

bb) Diese Auslegung, die der MiGeL einen abschliessenden Charakter zuerkennt, wird durch die Materialien bestätigt. Aus der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 93 ff.) und der parlamentarischen Debatte ergibt sich, dass, um im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung einheitliche Leistungen zu gewährleisten, ein abschliessender Leistungskatalog aufgestellt werden sollte; im Gesetz und in dessen Durchführungsbestimmungen nicht aufgeführte Leistungen sollten von der Grundversicherung nicht übernommen werden (BBl 1992 I 132, 151 und 161 f.; Amtl. Bull. 1992 S 1305, 1993 N 1726, 1824 und 1838). Dabei sollten – wie aus Protokollen der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit sowie der Expertenkommission Revision der Krankenversicherung hervorgeht – die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG erbrachten Leistungen unter dem Vorbehalt einer Negativliste grundsätzlich, die Leistungen anderer Leistungserbringer – zu diesen gehören auch die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände (Art. 35 Abs. 2 lit. g KVG) – hingegen nur im Rahmen von Positivkatalogen übernommen werden (S. 25 f. des Protokolls über die Sitzung der nationalrätlichen Kommission vom 23. August 1993; S. 67 des Protokolls über die Sitzung der Expertenkommission vom 2./3. April 1990; S. 69 ff. des Protokolls über die Sitzung der Expertenkommission vom 5./6. Juli 1990).

c) Es ist allerdings in Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG wie schon in Art. 44 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 des Entwurfs des Bundesrates (BBl 1992 I 272) hinsichtlich der MiGeL anders als in Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG (Art. 44 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 des Entwurfs) bezüglich der Analysenliste (AL; vgl. Art. 28 Abs. 1 KLV), in Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 KVG (Art. 44 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 des Entwurfs) in Bezug auf die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT; vgl. Art. 29 Abs. 1 KLV) und in Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG (Art. 44 Abs. 1 lit. b des Entwurfs) im Zusammenhang mit der Spezialitätenliste nicht von einer «Liste», sondern einfach von «Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen», die Rede. Deshalb fragt sich im Zusammenhang mit Art. 52 Abs. 1 KVG, ob nur die AL, die ALT und die Spezialitätenliste, nicht aber die MiGeL unter Beachtung des aus Art. 34 Abs. 1 KVG abgeleiteten «Listenprinzips» (vgl. BGE 125 V 29 Erw. 5b<sup>1</sup>; Plädoyer 1999 Nr. 5 S. 53 Erw. 3b/bb) eine abschliessende Aufzählung der verschiedenen Positionen enthalten sollten (so *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 45, 50 f. und 90 f.). Die Frage ist zu verneinen; die MiGeL enthält wie die anderen drei er-

<sup>1</sup> siehe Nr. KV 67 (1999) dieser Sammlung

wählten Listen eine abschliessende Aufzählung. Dass der Terminus «Liste» im Gesetzestext selbst anders als in den Erläuterungen des Bundesrates (BBl 1992 I 152 und 160) und in der KLV (Art. 20) nicht verwendet wird, ist nämlich – wie aus den Materialien hervorgeht – darauf zurückzuführen, dass man mit der Formulierung «Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen» (Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG) zum Ausdruck bringen wollte, dass nicht einzelne Produkte mit Preisen, sondern nur Kategorien von Produkten mit Höchstgrenzen aufgezählt werden sollten, wodurch den Leistungserbringern und Versicherten die freie Wahl zwischen den auf dem Markt befindlichen Fabrikaten überlassen und die Auswahl der wirtschaftlichsten unter ihnen begünstigt werden sollten (BBl 1992 I 187 f.; S. 44 des Protokolls über die Sitzung der Expertenkommission vom 2./3. April 1990; S. 101 ff. des Protokolls über die Sitzung der Expertenkommission vom 20./21. August 1990). Die MiGeL zählt demnach zwar nicht einzelne Produkte, wohl aber die Arten von Mitteln und Gegenständen abschliessend auf, sodass auch bezüglich des Inhalts dieser Liste von einem abschliessenden Charakter auszugehen ist (vgl. auch *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. Soziale Sicherheit, Rz 183, wonach die Positivlisten abschliessende Aufzählungen enthalten). Dass die Nichtverwendung des Ausdrucks «Liste» im Gesetz nicht bedeutet, dass eine in den Ausführungsbestimmungen aufgestellte Liste nicht abschliessend ist, wird im Übrigen durch die Rechtslage hinsichtlich der zahnärztlichen Behandlungen bestätigt. Auch diesbezüglich bezeichnet die Rechtsprechung die vom Departement in den Art. 17–19a KLV erstellte Aufzählung von Erkrankungen, welche einen Leistungsanspruch für zahnärztliche Behandlungen begründen, als abschliessend (BGE 125 V 282<sup>2</sup>, 124 V 353 Erw. 1b<sup>3</sup>), obwohl in den diesen Bestimmungen zugrunde liegenden Art. 31 Abs. 1 und 33 Abs. 2 und 5 KVG sowie Art. 33 lit. d KVV nicht von einer Liste die Rede ist.

c) Daraus, dass der MiGeL nach dem Gesagten abschliessender Charakter zukommt, folgt grundsätzlich, dass die Krankenversicherung bezüglich eines in der MiGeL in der bis 30. Juni 1999 geltenden Fassung nicht aufgeführten Sauerstoff-Flüssiggassystems für die Sauerstoff-Langzeittherapie nicht leistungspflichtig ist. Die Bejahung einer Leistungspflicht durch einen Analogieschluss aus der Kassenpflichtigkeit des Druckgas-Sauerstoff-Therapiegeräts (Ziff. 14.24.05 MiGeL) ist wegen des abschliessenden Cha-

<sup>2</sup> siehe Nr. KV 96 (1999) dieser Sammlung

<sup>3</sup> siehe Nr. KV 52 (1998) dieser Sammlung

racters der Liste (Listenprinzip) unzulässig, nachdem die Liste nicht selbst – etwa durch die Verwendung des Ausdrucks «usw.» – eine Ergänzung durch die rechtsanwendenden Behörden offen lässt (vgl. BGE 125 V 30 Erw. 6a<sup>4</sup>; *Maurer*, a.a.O., S. 51). Eine Leistungspflicht wäre nur dann zu bejahen, wenn die Überprüfung der Verfassungs- und Gesetzmässigkeit der MiGeL ergäbe, dass Flüssigsauerstoff im massgebenden Zeitraum zu Unrecht nicht in Anhang 2 (MiGeL) der vom Departement erlassenen KLV enthalten war.

aa) Nach der Rechtsprechung kann das Eidgenössische Versicherungsgericht Verordnungen des Departements wie Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich, von hier nicht in Betracht fallenden Ausnahmen abgesehen, auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüfen. Bei (unselbstständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation und gegebenenfalls zudem eine Delegation auf Verordnungsstufe stützen, beurteilt es in erster Linie, ob sie sich in den Grenzen der dem Departement eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Verordnungsgeber durch die Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung beschränken, ob die umstrittenen Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der delegierten Kompetenzen herausfallen oder aus anderen Gründen gesetz- oder verfassungswidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desjenigen des Verordnungsgebers setzen und hat auch nicht die Zweckmässigkeit der Regelung zu untersuchen. Die vom Verordnungsgeber erlassene Regelung verstösst allerdings dann gegen das in Art. 9 BV verankerte Willkürverbot, wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen lässt oder sinn- oder zwecklos ist, bzw. gegen das in Art. 8 Abs. 1 BV festgeschriebene Gebot der rechtsgleichen Behandlung, wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt, oder Unterscheidungen unterlässt, die richtigerweise hätten berücksichtigt werden sollen (BGE 127 V 7 Erw. 5a, 126 V 71 Erw. 4a, 125 V 30 Erw. 6a<sup>5</sup>, 124 V 194 Erw. 5a<sup>6</sup>, 349 Erw. 4<sup>7</sup>; RKUV 1999 Nr. KV 94 S. 501 Erw. 3a; spezifisch zur Anwendbarkeit dieser Delegationsrechtsprechung auf die MiGeL RKUV 2000 Nr. KV 118 S. 153 Erw. 2b; zum Willkürverbot und zur Rechtsgleichheit im Besonderen BGE 124 I 299 Erw. 3b, Urteil B. vom 15. Januar 2001, I 267/00, Erw. 5, Urteil «Ordre des avocats neuchâtelois» vom 15. Juni 2000, 1P.28/2000, Erw. 4a, und nicht veröffentlichtes Urteil G. vom 30. Oktober 2000, 2P.323/1999).

<sup>4</sup> siehe Nr. KV 67 (1999) dieser Sammlung

<sup>5</sup> siehe Nr. KV 67 (1999) dieser Sammlung

<sup>6</sup> siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

<sup>7</sup> siehe Nr. KV 55 (1998) dieser Sammlung

bb) Bei der Überprüfung der Bestandteile der KLV bildenden MiGeL ist zum einen zu beachten, dass es sich bei der KLV um eine departementale Verordnung handelt, deren Änderung und fortlaufende Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis einfach sind. Zum andern ist zu berücksichtigen, dass der Aufzählung der Mittel und Gegenstände in der MiGeL eine Konsultation der Eidgenössischen Kommission für Mittel und Gegenstände zugrunde liegt, in der die Ärzteschaft, die Hersteller und Vertreiber von Mitteln und Gegenständen, die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände unter Einschluss der Apothekerschaft, die Kranken- und Unfallversicherer, die Versicherten sowie das Bundesamt für Gesundheit vertreten sind (Art. 37g KVV). Eine richterliche Ergänzung der Liste würde eine vorgängige Anhörung von Experten voraussetzen, was geraume Zeit in Anspruch nähme und überdies den Nachteil hätte, dass die Liste nicht auf einheitlicher fachmännischer Beurteilung, die durch die erwähnte Kommission besser gewährleistet ist, beruhen würde. Aus diesen Gründen hat sich das Eidgenössische Versicherungsgericht bei der Beantwortung der Frage, ob ein Gegenstand bzw. ein Mittel in der MiGeL zu Unrecht nicht aufgeführt ist, grösste Zurückhaltung aufzuerlegen (vgl. BGE 125 V 30 Erw. 6a<sup>8</sup>, 283 Erw. 8<sup>9</sup>, 124 V 195 Erw. 6<sup>10</sup>, 350<sup>11</sup>; SVR 2000 KV Nr. 39 S. 122 Erw. 2d; Plädoyer 1999 Nr. 5 S. 54 Erw. 3b/cc).

c) Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Nichtaufnahme des Sauerstoff-Flüssiggassystems für die Sauerstoff-Langzeittherapie in die MiGeL in der bis 30. Juni 1999 geltenden Fassung die Delegationsnormen (Erw. 2 hievor) verletzen sollte. Denn diese machen ausser dem in Art. 52 Abs. 1 KVG enthaltenen Hinweis auf die Erfordernisse der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 Abs. 1 KVG) sowie der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG), zu deren einheitlicher Beurteilung die Eidgenössische Kommission für Mittel und Gegenstände besser geeignet ist, als das Eidgenössische Versicherungsgericht (Erw. 3c/bb hievor), keine näheren Angaben zum Inhalt dieser Liste. Auch eine Verletzung des Gleichbehandlungs- oder des Willkürverbotes ist nicht auszumachen. Die Unterscheidung zwischen Druckgas-Sauerstoff-Therapiegeräten, wie sie schon in der damaligen MiGeL aufgeführt waren (Ziff. 14.24.05), auf der einen und einem Sauerstoff-Flüssiggassystem, wie es erst mit Wirkung ab 1. Juli 1999 in die MiGeL aufgenommen wurde (Ziff. 14.24.06), auf der anderen Seite beruht nämlich auf dem Kriterium der Mobilität – die sich auf das

---

<sup>8</sup> siehe Nr. KV 67 (1999) dieser Sammlung

<sup>9</sup> siehe Nr. KV 96 (1998) dieser Sammlung

<sup>10</sup> siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

<sup>11</sup> siehe Nr. KV 55 (1998) dieser Sammlung

Sauerstoff-Flüssiggassystem beziehende Ziff. 14.24.06 der seit 1. Juli 1999 geltenden Fassung der MiGeL setzt im Zusammenhang mit dem Sauerstoff-Flüssiggassystem einen regelmässigen täglichen Aufenthalt ausserhalb der Wohnung von mehreren Stunden voraus – (vgl. auch Ziff. 14, «Sauerstofftherapie», der im vom Departement des Innern herausgegebenen Separatdruck «Mittel- und Gegenstände-Liste [MiGeL]» [Stand 1. Januar 2000] enthaltenen «Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des KVG sowie der KVV und der KLV» [S. 16 f.]), welches nicht als unvernünftig oder nicht ernsthaft bezeichnet werden kann und die Regelung nicht sinn- oder zwecklos erscheinen lässt (vgl. Erw. 3c/aa hievor). Da nach dem Gesagten in der früheren Nichtaufnahme des Sauerstoff-Flüssiggassystems in die MiGeL keine Gesetz- oder Verfassungswidrigkeit liegt, trifft die Krankenversicherung diesbezüglich für die Zeit vor dem 1. Juli 1999 keine Leistungspflicht.

# Hospitalisation en division privée ou demi-privée: contribution du canton

KV 197 Arrêt du TFA du 30 novembre 2001 (K 178/00)

Une personne hospitalisée en division privée ou semi-privée d'un hôpital public du canton où elle réside – ou, pour elle, son assureur-maladie – peut exiger de ce canton la prise en charge de la part des coûts imputables dans la division commune de cet hôpital qui lui incombent.

Eine in der privaten oder halbprivaten Abteilung eines öffentlichen Spitals des Wohnkantons hospitalisierte Person – oder, an ihrer Stelle, ihr Krankenversicherer – hat gegenüber diesem Kanton Anspruch auf den Anteil der in der allgemeinen Abteilung dieses Spitals zu Lasten des Kantons gehenden anrechenbaren Kosten.

Una persona spedalizzata nel reparto privato o semiprivato di un ospedale pubblico del Cantone in cui risiede – o, per essa, il suo assicuratore malattia – può dal Cantone in questione pretendere la parte dei costi messe a carico del Cantone medesimo nel reparto comune di quell'ospedale.

## I.

A. – A. a été hospitalisée à l'Hôpital cantonal de Genève du 5 au 14 janvier 1998, en division privée. Il en est résulté une facture de 10 695 fr. 70 que l'hôpital a envoyée le 28 janvier 1998 à la caisse-maladie Assura, assureur-maladie de la patiente, laquelle l'a prise intégralement en charge.

Le 11 mars 1999, Assura a écrit au Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève (ci-après: DASS) pour lui communiquer la facture précitée et l'inviter à lui faire parvenir, «en conformité de l'avis exprimé par le TFA», la participation financière du canton aux frais d'hospitalisation de l'assurée. La caisse fondait sa demande sur la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances d'après laquelle l'obligation du canton de résidence de payer la différence de coûts existe en principe également lorsqu'un assuré qui, pour des raisons médicales, recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, séjourne dans la division privée ou mi-privée de cet établissement.

Cette demande a été rejetée par le DASS, d'abord de manière informelle en date du 18 mars 1999, puis le 29 avril 1999 par décision formelle, contre laquelle Assura a formé opposition que la même autorité a rejetée par décision du 23 septembre 1999.

B. – Saisi par Assura d'un recours contre cette dernière décision, le Tribunal administratif de la République et canton de Genève, statuant en qualité de tribunal cantonal des assurances, l'a admis et, par jugement du 14 septembre 2000, il a condamné le DASS «à participer financièrement, au minimum à hauteur de 50 % du coût imputable de la division commune, au séjour de Madame A. en division privée de l'HUG», sans frais ni dépens.

C. – Le DASS interjette recours de droit administratif contre ce jugement qu'il demande au Tribunal fédéral des assurances d'annuler, le tribunal étant invité à dire que le DASS n'est pas tenu de participer financièrement aux frais d'hospitalisation de Madame A. en division privée des HUG, sous suite de frais et dépens.

Assura conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation du jugement attaqué. L'assurée ne s'est pas déterminée. Au terme d'un préavis circonstancié, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) propose de rejeter le recours.

Les moyens des parties seront, pour autant que de besoin, exposés et discutés dans les considérants qui suivent.

## II.

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

1. – a) Dans l'arrêt ATF 123 V 290<sup>1</sup> sur lequel Assura fonde sa prétention à l'encontre du recourant, le Tribunal fédéral des assurances a examiné de manière approfondie sa compétence *ratione materiae* pour connaître d'un litige entre un canton et une caisse-maladie au sujet de l'interprétation, dans un cas d'espèce, de l'art. 41 al. 3 LAMal. Il est parvenu à la conclusion qu'un litige de cette nature tombait sous le coup de l'art. 128 OJ, de sorte que la voie du recours de droit administratif devant le Tribunal fédéral des assurances était bien celle que devait suivre, en l'occurrence, le canton recourant (*loc. cit.*, consid. 3, p. 296 ss).

En l'espèce, c'est l'interprétation de l'art. 49 al. 1 LAMal et plus particulièrement de sa deuxième phrase qui divise les parties. Aux termes de cette disposition:

«Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, 1<sup>er</sup> al.), les parties à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division com-

<sup>1</sup> voir n° KV 20 (1998) de ce recueil

mune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les coûts imputables sont établis lors de la conclusion de la convention. La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte».

Peut-on déduire de cette réglementation le droit d'un assuré hospitalisé dans la division privée ou semi-privée d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics de son canton de résidence à une participation financière de ce canton, d'un même montant que celle qui serait à la charge du canton si l'assuré avait séjourné dans la division commune de cet hôpital? C'est ce que soutient la caisse intimée et ce que conteste le recourant. Cette problématique présente suffisamment d'analogie avec celle qui se présentait dans l'arrêt précité. Il faut donc admettre, par identité de motifs, la compétence du Tribunal fédéral des assurances pour connaître du recours formé par le DASS contre le jugement du Tribunal administratif du canton de Genève.

b) Mutatis mutandis le même raisonnement s'applique à la qualité pour agir de l'intimée qui a intégralement pris en charge la facture de l'hôpital cantonal du 28 janvier 1998 pour les soins donnés à l'assurée (ATF 123 V 298 consid. 4<sup>2</sup>).

Partant, le recours est recevable.

c) Se fondant notamment sur l'art. 86 LAMal, la juridiction cantonale s'est déclarée compétente pour se prononcer sur le recours formé par Assura contre la décision sur opposition du DASS. En réalité, ce ne sont pas les règles de compétence résultant des art. 80, 85 ou 86 LAMal – soit des règles de droit fédéral – qui sont applicables en l'occurrence, mais exclusivement le droit de procédure cantonal. Cela n'a toutefois pas d'incidence sur la compétence du Tribunal fédéral des assurances d'entrer en matière sur un recours contre un jugement fondé sur le droit de procédure cantonal lorsque, comme en l'espèce, l'objet du litige au fond concerne le droit fédéral des assurances sociales (ATF 126 V 143).

2. – Le jugement attaqué n'ayant pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (ATF 123 V 297 consid. 3b/aa<sup>3</sup> in fine), le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les premiers juges ont violé le droit fédéral, y compris par l'excès ou par l'abus de leur pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou s'ils ont été établis au mépris de

---

<sup>2</sup> voir n° KV 20 (1998) de ce recueil

<sup>3</sup> idem

règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ).

3. – Après avoir retracé en détail les suites politiques données à l'arrêt ATF 123 V 290<sup>4</sup>, ainsi que les controverses auxquelles cet arrêt a donné lieu entre les caisses-maladie et les cantons, et constaté que cet arrêt «a laissé indécise la question de la participation financière cantonale aux hospitalisations intracantonales», la juridiction cantonale s'est attachée à l'interprétation de l'art. 49 al. 1 LAMal.

Elle a considéré, en particulier, que ni ce texte ni l'art. 39 LAMal ne comportent de distinctions entre la division commune et les divisions privée ou mi-privée des hôpitaux publics, de sorte qu'aucun argument de texte ne permet d'affirmer que les cantons n'auraient pas à financer le traitement hospitalier des maladies aiguës dans les divisions privée ou mi-privée des hôpitaux publics.

S'appuyant sur le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 et sur divers commentaires émanant de fonctionnaires de l'OFAS, ainsi que sur l'art. 41 al. 1 let. a et b et al. 2 Cst., les juges cantonaux sont d'avis qu'il convient de «garantir le même niveau de participation de l'Etat à tous les séjours médicalement nécessaires dans les différentes divisions servant au traitement hospitalier des hôpitaux publics ou subventionnés». En conséquence, l'art. 49 al. 1 LAMal s'applique également lors d'une hospitalisation en division privée d'un hôpital public ou subventionné, indépendamment du point de savoir si l'assuré dispose d'une assurance complémentaire pour cette éventualité. Ce n'est donc ni à l'assuré, ni, le cas échéant, à son assureur, de prendre en charge «l'équivalent de la contribution publique pour les séjours en division commune» car cela reviendrait à «limiter le devoir de participation du canton aux seuls séjours en division commune», manière de faire qui restreindrait la division commune «à un lieu géographique», ce qui ne correspond pas à l'approche fonctionnelle voulue par la LAMal. Il en résulte que le DASS doit «participer à l'hospitalisation en division privée de dame A. et donc verser à Assura la part découlant de cette obligation», à savoir au minimum 50% des coûts imputables à une hospitalisation en division commune et remboursée par l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal.

4. – Par un premier moyen, le recourant soutient que la règle de base qu'exprime l'art. 49 al. 1 LAMal ne s'applique ni aux hôpitaux privés, «ni aux patients qui séjournent dans les hôpitaux publics ailleurs que dans la di-

<sup>4</sup> voir n° KV 20 (1998) de ce recueil

vision commune». Il se réfère, en particulier, au «sens commun» et à la notion de division commune «telle qu'elle est vécue tous les jours par la population», à savoir l'obligation «de partager sa chambre avec plusieurs autres patients et de se faire soigner par le médecin de service».

a) Pas plus que sous l'empire de la LAMA du 13 juin 1911 (art. 19<sup>bis</sup> qui employait, dans la version française, le terme de «salle commune»), la LAMal ne définit ce qu'il faut entendre par «division commune». C'est pourquoi, la jurisprudence s'est attachée à l'interprétation de cette notion qui joue un rôle de premier plan dans la détermination des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins, lesquelles comprennent notamment «le séjour en division commune d'un hôpital» (art. 25 al. 2 let. e LAMal).

Cette interprétation jurisprudentielle repose sur une conception dite «fonctionnelle» de la division commune d'un établissement hospitalier. Elle est explicitée en détail au consid. 6b de l'arrêt ATF 123 V 290<sup>5</sup>, auquel soit renvoi (loc. cit. p. 302 ss). Contrairement à ce que paraît soutenir le recourant, elle s'applique d'une manière générale à tous les cas où la loi use de cette expression et c'est donc également d'après elle qu'il convient d'interpréter l'art. 49 al. 1 LAMal.

A cet égard, il est constant que la LAMal régit uniquement, au titre deuxième, l'assurance obligatoire des soins (appelée parfois, improprement, «assurance de base», par référence implicite à l'ancien droit). En conséquence, les forfaits dont il est question dans la première phrase de l'art. 49 al. 1 LAMal ne s'appliquent qu'au traitement hospitalier rétribué selon le tarif de la division commune de l'hôpital. Cela n'est pas contesté.

b) Cette disposition légale s'inscrit dans le dispositif de protection tarifaire des assurés instauré par la législation entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996 (art. 44 al. 1 LAMal) qui a pour effet que le fournisseur de prestations ne peut pas facturer à l'assuré davantage que le montant dû par la caisse-maladie selon le tarif (ATF 126 III 38 consid. 2a). L'art. 49 al. 1 de la loi est issu de l'art. 42 du projet du Conseil fédéral, du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 257), lui-même repris de l'art. 33 du projet de la commission d'experts, du 2 novembre 1990. Ce dernier s'inspirait, sur plusieurs points, de la réglementation prévue à l'art. 22<sup>quinquies</sup> LAMA, dans la version révisée par la loi du 20 mars 1987 (FF 1987 I 982), rejetée en votation populaire le 6 décembre de la même année (FF 1988 I 541).

Le litige ne porte donc pas sur le tarif applicable au traitement hospitalier d'une personne qui séjourne dans la division privée d'un hôpital public

---

<sup>5</sup> voir n° KV 20 (1998) de ce recueil

ou subventionné par les pouvoirs publics – puisque les prestations de l'assurance obligatoire ne comprennent que le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal) – mais sur le point de savoir si un habitant du canton où s'appliquent les forfaits conventionnels prévus à l'art. 49 al. 1 LAMal – ou, en l'absence de convention, le tarif fixé par le gouvernement cantonal en application de l'art. 47 al. 1 LAMal – peut faire valoir à l'encontre de ce canton les mêmes droits qu'une personne qui séjourne dans la division commune, en particulier la limitation des forfaits à 50 pour cent au maximum des coûts imputables dans cette division. A cet égard, peu importe si l'habitant du canton est au bénéfice d'une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal.

Le recourant le conteste, en soutenant que seul peut bénéficier de cette protection tarifaire l'assuré qui séjourne effectivement dans la division commune d'un hôpital public ou subventionné.

Ce point de vue méconnaît toutefois la notion de «division commune» qui se dégage de la jurisprudence susmentionnée et qui s'applique à toute hospitalisation d'une personne affiliée à l'assurance obligatoire qui séjourne dans un établissement répondant à la définition et aux conditions énoncées dans la loi (art. 39 al. 1 LAMal). En effet, l'assuré qui choisit de séjourner en division privée ne renonce pas ipso facto aux droits que lui confère la réglementation légale de l'assurance obligatoire des soins, qu'il soit ou non au bénéfice d'une assurance complémentaire. En tout état de cause, les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire s'acquittent aussi des primes à l'assurance obligatoire. Qu'il doive s'acquitter d'un prix plus élevé que s'il séjournait en division commune ne prive pas l'assuré du droit de connaître la manière dont l'hôpital calcule ce prix par rapport à celui qu'il encaisserait si l'hospitalisation avait lieu en division commune. Cela résulte en particulier de l'art. 42 al. 3 LAMal qui dispose que le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. En outre, comme le précise l'art. 59 al. 3 OAMal, les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être clairement distinguées des autres prestations dans les factures. Or, chaque assuré bénéficie de ces règles, quelle que soit la division de l'établissement où il séjourne en cas de traitement hospitalier. Les mêmes règles s'appliquent en faveur de l'assureur dans le régime du tiers payant (art. 42 al. 2 LAMal).

C'est dès lors dans ce cadre – celui de la protection tarifaire des assurés et de l'exigence de transparence qui résulte aussi du texte de l'art. 49 al. 1

LAMal lui-même (cf. à ce propos la décision du Conseil fédéral publiée in RAMA 1997 n° KV 16 p. 362 consid. 8.5) – que doit être examiné, en l'espèce, le droit de l'assurée (ou, pour elle, de la caisse intimée) à une «participation financière» du recourant, comme l'énonce le dispositif du jugement attaqué, durant son séjour à l'Hôpital cantonal de Genève du 5 au 14 janvier 1998.

c) Il n'est pas non plus possible d'affirmer, comme le fait le recourant, qu'en édictant la norme qui figure à l'art. 49 al. 1 LAMal, le législateur fédéral entendait d'emblée exclure du bénéfice de cette règle les assurés qui choisissent de séjourner dans la division privée d'un hôpital public. En réalité, cette disposition légale doit se comprendre de manière inverse, c'est-à-dire qu'elle délimite l'étendue du droit qu'un assuré peut faire valoir à l'égard de l'assurance obligatoire des soins lorsqu'il séjourne dans un hôpital public ou subventionné, indépendamment de la division qu'il choisit (ATF 125 V 105 consid. 3e<sup>6</sup>). En d'autres termes, qu'il dispose ou non d'une assurance complémentaire, l'assuré a toujours droit à un montant équivalent à celui que l'assureur devrait payer à l'hôpital en cas de séjour dans la division commune.

Au demeurant, un exemple tiré de la pratique genevoise illustre parfaitement ce principe: dans ce canton, en effet, la législation sur les prélèvements et les transplantations d'organes et de tissus concentre les transplantations en division commune de l'Hôpital cantonal, également lorsque l'opération se fait sur un patient hospitalisé en division privée. Ce dernier bénéficie alors de la même protection tarifaire à l'égard des médecins que le malade hospitalisé en division commune. Le Tribunal fédéral a considéré que cette pratique n'engendrait aucune discrimination entre les patients des divisions privées et ceux qui séjournent dans les divisions communes (ATF 123 I 142 consid. 10c à e; v. aussi l'art. 15 du règlement fixant le tarif-cadre des prestations fournies par les hôpitaux universitaires de Genève aux assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie en cas d'hospitalisation en division commune, du 18 décembre 1995 [RS GE J 3 05.04]). Cela démontre par un exemple concret que seule la conception fonctionnelle de la division commune développée par la jurisprudence, c'est-à-dire celle d'une entité tarifaire et non d'une localisation physique à l'intérieur de l'établissement hospitalier, correspond au sens de la loi. Tel est, du reste, également l'avis du Conseil fédéral dans sa jurisprudence relative à la fixation du tarif pour la division commune d'une clinique privée (RAMA 1999 n° KV 83 p. 352 consid. 3.3; cf. aussi *Eugster*, *Krankenversicherung*, p. 126 n. 245).

---

<sup>6</sup> voir n° KV 77 (1999) de ce recueil

5. – Le recourant reproche ensuite aux juges cantonaux une «erreur fondamentale» qui réside, d'après lui, en ce que le jugement attaqué «met sur un même pied les obligations que la LAMal impose aux assureurs et la participation des cantons au financement de leurs hôpitaux», alors même que la loi ne consacre nullement un tel parallélisme. Cet argument se heurte pourtant au texte clair de l'art. 49 al. 1 LAMal qui a précisément pour but d'instaurer un financement dual des coûts imputables dans la division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Dès lors, si tout assuré qui séjourne en division privée d'un tel établissement est en droit, comme on l'a vu, de recevoir de son assureur-maladie l'équivalent du forfait que celui-ci aurait dû acquitter s'il avait été hospitalisé en division commune, ce forfait doit être calculé selon la règle prévue à l'art. 49 al. 1 LAMal. Or, le texte légal spécifie que, pour les habitants du canton, un tel forfait couvre au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 % des coûts imputables dans la division commune. C'est pourquoi, logiquement, le canton doit supporter dans tous les cas l'autre partie de ces coûts imputables, soit 50 % au minimum, sans égard à la division de l'hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics où séjourne l'assuré.

Seule cette manière de faire répond à l'exigence d'égalité de traitement (art. 8 Cst.) entre les assurés soumis à l'obligation d'assurance en vertu de l'art. 3 LAMal et qui remplissent, en outre, la condition d'habiter le canton où se situe l'établissement hospitalier, comme le prévoit la loi.

A cet égard, les considérations d'ordre financier relatives au taux de couverture des coûts imputables, sur lesquelles se fonde en majeure partie l'argumentation du recourant, sont étrangères à la cause. Elles sont d'autant moins convaincantes que tout assuré est, en principe, libre de choisir la division dans laquelle il entend être hospitalisé et qu'on ne voit dès lors pas ce qui autoriserait un canton à lui refuser la prise en charge des coûts imputables en fonction de ce choix. Cela reviendrait, en effet, à discriminer sans raison objective le patient qui accepte de supporter la différence de prix – souvent considérable – facturée pour un séjour en division privée, en l'obligeant, de surcroît, à renoncer à la part de frais que le canton aurait l'obligation de supporter s'il séjournait en division commune.

Une telle manière de raisonner est d'autant moins soutenable en l'occurrence que dans le canton de Genève, la relation qui s'instaure entre l'hôpital cantonal et le patient hospitalisé en division privée se fonde, en principe, sur un rapport de droit public (cf. à ce propos l'arrêt ATF 122 III 103 consid. 2). C'est ainsi que des règles particulières s'appliquent aux activités et à la rétribution des médecins qui sont autorisés à soigner des ma-

lades hospitalisés en 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> classe (clientèle privée) tout en ayant l'obligation de prendre soin de tous les patients de manière égale, quelle que soit leur classe d'hospitalisation (VSI 1998 p. 237 consid. 5 non reproduit aux ATF 124 V 97). Selon la jurisprudence, lorsqu'ils traitent des patients privés hospitalisés en chambres privées des hôpitaux publics, les médecins genevois exercent une activité lucrative dépendante. A l'égard du patient, l'hôpital n'est pas un simple intermédiaire, chargé seulement de l'encaissement. Avec une facture établie à son entête, il fait valoir des prétentions propres pour lesquelles il se présente comme créancier (ATF 124 V 98 consid. 6). C'est d'ailleurs ce qui s'est produit en l'espèce, la facture de l'hôpital cantonal adressée à la caisse-maladie intimée pour le compte de l'assurée incluant les honoraires des trois médecins qui ont traité cette dernière.

6. – Les autres arguments invoqués par le recourant ne sont guère plus convaincants, à mesure qu'ils excèdent largement le cadre du problème soumis au juge dans le présent cas. En particulier, il n'appartient pas au Tribunal fédéral des assurances de se prononcer sur la constitutionnalité de l'art. 49 al. 1 LAMal, au regard notamment des art. 3 et 117 Cst. Le tribunal est en effet tenu d'appliquer la loi (art. 191 Cst.)

De même, c'est de manière erronée que le recourant soutient qu'il est difficile, voire impossible de calculer le montant de la participation financière mise à sa charge en l'espèce. S'il est vrai que la notion de «coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics» au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal a donné lieu à des débats nourris lors des travaux préparatoires de la loi et que le Conseil fédéral lui-même reconnaît, dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la LAMal, que la mise en œuvre de la méthode uniforme préconisée par l'art. 49 al. 6 de la loi pour calculer les coûts en question s'est révélée d'autant plus compliquée que des différences entre les trois versions linguistiques de cette disposition en rendent l'interprétation difficile (FF 2001 744 ad art. 49 al. 7; cf. aussi la décision du Conseil fédéral publiée in RAMA 1997 n° KV 16 p. 343 ss, ainsi que *Vincent Koch*, Les différents types de forfaits appliqués dans les hôpitaux de soins aigus, in: Sécurité sociale 2001 p. 63 ss), il n'en demeure pas moins qu'un canton ne saurait se soustraire à son obligation légale de déterminer le plus précisément possible ces coûts imputables. En conséquence, le recourant doit être en mesure de calculer la part des coûts imputables de la division commune qui serait restée à sa charge si l'assurée avait séjourné pour la même durée et pour y recevoir les mêmes soins, en division commune de l'hôpital cantonal. Cela doit nécessairement se traduire par un montant chiffré et

c'est cette somme qui devra être déduite de la facture adressée par l'hôpital à la caisse intimée.

7. – Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle infondé et doit être rejeté en toutes ses conclusions, comme le propose d'ailleurs l'autorité fédérale de surveillance dont l'avis revêt un poids particulier dans ce contexte, compte tenu de la portée de principe du présent arrêt.

# Gegenstand der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons

KV 198 Urteil des EVG vom 10. Dezember 2001 (K 81/98)

Unter den Begriff Dienste im Sinne des Art. 41 Abs. 3 Satz 1 KVG fallen grundsätzlich alle im betreffenden ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital erbrachten Leistungen, ungeachtet der Form der Behandlung (stationär, teilstationär, ambulant), einschliesslich eines allfälligen Aufenthalts, für welche als Folge der Kostenbeteiligung des zuständigen Gemeinwesens (Art. 49 Abs. 1, 2 und 5 KVG) nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarife bestehen (Erw. 3).

La notion de services au sens de l'art. 41, al. 3, première phrase, LAMal recouvre en principe toutes les prestations fournies par l'hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics concerné, situé hors du canton de résidence, indépendamment de la forme du traitement (hospitalier, semi-hospitalier ou ambulatoire), y compris un éventuel séjour, pour lequel il existe, en raison de la participation financière de la collectivité publique compétente (art. 49, al. 1, 2 et 5, LAMal), des tarifs différenciés selon l'appartenance cantonale du patient (cons. 3).

Nella nozione di servizi ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 prima frase LAMal rientrano di massima tutte le prestazioni fornite dall'ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato fuori dal Cantone di domicilio, sia per le cure ospedaliere che per quelle semiospedaliere o per quelle prestate ambulatoriamente, compresa un'eventuale degenza, per le quali, in conseguenza della partecipazione ai costi da parte dell'ente pubblico competente (art. 49 cpv. 1, 2 e 5 LAMal), sussistono tariffe differenti secondo che l'assicurato abiti o non abiti nel Cantone (consid. 3).

## I.

A. – Die im Kanton Solothurn wohnhafte H. wurde am 30. Januar 1996 im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad wegen Atembeschwerden behandelt. Die Krankenkasse KPT, bei welcher sie obligatorisch krankpflegeversichert war, übernahm die nach dem Tarif für ausserkantonale Patienten (Taxpunktwert für medizinische Leistungen: Fr. 4.95) bemessenen Kosten von Fr. 332.–. Mit der Begründung, ihr Mitglied habe notfallmässig behandelt werden müssen und bei der Rheumaklinik handle es sich um ein öffentlich subventioniertes Spital, ersuchte die KPT am 4. April 1996 den kantonsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes des Kantons Solothurn um Rückerstattung der Differenz zwischen den fak-

turierten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Wallis (Taxpunktwert für medizinische Leistungen: Fr. 3.72) in der Höhe von Fr. 73.80. Nach abschlägigem Bescheid erliess das Departement des Innern auf Ersuchen der KPT am 29. August 1996 eine Verfügung, womit es das «Beitragsgesuch (...) betreffend ausserkantonaler ambulanter Spitalbehandlung» ablehnte.

B. – Die KPT reichte entsprechend der Rechtsmittelbelehrung in der Verfügung beim Solothurnischen Verwaltungsgericht Beschwerde ein und beantragte, der Kanton sei zu verpflichten, ihr den Betrag von Fr. 73.80 zu bezahlen. Nach Vernehmlassung des Departementes und Stellungnahme des Krankenversicherers trat das Verwaltungsgericht am 11. März 1997 mangels sachlicher Zuständigkeit auf das Rechtsmittel nicht ein und überwies die Sache zur materiellen Behandlung an das kantonale Versicherungsgericht. Dieses hiess, nachdem die Parteien auf Weiterungen verzichtet hatten, mit Entscheid vom 6. April 1998 die Beschwerde gut, hob die Verfügung des Departementes vom 29. August 1996 auf und wies den Kanton Solothurn an, der Krankenkasse KPT den Differenzbetrag von Fr. 73.80 zu vergüten.

C. – Der Kanton Solothurn, vertreten durch das Departement des Innern, führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei der Entscheid vom 6. April 1998 aufzuheben.

Während die KPT auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliesst, beantragt das Bundesamt für Sozialversicherung deren Gutheissung. Die als Mitinteressierte beigelegene H. hat unter Hinweis auf den angefochtenen Entscheid auf eine Stellungnahme verzichtet.

## II.

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

1. – Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist zuständig zur Beurteilung der hier streitigen Frage, ob die notfallmässige Behandlung der im Kanton Solothurn wohnhaften H. im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad am 30. Januar 1996 unter Art. 41 Abs. 3 KVG fällt und demzufolge der Wohnkanton die Differenz zwischen den fakturierten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Wallis zu übernehmen hat (BGE 123 V 298 Erw. 3c<sup>1</sup>, 315 Erw. 3a<sup>2</sup>).

<sup>1</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>2</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten (vgl. zur Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens auf kantonaler Ebene BGE 123 V 300 Erw. 5<sup>3</sup>).

2. – a) Gemäss Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Abs. 1). Diese Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden (Abs. 2 lit. a) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Abs. 2 lit. e).

Als Spital gelten Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG). Ihre Zulassung als Leistungserbringer und damit zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 lit. h KVG) setzt u. a. voraus, dass sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d und e). Diesen Zulassungserfordernissen, insbesondere der Planungspflicht, nicht unterworfen sind Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen (Art. 39 Abs. 2 KVG)

b) Die Vergütung der Leistungen nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Diese werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 erster Satz KVG). Leitschnur für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 erster Satz KVG).

Für Tarifverträge mit Spitälern im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG im Besonderen hat das Gesetz in Art. 49 KVG eine Spezialregelung getroffen. Danach vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt. Diese decken für Kantoneinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich sub-

---

<sup>3</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

ventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung (Abs. 1 erster und zweiter Satz). Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Für diese Leistungen dürfen sie für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigen (Abs. 2). Die durch die Vergütung nicht gedeckten «anrechenbaren Kosten (...)» sowie die nicht anrechenbaren Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung (Abs. 1 vierter Satz) gehen zu Lasten der öffentlichen Hand oder des subventionierenden Gemeinwesens (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 127, 169 und 183 f.; *Eugster*, Krankenversicherungsrecht, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 157 ff. Rz 303 ff.). Im Weiteren vereinbaren die Vertragspartner die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt (Abs. 5).

c) aa) Die Begriffe ambulant, teilstationär und stationär werden im Gesetz nicht näher umschrieben, ebenso nicht in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Die Rechtsprechung zum alten Recht (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 und 2 KUVG) bezeichnete als ambulante Behandlung die Krankenpflege, die zu Hause beim Versicherten oder in den Praxisräumen des Arztes vorgenommen werden kann. Wurde die medizinische Massnahme in einer Heilanstalt durchgeführt, galt sie als ambulante Behandlung, wenn der Versicherte noch am gleichen Tag nach Hause zurückkehren konnte. Hielt er sich während mehr als eines Tages unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes in der Heilanstalt auf, war stationäre Behandlung anzunehmen (vgl. BGE 116 V 128 Erw. 2c<sup>4</sup>, 103 V 76 f. Erw. 1<sup>5</sup>; vgl. auch RKUV 1988 Nr. K 779 S. 329 f. Erw. 5b). Sodann kannte die Verwaltungspraxis besondere Regeln für den partiellen (tage- oder nachtweisen) Heilanstaltsaufenthalt (vgl. RSKV 1970 S. 233 f.).

bb) Das neue Krankenversicherungsrecht hat die altrechtliche Umschreibung der ambulanten und stationären Behandlung und damit deren begriffliche Abgrenzung voneinander grundsätzlich übernommen (vgl. *Eugster*; a. a. O. S. 67 ff. Rz 133 ff.). Neu eingeführt worden ist der Begriff der teilstationären Krankenpflege («traitement semi-hospitalier», «cura semi-

<sup>4</sup> siehe Nr. K 840 (1990) dieser Sammlung

<sup>5</sup> siehe Nr. 304 (1977) dieser Sammlung

ospitaliera»). Diese grenzt sich von der stationären Behandlung dadurch ab, dass sie unter Umständen zwar mehrere Klinikaufenthalte umfasst, von denen aber jeder weniger als 24 Stunden, also nicht «rund um die Uhr» dauert. Unter den Begriff der teilstationären Behandlung fällt insbesondere die Behandlung und medizinische Versorgung in Tages- oder Nachtkliniken oder auch in Einrichtungen der so genannten «One-day-surgery» (BBl 1992 I 167; *Eugster*, a.a.O., Rz 134 sowie ausführlich *Duc*, L'hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour, et LAMal, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 329 ff., 334 ff.; vgl. auch CHSS 6/2000 S. 346 f. [Antwort des Bundesrates vom 27. November 2000 auf eine einfache Anfrage der Genfer Ständerätin *Monique Saudan* zu den Begriffen stationärer, teilstationärer und ambulanter Bereich). In der Botschaft vom 6. November 1991 wird im Übrigen der bewusste Verzicht auf eine gesetzliche Umschreibung von teilstationär und stationär u.a. damit begründet, es sei insbesondere mit Blick auf die unterschiedlichen Arten von Krankheiten und deren dem Wandel der Zeit und dem Erkenntnisfortschritt unterworfenen «Behandlungsnotwendigkeiten» ein vernünftig zu gebrauchender Spielraum bei deren Handhabung erforderlich (in diesem Sinne schon BGE 103 V 77 Erw. 2b<sup>6</sup>, wo auf die zu beobachtende Tendenz der Verlagerung von der Arztpraxis ins Spital und dort umgekehrt von der stationären zur ambulanten Versorgung hingewiesen wird).

cc) In Bezug auf in Spitälern erbrachte Leistungen im Besonderen wird tarifrechtlich nicht zwischen ambulant und teilstationär differenziert. Es gibt lediglich stationäre und ambulante Behandlungen, den stationären und den ambulanten (Spital-)Sektor/Bereich (vgl. BBl 1992 I 185). Dies kommt auch in der Formulierung des Art. 49 Abs. 5 KVG zum Ausdruck, indem bei der Umschreibung des Gegenstandes der Vergütung, gleich wie in Art. 49 Abs. 1 erster Satz KVG, nach der (ambulanten) Behandlung und dem (teilstationären) Aufenthalt unterschieden wird. Als ambulant gelten somit alle Behandlungen im Spital, die einen weniger als 24 Stunden dauernden (partiellen [BBl 1992 I S. 187]) Aufenthalt erfordern.

3. – Die Kostenübernahme bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist in Art. 41 KVG geregelt. Danach gilt Folgendes: Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung

---

<sup>6</sup> siehe Nr. 304 (1977) dieser Sammlung

muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Abs. 1). Beanspruchten Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung, b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital (Abs. 2). Der hier vorab interessierende Abs. 3 erster Satz von Art. 41 KVG lautet wie folgt:

«Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons.» [...] («Ausgleichs- oder Differenzzahlungspflicht»; BGE 123 V 290<sup>7</sup> und 310<sup>8</sup>).

a) In Bezug auf den hier zu beurteilenden Fall sind von den Tatbestandsmerkmalen des Art. 41 Abs. 3 KVG diejenigen des medizinischen Grundes (Notfall) sowie des ausserkantonalen öffentlich oder öffentlich subventionierten Spitals erfüllt. Der Differenzbetrag von Fr. 73.80 zwischen den «in Rechnung gestellten Kosten» und den «Tarifen (...) für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons» sodann ergibt sich aus dem verschiedenen hohen Taxpunktwert für eine Einheit medizinischer Leistung im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad für Versicherte aus dem Kanton Wallis (Fr. 3.72) und für Einwohner aus andern Kantonen (u.a. Solothurn; Fr. 4.95), soweit nicht eine anders lautende interkantonale Vereinbarung besteht. Die Verfahrensbeteiligten gehen übereinstimmend davon aus, dass die nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarifierung der für die notfallmässige Behandlung der Atembeschwerden von H. erforderlichen Leistungen (EKG, Labor, Spirometrie) auf einer entsprechenden Subventionierung durch den Standortkanton Wallis zu Gunsten seiner Einwohner oder solchen aus den Abkommenskantonen beruht.

aa) Dass das Krankenversicherungsgesetz den Kantonen als im Rahmen der Art. 46 ff. KVG zuständige Tarifbehörden nicht verbietet, für von ihren Spitalern ambulant erbrachte Leistungen bei ihren Einwohnern niedrigere

<sup>7</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>8</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

Tarife festzulegen, steht zu Recht ausser Frage (in diesem Sinne auch Entscheidung des Bundesrates vom 3. Februar 1999 concernant la convention tarifaire genevoise pour les traitements ambulatoires, les examens ambulatoires ainsi que les interventions de chirurgie ambulatoire dans les Hôpitaux Universitaires de Genève [98-41-0108]; ferner *Eugster*, a. a. O. S. 166 Rz 743 am Ende). Entscheidend ist, dass die höheren (Einzelleistungs-)Tarife für ausserkantonale Patienten den gesetzlichen Vorgaben genügen, insbesondere mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG; BGE 123 V 286 f. Erw. 6a und b<sup>9</sup>). Verhält es sich so, was für den vorliegenden Fall anzunehmen ist (vgl. zur Überprüfungsbeugnis des Sozialversicherungsrichters bei Tarifen Art. 129 Abs. 1 lit. b OG und Art. 89 KVG sowie BGE 125 V 104 Erw. 3b<sup>10</sup> und BGE 123 V 280<sup>11</sup>), kann entgegen dem Bundesamt nicht gesagt werden, nach Kantonszugehörigkeit differenzierende Tarife im ambulanten Spitalbereich (vgl. zu diesem Begriff Erw. 2c/cc) seien unzulässig. Wenn und soweit im Übrigen, wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vorgebracht wird, das Gesetz im Sinne freien Wettbewerbs möglichst gleich lange Spiesse zwischen ambulanten Behandlungen im Spital einerseits und in Privatpraxen andererseits hat schaffen wollen, schliesst dies eine insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Kostenstruktur des oder der in Frage stehenden Leistungserbringer differenzierende Tarifierung nicht schlechthin aus. So besteht gemäss Bundesrat keine Notwendigkeit, die Tarife für die ambulante Behandlung in den öffentlichen Spitälern aus wettbewerbsrechtlichen Gründen den Tarifen der freipraktizierenden Ärzte anzugleichen (Entscheid vom 14. April 1999 zu den Spitaltarifen der basellandschaftlichen Krankenanstalten [97-41-0100]).

Auf der anderen Seite besteht von Bundesrechts wegen keine Verpflichtung der Kantone, ambulante Spitalleistungen allgemein oder zu Gunsten ihrer Einwohner mitzufinanzieren. Eine Art. 49 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2 KVG für stationäre Behandlungen entsprechende Regelung fehlt für den ambulanten Sektor (so auch Entscheide des Bundesrates vom 14. April 1999 zu den Spitaltarifen der basellandschaftlichen Krankenanstalten [97-41-0100] und vom 18. Dezember 1996 zum Tarif für ambulante Spitalbehandlungen in den Spitälern des Kantons Graubünden [96-41-0056]).

bb) Entgegen dem Verwaltungsgerichtsbeschwerde führenden Kanton Solothurn schliesst die aus Art. 49 KVG im Umkehrschluss sich ergebende fehlende bundesrechtliche Mitfinanzierungspflicht der öffentlichen Hand in Bezug auf ambulante Behandlungen in ihren Spitälern die Verpflichtung

---

<sup>9</sup> siehe Nr. KV 19 (1998) dieser Sammlung

<sup>10</sup> siehe Nr. KV 77 (1999) dieser Sammlung

<sup>11</sup> siehe Nr. KV 19 (1998) dieser Sammlung

des Wohnkantons der versicherten Person zur Übernahme einer allfälligen Tariffdifferenz als Folge der Subventionierung der beanspruchten Leistung zu Gunsten der Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, nach Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG nicht aus. Es trifft zwar zu, wie geltend gemacht wird, dass diese im Vorentwurf des Bundesamtes noch nicht enthaltene Bestimmung Ausfluss der den Kantonen in Art. 49 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 2 KVG auferlegten Kostenbeteiligung bei stationärer Behandlung ihrer Einwohner ist. Zu beachten ist indessen, dass es sich bei Art. 49 KVG um eine tarifrechtliche Bestimmung handelt, welcher im Rahmen des die Kostenübernahme für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessend regelnden Art. 41 KVG (BGE 123 V 297 Erw. 3b/bb<sup>12</sup>) in erster Linie massliche Bedeutung zukommt. Dass lediglich die Vergütung der stationären Behandlung (einschliesslich Aufenthalt) von Kantonseinwohnern und -einwohnerinnen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital beschränkt wird, in Bezug auf ambulante Leistungen eine entsprechende Regelung hingegen fehlt, kann daher nicht ohne weiteres auf die Ausgleichspflicht des Wohnkantons des oder der ausserkantonalen Versicherten nach Art. 41 Abs. 3 KVG übertragen werden. Dagegen spricht schon der Umstand, dass auch den Differenzzahlungen trotz ihrer bundessozialversicherungsrechtlichen Natur Subventionscharakter zukommt (BGE 123 V 297 Erw. 3b/aa<sup>13</sup>). Anders verhielte es sich nur, wenn sich aus dem Gesetz selber zwingend das Verbot der Subventionierung ambulanter Spitalleistungen zu Gunsten der Einwohner des Kantons ergäbe. Dies ist indessen zu verneinen, zumal sich in der Botschaft, insbesondere bei den Erläuterungen des Bundesrates zu Art. 42 Abs. 5 des Entwurfes (= Art. 49 Abs. 5 KVG), keine die gegenteilige Auffassung stützende Anhaltspunkte finden (vgl. BBl 1992 I 187).

Unbehelflich ist des Weiteren der Hinweis des Beschwerdeführenden Kantons, wonach schon unter der Herrschaft des KUVG einzelne Kantone in ihrer Gesetzgebung und in Spitalabkommen Beiträge an die Kosten der medizinisch indizierten Behandlung ihrer Einwohner in ausserkantonalen Spitälern vorgesehen hätten, dies indessen lediglich bei stationären Akutbehandlungen. Es wird nicht geltend gemacht, dass es sich hierbei um eine von der Mehrheit der Kantone angewendete Praxis handelt. Selbst wenn es sich aber so verhielte, bliebe die Tatsache bestehen, dass in Art. 41 Abs. 3 KVG von der Beanspruchung der Dienste des betreffenden ausserkantonalen Spitals aus medizinischen Gründen die Rede ist und nicht etwa lediglich die stationäre Behandlung als die Differenzzahlungspflicht des Wohnkan-

<sup>12</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>13</sup> idem

tons der versicherten Person auslösender Tatbestand genannt wird. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass bei ambulanten Spitalleistungen, welche ebenso gut auch in einer Privatarztpraxis vorgenommen werden können, die Frage der teilweisen Kostenübernahme durch den betreffenden Kanton nach Art. 41 Abs. 3 KVG sich lediglich bei einem Notfall stellt, wie folgende Überlegung zeigt: Der Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder deren Umgebung als räumlicher Bereich mit voller Kostenübernahme durch den Krankenversicherer (Art. 41 Abs. 1 KVG) ist so bestimmt resp. im Einzelfall so festzulegen, dass genügende geeignete Möglichkeiten für die ambulante Behandlung der Krankheit bestehen. Dabei schränkt das Gesetz die «Umgebung» nicht auf das Kantonsgebiet ein, in welchem der Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person liegt (BGE 126 V 14<sup>14</sup>). Dies bedeutet, dass es abgesehen vom Notfall einen medizinischen Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. a KVG nicht geben kann, was die Anwendbarkeit des Art. 41 Abs. 3 KVG vorweg ausschliesst.

b) Es bleibt zu prüfen, ob unter den Begriff «Dienste» («services», «servizi» in der französischen und italienischen Amtssprache) im Sinne des Art. 41 Abs. 3 KVG neben den stationären Behandlungen (dazu grundlegend BGE 123 V 290<sup>15</sup> und 310<sup>16</sup>) auch ambulante Spitalleistungen fallen, insbesondere also die (notfallmässige) medizinische Versorgung von H. wegen Atembeschwerden am 30. Januar 1996 im Ambulatorium der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad. Vom Wortlaut her ist dies zu bejahen, indem unter Dienste alle im betreffenden (ausserkantonalen) Spital erbrachten Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG), einschliesslich eines allfälligen Aufenthaltes zu verstehen sind. Dieser Wortsinn wird dadurch gestützt, dass in Abs. 3 von Art. 41 KVG im Unterschied zu den beiden ersten Absätzen der Norm nicht nach der Form der Behandlung (ambulant, teilstationär oder stationär) differenziert wird.

Bei diesem Zwischenergebnis der Auslegung stellt sich die Frage, ob triftige Gründe bestehen, dass der insoweit klare Wortlaut zu weit gefasst ist und in dem Sinne einer restriktiven Interpretation zu weichen hat, dass für bestimmte (subventionierte) Leistungen, welche aus medizinischen Gründen im Sinne des Art. 41 Abs. 2 KVG in einem ausserkantonalen Spital beansprucht werden, keine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons der versicherten Person besteht (BGE 126 V 438 Erw. 3, 121 III 224 ff. Erw.

<sup>14</sup> siehe Nr. KV 115 (2000) dieser Sammlung

<sup>15</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>16</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

1d/aa [«Teleologische Reduktion»]). Die Vorinstanz verneint dies, wenn im Einzelfall bei im Übrigen gegebenen tatbeständlichen Voraussetzungen «feststeht, dass sich die tarifarische Privilegierung der innerkantonalen Patienten sachlich mit kantonalen Subventionierungen begründen lässt». Der beschwerdeführende Kanton Solothurn stellt sich im Wesentlichen unter Berufung auf die Gesetzessystematik, die Botschaft sowie BGE 123 V 290<sup>17</sup> und 310<sup>18</sup> auf den gegenteiligen Standpunkt, dass lediglich die stationäre Behandlung Gegenstand der den Kantonen in Art. 41 Abs. 3 KVG auferlegten teilweisen Kostenübernahmepflicht ist.

aa) Für eine einschränkende Auslegung des Begriffes «Dienste» nach Art. 41 Abs. 3 KVG könnte vorab ins Feld geführt werden, dass es um Leistungen geht, welche in Spitälern erbracht werden. Diese dienen nach der gesetzlichen Umschreibung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG). Dieses auch in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vorgetragene Argument greift insofern zu kurz, als es hier um öffentlich oder öffentlich subventionierte Spitäler resp. vom zuständigen Gemeinwesen mitfinanzierte Leistungen geht. Diesem Aspekt kommt im Rahmen des Normzweckes, wie er sich insbesondere aus den Materialien ergibt (vgl. nachstehend Erw. 3b/bb), entscheidende Bedeutung zu. Es kommt dazu, dass mit ebenso gutem Grund, aber gegen ein dem Wortlaut derogierendes Begriffsverständnis von Dienste ins Feld geführt werden könnte, der Gesetzgeber hätte die stationäre Behandlung und nur diese Form der Leistungserbringung in Art. 41 Abs. 3 KVG erwähnt, wenn es seinem Willen entsprach. Dies muss umso mehr gelten, als er in den Absätzen 1 und 2 dieser Vorschrift die Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für alle drei Behandlungsformen (ambulant, teilstationär und stationär) geregelt hat.

Umgekehrt kann daraus, dass in Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG zwischen ambulant einerseits und teilstationär oder stationär andererseits unterschieden wird, nicht gefolgert werden, ambulante Spitalleistungen, die ohne weiteres auch in einer Privatarztpraxis erbracht werden können, zählten nicht zu den Diensten im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG. In jenen zwei Absätzen geht es um die Umschreibung des räumlichen Bereichs mit voller Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die Höhe der Versicherungsdeckung bei Wahl eines Leistungserbrin-

<sup>17</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>18</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

gers ausserhalb dieses Gebietes, ohne dass ein medizinischer Grund gegeben ist (BGE 126 V 20 Erw. 3d<sup>19</sup>). Demgegenüber sagt Art. 41 Abs. 3 KVG, dass bei Beanspruchung der Dienste eines ausserkantonalen Spitals der Wohnkanton der versicherten Person unter bestimmten Voraussetzungen einen Teil der in Rechnung gestellten Kosten zu übernehmen hat.

bb) Gemäss Botschaft soll die Regelung des Art. 41 Abs. 3 KVG (= Art. 35 Abs. 3 des Entwurfs) dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen. Durch Übernahme der Tariffdifferenz beteiligt sich der Wohnkanton der versicherten Person an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals, dessen Dienste sie aus medizinischen Gründen beansprucht (BBl 1992 I 169). Es handelt sich dabei, wie an anderer Stelle unter Hinweis auf Art. 42 des Entwurfs (= Art. 49 KVG) ausgeführt wird, auch um eine Massnahme zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung im Sinne der Verlagerung der Kosten auf andere Träger, z. B. die Kantone. Es sollen dadurch andere, sozial stärker differenzierende Quellen als die Kopfprämien, insbesondere Steuergelder, zur Finanzierung der im Rahmen des KVG anfallenden, gerade im Bereich der stationären Krankenpflege hohen und auch in Zukunft steigenden Kosten herangezogen werden (BBl 1992 I 127). Diese grundsätzlichen Überlegungen waren in den vorberatenden Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des National- und Ständerates unbestritten und gaben auch in den parlamentarischen Beratungen zu keinen Diskussionen Anlass (vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1307 ff., 1992 N 1857, 1993 S 1066).

Aus dieser Entstehungsgeschichte lässt sich entgegen dem Kanton Solothurn nichts Entscheidendes zu Gunsten eines den Wortsinn einengenden Verständnisses vom Begriff «Dienste» ableiten. Soweit in der Botschaft bei der Umschreibung der Zielsetzung des Art. 41 Abs. 3 KVG die stationäre Behandlung erwähnt wird, geht es im Zusammenhang lediglich um den Abrechnungsmodus bei dieser Form der Leistungserbringung, für welche das Gesetz in Art. 42 Abs. 1 und 2 des Entwurfs (= Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG) eine von den Kantonen nicht notwendigerweise zu wählende Variante vorsieht (vgl. BBl 1992 I 169 und 184). In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird schliesslich insoweit richtig darauf hingewiesen, dass an der gleichen Stelle in der Botschaft die Bedeutung der Ausgleichspflicht der Kantone nach Art. 41 Abs. 3 KVG (= Art. 35 Abs. 3 des Entwurfs) im Rahmen der Spitalplanung (Art. 33 des Entwurfs) erwähnt werde. Wörtlich wird u. a. ausgeführt: «Artikel 35 Absatz 3 liegt (...) auf der bereits in Artikel 33 vorgezeichneten Linie: Optimierung der Ressourcennutzung und Kosteneindämmung. Dies

---

<sup>19</sup> siehe Nr. KV 115 (2000) dieser Sammlung

einerseits durch die Vermeidung der Schaffung unnötiger Kapazitäten und andererseits durch die koordinierte und bedarfsgerechte Bereitstellung und gemeinsame Verwendung der effektiv benötigten Kapazitäten» (BBl 1992 I 169 unten). Dieser Konnex wird indessen dadurch, dass dem Wortsinn entsprechend unter dem Begriff Dienste alle im Spital erbrachten Leistungen verstanden werden, für welche eine allenfalls beschränkte Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht, nicht gestört, zumal nicht mit Blick auf die u.a. mit dem medizinisch-technischen Fortschritt erklärable Verlagerung vom stationären in den ambulanten Spitalbereich mit oder ohne Notwendigkeit eines teilstationären Aufenthalts. Die erwähnten Ziele der Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten (vgl. BBl 1992 I 167 oben), haben im Übrigen durch den Nichteinbezug der teilstationären Einrichtungen in die Spitalplanung (Art. 39 Abs. 2 KVG), dies entgegen dem bundesrätlichen Entwurf (BBl 1992 I 166 und 267), ihre Bedeutung nicht verloren.

cc) Der beschwerdeführende Kanton Solothurn beruft sich schliesslich vergeblich auf die Urteile H. vom 16. Dezember 1997 (BGE 123 V 290<sup>20</sup>) und M. vom 19. Dezember 1997 (BGE 123 V 310<sup>21</sup>) zur Stützung seines Standpunktes, wonach mit Dienste im Sinne des Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG lediglich die stationären Behandlungen gemeint seien. Es trifft zwar zu, dass in diesen Entscheiden von der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital die Rede ist (vgl. BGE 123 V 296 Erw. 3<sup>22</sup>, 308 Erw. 8<sup>23</sup>, 310 [Regest]<sup>24</sup> sowie 324 Erw. 6c<sup>25</sup>). Der Grund hierfür liegt vorab darin, dass es in beiden Fällen um eine stationäre Behandlung ging. Dabei erübrigte es sich, weil evident, ausdrücklich festzustellen, dass eine im stationären Rahmen erbrachte Leistung zu den Diensten des betreffenden ausserkantonalen Spitals nach Art. 41 Abs. 3 KVG zählt. Wenn im Besonderen in Erw. 3b/aa des Urteils H. bei der Umschreibung der Zielsetzung der Norm unter Hinweis auf Amtl. Bull. 1992 S 1308 die stationären Behandlungen erwähnt werden, handelt es sich hierbei nicht um die wortgetreue, sondern um eine gleichsam fallbezogene Wiedergabe der betreffenden Voten.

Im Weiteren ging es in den erwähnten Urteilen um ganz andere Fragestellungen, nämlich ob die Ausgleichspflicht auch besteht, wenn die ver-

---

<sup>20</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>21</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

<sup>22</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>23</sup> idem

<sup>24</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

<sup>25</sup> idem

sicherte Person in der halbprivaten oder privaten Abteilung untergebracht ist und wie es sich damit bei Inanspruchnahme eines zwar zugelassenen, aber nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals verhält. Ob, was hier zu beurteilen ist, (auch) ambulante Spitalleistungen Gegenstand der Differenzzahlungspflicht bilden, war nicht zu prüfen. Die Tatsache, dass in jenen Entscheiden von stationärer oder teilstationärer Behandlung gesprochen wird und nicht auf Grund der Fallkonstellation bloss von der stationären, ist im Übrigen darauf zurückzuführen, dass in Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG dieses Begriffspaar der ambulanten Behandlung gegenüber gestellt wird (vgl. BGE 123 V 294<sup>26</sup> und 313, je Erw. 1a<sup>27</sup>). Dies ist indessen, wie gezeigt, für die Auslegung des Terminus Dienste im Sinne von Abs. 3 dieser Bestimmung nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Wenn endlich in BGE 123 V 308 Erw. 8<sup>28</sup> gesagt wird, Art. 41 Abs. 3 KVG regle abschliessend die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital, geht es im Zusammenhang um das Verhältnis kantonaler Vorschriften nämlichen Inhalts im Hinblick auf deren Überprüfbarkeit im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

c) Nach dem Gesagten besteht kein Anlass für eine den Wortsinn einschränkende Auslegung des Begriffs der Dienste im Sinne des Art. 41 Abs. 3 erster Satz KVG. Darunter fallen daher grundsätzlich alle im betreffenden ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital erbrachten Leistungen ungeachtet der Form der Behandlung (stationär, teilstationär, ambulant) einschliesslich eines allfälligen Aufenthalts, für welche als Folge der Kostenbeteiligung des zuständigen Gemeinwesens nach Kantonzugehörigkeit differenzierende Tarife bestehen.

4. – Der Kanton Solothurn ist somit nach Art. 41 Abs. 3 KVG zur Zahlung der Differenz zwischen den von der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad für die notfallmässige ambulante Behandlung von H. am 30. Januar 1996 in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen für Einwohner des Kantons Wallis von Fr. 73.80 verpflichtet. Der in diesem Sinne lautende Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichts ist rechens.

---

<sup>26</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

<sup>27</sup> siehe Nr. KV 21 (1998) dieser Sammlung

<sup>28</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

# Anwendbarer Tarif bei stationärer Behandlung durch ausserkantonalen Leistungserbringer

## KV 199 Urteil des EVG vom 21. Dezember 2001 (K 124/00)

Die Gründe des medizinischen Bedürfnisses als Erfordernis der Zulassung eines Leistungserbringers einerseits und als Voraussetzung der Erweiterung des vollen Tarifschutzes über die Grenzen des Wohnkantons hinaus andererseits sind nicht identisch.

Anwendbarer Tarif für die stationäre Behandlung einer in der Stadt Basel wohnhaften Versicherten in einer im Kanton Basel-Landschaft gelegenen – auf der gemeinsamen Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verzeichneten – Klinik.

Les motifs du besoin médical en tant qu'exigence de l'admission d'un fournisseur de prestations, d'une part, et comme condition de l'extension de la pleine protection tarifaire au-delà des frontières du canton de résidence, d'autre part, ne sont pas identiques.

Tarif applicable au traitement hospitalier d'une assurée, résidant en Ville de Bâle, dans une clinique située dans le canton de Bâle-Campagne et figurant sur la liste commune des hôpitaux des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne.

I motivi d'ordine medico che giustificano l'autorizzazione di un fornitore di prestazioni non corrispondono a quelli che consentono di estendere oltre i limiti del Cantone di domicilio la protezione tariffaria.

Tariffa applicabile per la cura ospedaliera di un'assicurata domiciliata a Basilea in una clinica situata nel Cantone di Basilea Campagna compresa nell'elenco comune degli ospedali dei Cantoni di Basilea Città e Basilea Campagna.

### I.

A. – L., geboren 1975 und wohnhaft im Kanton Basel-Stadt, ist seit 1. Januar 1998 bei der ASSURA Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: ASSURA oder Beschwerdeführerin) unter Einschluss des Unfallrisikos obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 31. Mai 1991 hatte sie sich anlässlich eines Strassenverkehrsunfalles schwere Verletzungen an ihrer rechten (dominanten) Hand zugezogen. Nach Abschluss der Heilbehandlung (1994) blieb eine dauerhafte Schädigung dieser Hand bestehen. 1997 schloss L. mit dem zuständigen Haftpflichtversicherer eine Saldovereinbarung über eine Entschädigung von Fr. 390 000.– ab. Nach einer unkontrollierten Handbewegung traten 1998 zunehmende Schmerzen auf. Das festgestellte Karpaltunn-

nel-Syndrom wurde während eines stationären Aufenthalts (vom 19. bis 23. Oktober 1998) in der Klinik B. in M. (Kanton Basel-Landschaft) am 20. Oktober 1998 operativ durch eine Karpaltunnel-Spaltung und eine Neurolyse des Nervus medianus und ulnaris rechts saniert. Die Gesamtrechnung der Klinik B. vom 1. März 1999 belief sich auf Fr. 6443.40, wovon Fr. 1900.– zu Lasten der ASSURA und der Rest von Fr. 4543.40 zu Lasten von L. fakturiert wurden. Mit Verfügung vom 10. August 1999 lehnte die ASSURA eine weitergehende Kostenbeteiligung über den Betrag von Fr. 1900.– hinaus ab. Diese Verfügung nahm sie mit Schreiben vom 5. November 1999 zurück und ersetzte sie durch die Verfügung vom 16. November 1999, womit generell eine Leistungspflicht für Aufenthalt und Behandlung in der Klinik B. abgelehnt und die bereits geleisteten Fr. 1900.– zurückgefordert wurden. Durch den Abschluss der Saldovereinbarung zwischen der Versicherten und dem zuständigen Haftpflichtversicherer vom 27. Oktober/6. November 1997 hätten sich die Vertragsparteien über alle (auch zukünftige) Ansprüche aus dem Unfall vom 31. Mai 1991 vergleichsweise geeinigt. Die vereinbarte Pauschalabgeltung schliesse auch Entschädigungen für etwaige Ansprüche aus allenfalls zukünftig noch notwendigen unfallbedingten Heilbehandlungsmaßnahmen mit ein. Deshalb verletze es das sozialversicherungsrechtliche Überentschädigungsverbot, wenn für die gleiche, bereits gegenüber der Versicherten abgeholte Schadensposition nun auch noch der soziale Krankenversicherer Leistungen erbringen müsse. Die Saldovereinbarung verletze auch die gesetzliche Regressordnung, wonach der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person eintrete. An dieser Auffassung hielt die ASSURA mit Einspracheentscheid vom 4. Januar 2000 fest.

B. – Das Versicherungsdreiergericht Basel-Stadt hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 11. April 2000 gut, indem es die ASSURA verpflichtete, L. den noch offenen Betrag von Fr. 4543.40 aus der Rechnung der Klinik B. vom 1. März 1999 (zusätzlich zu den bereits an die Klinik geleisteten Fr. 1900.–) zu bezahlen.

C. – Hiegegen führt die ASSURA Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei ihr Einspracheentscheid vom 4. Januar 2000 zu bestätigen.

L. lässt mit Vernehmlassung die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragen und ersucht gleichzeitig um unentgeltliche Verbeiständung. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) vertritt die Ansicht (Stellungnahme vom 6. November 2000), falls die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin in grundsätzlicher Hinsicht bejaht werde, richte sich die

Kostenübernahme gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG nach dem im Kanton Basel-Stadt gültigen Spitaltarif.

D. – In Bezug auf die nachträglich eingeholte, per 1. Januar 1998 in Kraft getretene gemeinsame Spitalliste der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hält die Versicherte fest, ein Vergleich der aufliegenden Listen zeige, dass die Klinik B. auch bereits auf der ab 1. Januar 1998 gültigen gemeinsamen Spitalliste verzeichnet gewesen sei und nicht erst ab 1999. Das BSV verzichtet auf weitere Ergänzungen.

## II.

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

1. – Zunächst ist der Hauptstandpunkt der Beschwerde führenden ASSURA, sie entgehe wegen der zwischen der Versicherten und dem Haftpflichtversicherer abgeschlossenen Saldovereinbarung vom 27. Oktober/6. November 1997 der gesetzlichen Leistungspflicht nach KVG, zu beurteilen.

Das kantonale Gericht erkannte zutreffend, dass, auch wenn sich die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin nach dem am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen KVG regelt, die Frage des Verhältnisses zwischen dem Krankenversicherer und dem haftpflichtigen Dritten nach dem im Zeitpunkt des Unfalles geltenden Recht zu beurteilen ist (vgl. *Eugster*; Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Rz 397, Fn 995). Das im Zeitpunkt des Unfalles vom 31. Mai 1991 geltende KUVG kannte keine Subrogation des Krankenversicherers in die Haftpflichtansprüche des geschädigten Versicherten gegen haftpflichtige Dritte. Der Versicherte konnte somit damals über seine gesamten Haftpflichtansprüche frei verfügen, sodass der Krankenversicherer – jedenfalls nach voller Entschädigung durch Erfüllung einer Saldovereinbarung – gestützt auf das Überentschädigungsverbot keine Leistungen mehr zu erbringen hatte (vgl. RKUV 1988 Nr. K 768 S. 199 ff. Erw. 1). Weiter stellte die Vorinstanz richtig fest, die Auslegung der Saldovereinbarung vom 27. Oktober/6. November 1997 nach dem Vertrauensprinzip ergebe, dass nach dem Inhalt der Verhandlungen zwischen der Versicherten und dem Haftpflichtversicherer die Behandlungskosten nicht Gegenstand der Einigung gewesen seien. Es hindere der Abschluss einer Saldovereinbarung praxisgemäss (vgl. BGE 100 II 42) den Unterzeichnenden nur insoweit an der Erhebung neuer Ansprüche, als er diese im Zeitpunkt der Unterzeichnung bereits gekannt oder deren Entstehung wenigstens als eine Möglichkeit in Betracht gezogen habe. Da jedoch die Ärzte in den Jahren 1994 und 1996

festgestellt hätten, dass durch weitere Operationen keine Besserung mehr erreicht werden könne und der Zustand der geschädigten Hand während dieser Zeit offensichtlich stabil geblieben sei, vermöge die ASSURA keine Anhaltspunkte darzulegen, wonach der Versicherten die Möglichkeit des Anfallens weiterer Behandlungskosten mit genügender Deutlichkeit hätte bewusst sein müssen. Aus diesen Gründen sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich für die Kosten des Aufenthalts der Versicherten in der Klinik B. aufzukommen habe. Dem ist vollumfänglich beizupflichten. Insoweit ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unbegründet.

2.- L. mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt (Wohnkanton) begab sich in die in M., Kanton Basel-Landschaft (Standortkanton), gelegene private Klinik B. in stationäre Behandlung, womit sie den ihr durch Art. 41 Abs. 1 in fine KVG eröffneten Raum zur Ausübung des Wahlrechts an sich verlassen hat, ohne dass medizinische Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG bestehen. Die genannte Klinik figuriert nun aber sowohl auf der Spitalliste des Wohn- als auch des Standortkantons, nämlich auf der gemeinsamen Spitalliste für somatische Akutmedizin der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (Stand per 1. Januar 1998). Zu prüfen ist, nach welchem Tarif die Kostenübernahme zu erfolgen hat.

a) In Bezug auf die Frage des anwendbaren Tarifs geht die Vorinstanz davon aus, dass es sich bei dieser gemeinsamen Spitalliste um eine geschlossene Liste handelt, weshalb davon auszugehen sei, dass nach der Spitalplanung der beiden Kantone der Bedarf für die auf der Liste figurierenden ausserkantonalen Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ausgewiesen sei. Ein Bedarf im Sinne dieser Bestimmung bestehe nicht nur dann, wenn die fragliche medizinische Behandlung im Wohnkanton überhaupt nicht angeboten werde, sondern auch dann, wenn dafür nach der Planung nicht genügend Spitalplätze vorhanden seien. Für die Behandlung in einer auf einer geschlossenen Spitalliste figurierenden Klinik sei somit «der medizinische Grund des fehlenden oder unzureichenden Angebots eo ipso gegeben». Gehöre die Klinik B. nach der Spitalplanung des Kantons Basel-Stadt zu den notwendigen und anerkannten Leistungserbringern, richte sich die Kostenübernahme nach deren Tarif. Die ASSURA habe deshalb die vollen Kosten des umstrittenen Klinikaufenthalts zu vergüten. Zur Begründung verweist die Vorinstanz auf RKUV 1988 (recte: 1998) Nr. KV 54 S. 548 f.

b) Zunächst ist zu unterscheiden zwischen der Zulassung der Leistungserbringer (Art. 35 bis 40 KVG) einerseits und der tarifvertraglichen Rechtslage im Lichte des beschränkten Wahlrechts des Leistungserbringers nach

Art. 41 KVG andererseits (vgl. BGE 125 V 452 Erw. 3a<sup>1</sup>). In Art. 39 KVG werden die Voraussetzungen festgehalten, unter denen ein Leistungserbringer zur sozialen Krankenversicherung zugelassen ist (vgl. dazu *Eugster*; a. a. O., Rz 244 ff. mit Hinweisen). Es handelt sich dabei um betriebliche, organisatorische und planerische Voraussetzungen, welche der Leistungserbringer (Spital und andere Einrichtungen) zu erfüllen hat. Demgegenüber regelt Art. 41 KVG die Wahlfreiheit und zugleich die Übernahme der Kosten durch die Versicherer (*Maurer*; Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a. M. 1996, S. 72). Art. 41 Abs. 2 KVG nennt die Voraussetzungen, unter denen ein Patient sich zu Lasten der sozialen Krankenversicherung bei vollem Tarifschutz im Sinne von Art. 44 Abs. 1 KVG in einem ausserkantonalen Spital behandeln lassen kann. Dabei geht es um Voraussetzungen, die in der Person des Versicherten bzw. im Wesen der notwendigen Behandlung (Notfall oder mangelndes Angebot im Wohnkanton) erfüllt sein müssen.

Da die Rechtsfolge der ausnahmsweisen Kostenübernahme nach dem Tarif des ausserkantonalen Leistungserbringers im Standortkanton (bei vollem Tarifschutz) für eine stationäre Behandlung gemäss Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG nicht schon dann Platz greift, wenn die Behandlung im Wohnkanton nicht angeboten wird, sondern erst dann, wenn diese Behandlung auch nicht in einem ausserkantonalen Spital, welches auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführt ist, erbracht werden kann, ist vorweg der Sinn dieser Bestimmung zu ermitteln.

aa) Der Teilsatz «... oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Art. 39 Abs. 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital» des heutigen Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG wurde nachträglich als Ergänzungsantrag zum Entwurf des Bundesrates (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93 ff., 268) in die Sitzung vom 24. August 1993 der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) eingebracht (Protokoll der Kommission des Nationalrats zur Sitzung vom 24. August 1993, S. 24 f. und Anhang 10). Nach redaktioneller Anpassung wurde dieser Zusatz anlässlich der Sitzung vom 6. Oktober 1993 durch den Nationalrat (Amtl. Bull. 1993 N 1857) und an der Sitzung vom 15. Dezember 1993 durch den Ständerat (Amtl. Bull. 1993 S 1066) diskussionslos angenommen.

bb) Der Bundesrat hatte in seiner Entscheidung vom 21. Oktober 1998 in Sachen Kantonalverband appenzellischer Krankenversicherer gegen den

<sup>1</sup> siehe Nr. KV 92 (1999) dieser Sammlung

Regierungsrat des Kantons Appenzell Ausserrhoden (teilweise publiziert in RKUV 1998 Nr. KV 54 S. 521 ff.) unter anderem zu prüfen, ob das vom Kanton Appenzell Ausserrhoden gewählte Modell der unterteilten Liste vor Bundesrecht standhalte. Dieser Kanton hatte in einer auf den Bedarf ausgerichteten Liste A die allgemeinen Abteilungen der öffentlichen und privaten Spitäler (unter selektiver Aufnahme von Spitälern und festen Bettenzuweisungen) bezeichnet. Die Liste B (private und halbprivate Abteilungen) verzichtete auf eine staatliche Steuerung des Angebots. Der Bundesrat erachtete das vom Kanton Appenzell Ausserrhoden gewählte Modell als zulässig.

Weiter war im genannten Entscheid die Frage des Einbezugs ausserkantonaler Spitäler für die obligatorische Krankenversicherung (Liste A) zu beurteilen (RKUV 1998 Nr. KV 54 Ziffer 4 S. 545 ff.). Nach der Feststellung, dass es sich bei der Liste A des Kantons Appenzell Ausserrhoden um eine «offene» Liste (mit einer umfassenden Wahlfreiheit in Bezug auf ausserkantonale Spitäler) handle, wurde diese offene Umschreibung der Zulassung weiterer, nicht explizit aufgeführter Leistungserbringer insbesondere für einen kleinen Kanton mit der Begründung als zulässig erachtet, gerade solche Kantone seien in grösserem Umfang auf die Versorgung ihrer Wohnbevölkerung in ausserkantonalen Heilanstalten angewiesen. Die Empfehlung der Sanitätsdirektorenkonferenz, die Kantone sollten nicht für alle in Frage kommenden Spezialbehandlungen die für die Bevölkerung des eigenen Kantons benötigten Kapazitäten bestimmten Spitälern ausserhalb des Kantons zuordnen, sei sachgerecht. Es genüge mit Blick auf die Zulassung der Leistungserbringer, in solchen Fällen festzuhalten, dass sich die Wahlfreiheit der Patienten auf alle ausserkantonalen Institutionen erstrecke, die in ihrem Standortkanton auf der Spitalliste aufgeführt seien.

Unter Verweis darauf, dass im Streitfall das Eidgenössische Versicherungsgericht zur Beurteilung der Frage zuständig sei, welche Kosten die Versicherer zu übernehmen hätten, hatte der Bundesrat schliesslich zu prüfen, welches die Folgen dieser Wahlfreiheit für die Kostenübernahme seien (RKUV 1998 Nr. KV 54 Ziffer 4.1.3 S. 547 ff.). Dabei vertrat der Bundesrat die Auffassung, nach dem klaren Wortlaut von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG stehe fest, dass sich diese Bestimmung nur auf den Fall beziehen könne, da der Wohnkanton der Versicherten selber eine namentliche Liste der ausserkantonalen Spitäler erstellt habe («geschlossene» Liste). Soweit sich ein Kanton auf eine «offene» Liste der ausserkantonalen Spitäler beschränke, folge aus Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG, dass die Ausnahme – das heisst volle Kostendeckung – bei Behandlung in einem ausserkantonalen Spital nur zum Zuge komme, wenn medizinische Gründe vorlägen. Soweit ein Kanton für alle

oder einzelne Leistungsbereiche eine «geschlossene» Liste der ausserkantonalen Leistungserbringer erstelle und diese Liste in Rechtskraft erwache, sei davon auszugehen, dass nach der Spitalplanung des Wohnkantons der Bedarf im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ausgewiesen sei. Wenn ein Versicherter auf Grund einer solchen Spitalliste ein ausserkantonales Spital aufsuche, so sei nach Auffassung des Bundesrates anzunehmen, dass die medizinischen Gründe für die ausserkantonale Hospitalisation im Einzelfall von den Kassen anerkannt würden (RKUV 1998 Nr. KV 54 Ziffer 4.1.3.2 S. 548 f.; im gleichen Sinne anscheinend: *Maurer*; a. a. O., Fn 188 und *Duc*, Les prestations en cas d'hospitalisation, in: SZS 1996, S. 297; anderer Meinung: *Eugster*; a. a. O., Fn 563).

cc) Die Spitalliste hat die Aufgabe, Transparenz und Publizität in der Frage zu schaffen, welche Einrichtungen zu den Spitälern gehören und welches deren Leistungsaufträge sind sowie die Vereinbarung sachgerechter Vergütungen zu erleichtern (*Eugster*; a. a. O., Rz 249 f. und Fn 562 mit Hinweisen). Wenn ein Spital auf eine Spitalliste gesetzt wird, bedeutet dies nur und einzig, dass es sich dabei um einen zugelassenen Leistungserbringer handelt, welcher KVG-pflichtige Kostenvergütungsansprüche auslöst, wenn sich der Versicherte von ihm behandeln lässt. Damit ist aber über die Frage des anwendbaren Tarifs noch überhaupt nichts gesagt. Hängt die Aufnahme eines Spitals auf eine Spitalliste nach Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG unter anderem von einem entsprechend ausgewiesenen Bedarf im Rahmen der kantonalen Spitalplanung ab, sind nach Art. 41 Abs. 2 KVG im konkreten Einzelfall des zu behandelnden Versicherten «medizinische Gründe» erforderlich, die gegebenenfalls zur vollen Kostenübernahme nach dem Tarif am Ort des Leistungserbringers führen können. Die Gründe des medizinischen Bedürfnisses nach Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG einerseits und des Art. 41 Abs. 2 KVG andererseits sind somit nicht identisch.

dd) Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die von der Vorinstanz zur Begründung des angefochtenen Entscheids herangezogene Schlussfolgerung gemäss bundesrätlichem Entscheid vom 21. Oktober 1998 (vgl. RKUV 1998 Nr. KV 54 Ziffer 4.1.3.2 S. 548 f.) im Widerspruch zu den Materialien (Erw. 2b/aa hievore) steht. Durch die Aufnahme des zusätzlichen Teilsatzes in Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG sollten ausserkantonale Spitälern, die auf einer Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, gleich behandelt werden wie zugelassene Leistungserbringer innerhalb des Wohnkantons. Der volle Tarifschutz gilt im Regelfall nach Massgabe von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG nur innerhalb der Grenzen des Wohnkantons der versicherten Person. Lässt sie sich aus freiem Willen – d. h. ohne das Vorliegen medizinischer Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 2 lit. b KVG – durch einen ausserkantonalen Leis-

tungserbringer behandeln, der als solcher auf der Spitalliste des Wohnkantons im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG namentlich aufgeführt ist, so ändert dies nichts daran, dass das Mass der Kostenübernahme an die Höchstgrenze des im Wohnkanton geltenden Tarifs im Sinne von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG gebunden bleibt, auch wenn der ausserkantonale Leistungserbringer gegebenenfalls seine Leistungen zu einem höheren Tarif des Standortkantons verrechnen wird. Die Ausnahme regelt Art. 41 Abs. 2 KVG; nur soweit medizinische Gründe im Sinne der genannten Bestimmung vorliegen, wird der volle Tarifschutz über die örtlichen Grenzen des Wohnkantons hinaus ausgedehnt. Der Versicherer hat hier die Kostenübernahme nach dem Tarif des Standortkantons des ausserkantonalen Leistungserbringers zu leisten, auch wenn dadurch die Höchstgrenze nach Art. 41 Abs. 1 KVG überschritten wird, wobei gegebenenfalls hinsichtlich der Kostentragung Art. 41 Abs. 3 KVG zu beachten ist.

Damit verhält es sich hier im Ergebnis nicht anders, als wenn sich die Versicherte aus persönlichen Gründen in einem Spital behandeln lässt, das nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons, jedoch auf derjenigen des Standortkantons liegt. Der Ausgang des vorliegenden Verfahrens ist somit durch BGE 125 V 448<sup>2</sup> präjudiziert. Demnach besteht die einzige Konsequenz für diejenige Versicherte, welche für ihre stationäre Behandlung einen ausserhalb ihres Wohnkantons liegenden Leistungserbringer wählt, in einer Verminderung des Tarifschutzes nach Art. 44 Abs. 1 KVG, und zwar in dem Sinne, dass – abgesehen von den in Art. 41 Abs. 2 und 3 KVG vorgesehenen Fällen – stets nur der Tarif im Wohnkanton der versicherten Person anwendbar ist (BGE 125 V 452 f. Erw. 3a<sup>3</sup> mit Hinweisen). Den Mehrpreis, der im andern Kanton gefordert wird, muss die Versicherte zu ihren Lasten nehmen (*Maurer*; a. a. O., S. 72; *Eugster*; a. a. O., Rz 317).

c) Daraus folgt mit dem BSV, dass die Beschwerdeführerin die Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 19. bis 23. Oktober 1998 in der Klinik B. (in M., Kanton Basel-Landschaft) gemäss Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG höchstens – aber immerhin – nach dem Tarif zu übernehmen hat, der im Wohnkanton der Versicherten (Kanton Basel-Stadt) gilt. Sollte eine solche Tarifierung (nach baselstädtischem Tarif) mindestens zum gleichen Betrag führen, wie ihn die Klinik B. am 1. März 1999 in Rechnung stellte, hätte die Beschwerdeführerin (unter Vorbehalt von Erw. 3) diesen zu vergüten.

3. – Steht fest, dass die Beschwerdeführerin für die stationäre Behandlung der Beschwerdegegnerin grundsätzlich leistungspflichtig ist (Erw. 1)

---

<sup>2</sup> siehe Nr. KV 92 (1999) dieser Sammlung

<sup>3</sup> idem

und die Kostenübernahme nach Massgabe von Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG zu erfolgen hat, bleibt zu prüfen, wie dieser grundsätzlich festgestellte Kostenvergütungsanspruch in masslicher Hinsicht zu beziffern ist.

a) Nach ausdrücklicher Bestätigung hätte die Klinik B. über ihre Leistungen für die stationäre Behandlung der in der Stadt Basel wohnenden Versicherten vom 19. bis 23. Oktober 1998 die genau gleiche Abrechnung (wie diejenige gemäss Spitalrechnung vom 1. März 1999) erstellt, auch wenn sie im Kanton Basel-Landschaft wohnhaft gewesen wäre. Weiter ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bisher nur den Teilbetrag von Fr. 1900.– aus der genannten Spitalrechnung an den Leistungserbringer überwiesen hat. Soweit es zutreffen sollte, dass sich die von der Beschwerdeführerin bereits geleistete Kostenvergütung im Umfang von total Fr. 1900.– – wie im angefochtenen Entscheid festgehalten – aus der Summe von fünf Teilbeträgen zu je Fr. 380.– zusammensetzt, ist nicht nachvollziehbar, auf welche aktenmässige Grundlage sich diese Aussage abstützt. Aus dem von der Beschwerdeführerin aufgelegten, mit Beschluss Nr. 3099 vom 23. Dezember 1997 durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft genehmigten «Spitaltax- und Tarifvertrag für Versicherte mit obligatorischer Krankenpflegeversicherung in der Klinik B.» vom 12. Dezember 1997 (nachfolgend: Tarifvertrag) ist ersichtlich, dass es sich beim Teilbetrag von Fr. 380.– gemäss Anhang 1 zum Tarifvertrag um eine ausdrücklich als «Tagesteilpauschale» bezeichnete «Grundtaxe» handelt, die nach dem klaren Wortlaut nicht alle Leistungen im Rahmen eines operativen Eingriffs mit stationärer Behandlung miteinschliesst. Anders verhielte es sich im Falle von «pauschalierten Leistungen» (vgl. Ziffer 22 lit. B des Tarifvertrages sowie Anhang 2), wozu gemäss OP-Code 04.431 des Anhanges 2 zum Tarifvertrag auch «eine Operation bei Karpaltunnel-Syndrom» gehören kann. Das kantonale Gericht erkannte in diesem Zusammenhang im Teilbetrag von Fr. 380.– unzutreffend eine «Tagespauschale». Schon aus diesem Grund ist nicht ersichtlich, weshalb der Kostenvergütungsanspruch der Beschwerdegegnerin mit Blick auf die Spitalrechnung vom 1. März 1999 auf den Betrag von fünf Tagesteilpauschalen zu je Fr. 380.– beschränkt sein sollte. Bezeichnenderweise will sich die ASSURA denn auch mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde für den Fall, dass «die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin im Grundsatz anerkannt wird», nicht auf einen konkret bezifferten Betrag hinsichtlich der Kostenübernahme festlegen. Vielmehr beschränkt sie ihre Argumentation darauf, dass der von ihr aufgelegte Tarifvertrag nur für Versicherte innerhalb des Wohnkantons Basel-Landschaft anwendbar sei, sich aber die Kostenübernahme im vorliegenden Fall nach Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG bestimme. Damit schliesst auch die Beschwerdeführerin zu-

treffend auf ihre Kostenübernahmepflicht nach den Tarifen des Wohnorts der Versicherten (BGE 125 V 455 Erw. 4<sup>4</sup>). Den vorhandenen Unterlagen ist jedoch kein Hinweis auf den konkret anwendbaren Tarif aus dem Wohnkanton Basel-Stadt zu entnehmen.

b) Nach dem Gesagten sind der angefochtene Entscheid und der Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit sie nach Feststellung des im Wohnkanton der Beschwerdegegnerin konkret anwendbaren Tarifs mit Blick auf die Spitalrechnung vom 1. März 1999 die nach Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG zu ihren Lasten zu übernehmenden Kosten ermittle und sodann eine neue Verfügung über ihre effektive Kostenübernahme erlasse.

---

<sup>4</sup> siehe Nr. KV 92 (1999) dieser Sammlung

## 1. Rechtspflege in Krankenversicherungssachen

Im Jahre 2001 wurden dem BSV in Krankenversicherungssachen 758 (Vorjahr 987) Entscheide kantonaler Versicherungsgerichte und 14 (21) Entscheide kantonaler Schiedsgerichte zugestellt. Das EVG hat 212 (163) Entscheide gefällt. Aufgrund von Artikel 53 KVG sind 33 (99) Verwaltungsbeschwerdeverfahren erledigt worden, 29 davon durch Entscheid des Bundesrats.

### Jurisprudence en matière d'assurance-maladie

En 2001, en matière d'assurance-maladie, 758 (année précédente 987) jugements de tribunaux cantonaux des assurances et 14 (21) jugements de tribunaux arbitraux cantonaux ont été notifiés à l'OFAS. Le TFA a rendu 212 (163) arrêts. En vertu de l'article 53 LAMal, 33 (99) recours administratifs ont été traités, dont 29 ont donné lieu à une décision du Conseil fédéral.

### Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattie

Nel 2001, in materia d'assicurazione malattie, 758 (anno precedente 987) sentenze di tribunali cantonali delle assicurazioni e 14 (21) sentenze di tribunali arbitrali cantonali sono state notificate all'UFAS. Il TFA ha emanato 212 (163) sentenze. In base all'articolo 53 LAMal sono stati decisi 33 (99) ricorsi amministrativi, di cui 29 dal Consiglio federale.

## 2. 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:

1093	Flims	ÖKK Flims (Zusammenschluss mit der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, K 455)	1. 1. 2002
1131	Glarus	ÖKK Dorfkrankenkasse Engi (Zusammenschluss mit der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, K 455)	1. 1. 2002

## Neue Versicherer – Nouveaux assureurs – Nuovi assicuratori:

1384	Winterthur	SWICA Krankenversicherung AG (vormals SWICA Gesundheitsorganisation)	1.1.2002
------	------------	--	----------

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

1384	Winterthur	SWICA Gesundheitsorganisation (Entzug der Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Portfeuilleübertragung auf die SWICA Krankenversicherung AG)	1.1.2002
------	------------	---	----------

1424	Ittigen	Betriebskrankenkasse der Gurit- Worbla AG (Entzug der Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflege- versicherung; Portfeuilleübertragung auf die Innova Kranken- versicherung AG, K 1563)	1.1.2002
------	---------	---	----------

## Namensänderung – Changement de nom – Cambiamento di nome:

1328	Winterthur	kmu-Krankenversicherung (vormals KGW Krankenversicherungen)	1.1.2002
------	------------	---	----------

## 3. Hinweis – Indication – Indicazione

Das neu geschaffene Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt nimmt am 2. April 2002 seine Arbeit auf. Es übernimmt diejenigen Funktionen, welche bis anhin von verschiedenen Gerichtsinstanzen im Kanton (Versicherungsgericht als Abteilung des Zivilgerichts, Rekurskommission für die Ausgleichskassen und die IV-Stellen, Schiedskommission für die Arbeitslosenversicherung) wahrgenommen wurden.

Adresse und Telefonnummer (ab April 2002) lauten:

*Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt*

*Birsigstrasse 45, Postfach, 4002 Basel, Tel. 061 205 58 58*

Le Tribunal des assurances sociales de Bâle-Ville, nouvellement créé, entre en fonction le 2 avril 2002. Il reprend les activités exercées jusqu'ici par différentes instances judiciaires cantonales (Tribunal des assurances, cour du Tribunal civil; Commission de recours pour les caisses de compensation et les offices AI; Commission arbitrale pour l'assurance-chômage).

Voici son adresse et son numéro de téléphone à partir d'avril 2002:

*Tribunal des assurances sociales de Bâle-Ville*

*Birsigstrasse 45, Case postale, 4002 Bâle, Tél. 061 205 58 58*

Il nuovo Tribunale delle assicurazioni sociali di Basilea-Città inizierà i suoi lavori il 2 aprile 2002. Riprenderà le funzioni assunte finora da varie istanze giudiziarie del Cantone (tribunale delle assicurazioni quale Corte del tribunale civile, commissione di ricorso per le casse di compensazione e gli uffici AI, commissione arbitrale per l'assicurazione contro la disoccupazione).

Indirizzo e numero telefonico (dall'aprile del 2002):

*Tribunale delle assicurazioni sociali di Basilea-Città*

*Birsigstrasse 45, Casella postale, 4002 Basilea, Tel. 061 205 58 58*

**f** **Tarif de primes – système de bonus-malus**  
**n** **U 448 Arrêt du TFA du 15 octobre 2001**  
**i** **dans la cause A. (U 184/01)**

*Tarif de primes – système de bonus-malus*  
(art. 91, 92 et 109 let. b LAA):

Il est inhérent à un système de bonus-malus tel que celui instauré par la CNA – la légalité de ce mode de fixation des primes de l'assurance-acidents a été implicitement confirmée par le TFA dans un arrêt X. non publié, du 24 août 1998 – qu'un nouvel assuré commence par payer une prime plus élevée que la moyenne avant de bénéficier d'une réduction par degré, selon une échelle préétablie, si le risque ne se réalise pas.

*Prämientarif – Bonus-Malus System (Art. 91, 92 und 109 Bst. b UVG):*

Die Tatsache, dass ein neuer Versicherter zunächst eine höhere Prämie als die Durchschnittsprämie bezahlt, bevor er – sofern das Risiko nicht eintritt – in den Genuss einer schrittweisen Prämienreduktion nach vorgegebener Skala kommt, ist einem Bonus-Malus System, wie es die SUVA eingeführt hat, inhärent. Die Gesetzmässigkeit dieser Art der Prämienfestsetzung in der Unfallversicherung wurde vom EVG in einem unveröffentlichten Urteil X. vom 24. August 1998 implizit bestätigt.

*Tariffe dei premi – sistema bonus-malus*  
(art. 91, 92 e 109 lett. b LAINF):

Il fatto che un nuovo affiliato paghi un premio più elevato rispetto alla media, prima di beneficiare di una riduzione graduale secondo una scala prestabilita nel caso in cui non si realizzi il rischio, fa parte del sistema bonus-malus introdotto dall'INSAI, la cui legalità è stata implicitamente confermata da una sentenza X. non pubblicata del TFA del 24 agosto 1998.

**U** **Extrait des considérants:**

...

**2. – a) Dans le jugement entrepris, la commission a examiné de manière circonstanciée tous les éléments qui sont à la base de la tarification décidée et pratiquée par l'intimée, y compris la question des frais administratifs et des intérêts moratoires. Il peut donc être renvoyé aux considérants 3 à 5 et 10 de son jugement.**

**b) Selon la jurisprudence de la Commission fédérale de recours, le système de bonus-malus introduit par la CNA en 1995 ne viole pas les règles**

légalles applicables à la fixation des primes dans l'assurance-accidents, et en particulier l'art. 92 al. 2 LAA (JAAC 62/III 1998 n° 67 p. 632 ss consid. 5). Il découle de cette jurisprudence que d'après ce système de calcul complexe, la prime des entreprises est fixée à la fois en fonction du classement de base de la communauté de risques en cause et des données individuelles de chaque preneur d'assurance. Celles-ci incluent la fréquence des accidents, le total des indemnités journalières versées sur une période de deux ans précédant le classement et le coût global engendré durant les cinq dernières années déterminantes. Les deux premiers critères s'appliquent essentiellement aux petites et moyennes entreprises. Plus l'entreprise est grande, plus le coût total interviendra lui aussi. La fréquence des accidents d'une entreprise sera exprimée en pour-cent de la fréquence moyenne de la communauté de risques en question, en tenant compte d'une valeur limite inférieure de 40% et d'une valeur limite supérieure de 200%. Le système de bonus-malus n'est donc pas applicable immédiatement aux entreprises nouvellement créées, faute de données personnelles indispensables au calcul de la prime nécessaire. En présence d'une nouvelle entreprise, l'intimée commence par l'attribuer à la classe et au degré applicables aux preneurs d'assurance de sa communauté de risques, sans bonus, ni malus. Puis, à la suite d'une période d'observation, soit lorsque l'entreprise possède une masse salariale durant au moins trois années sur une période de cinq ans, la CNA considère que les données individuelles sont suffisamment fiables pour lui permettre d'en tenir compte dans la détermination de la prime en application du système bonus-malus. Les adaptations de prime sont limitées, puisque l'entreprise bénéficiant d'un bonus ou devant supporter un malus ne voit sa prime s'écarter que d'un ou de deux degrés au maximum selon les communautés de risques par rapport à l'année précédente et ce, même si ses données propres sont extrêmement favorables ou, à l'inverse, très mauvaises par rapport aux résultats moyens de la communauté de risque.

Tout système de bonus-malus doit avoir un effet rapide sur la prime en cas de modification du processus d'accidents. Il en découle que la prime nécessaire d'une entreprise doit être recalculée annuellement et donc, que chaque année une modification de prime est envisageable. A cet égard, la commission a jugé, dans une décision du 12 janvier 2001, que l'entreprise a le droit d'obtenir une décision annuelle de classement, même lorsque la prime reste inchangée (JAAC 65/III 2001 n° 91 p. 992 ss).

c) La légalité de ce mode de fixation des primes de l'assurance-accident a été implicitement confirmée par la Cour de céans dans un arrêt X. non publié, du 24 août 1998 (U 94/98).

3. – a) En procédure fédérale, la recourante critique sinon le système de bonus-malus instauré par la CNA, du moins l'application qui en a été faite dans son cas. Ne remettant plus en cause le classement des années 1995 – 1998, elle soutient, pour l'essentiel, que la prime pour 1999 relative au personnel d'exploitation (70A) est trop élevée, par rapport à celle fixée par l'intimée pour les entreprises de travail temporaire créées depuis plus de trois ans, dont les données personnelles étaient connues lors de l'introduction du système de bonus-malus par l'intimée.

b) Au terme d'un examen approfondi de ce moyen déjà soulevé devant les premiers juges, la commission a constaté que la seule différence entre les entreprises de travail temporaire plus anciennes et la recourante résidait dans le fait qu'en 1995 les entreprises qui payaient une prime inférieure à la prime moyenne de la nouvelle communauté de risques 70A ont bénéficié d'une adaptation progressive et qu'à l'inverse, les entreprises qui avaient un taux de prime supérieur en 1994 n'ont pas tout de suite bénéficié du taux de prime moyen de cette communauté de risques. La commission a considéré que cette distinction était toutefois étroitement liée à la mise en place du nouveau tarif bonus-malus et constituait une mesure transitoire admissible. Elle en a conclu que replacée dans son contexte, la prime litigieuse, telle qu'elle a été fixée par la recourante en 1999, n'apparaissait pas discriminatoire par rapport aux primes dues par les entreprises de travail temporaires en 1995, lors de l'introduction du nouveau tarif.

c) Il est inhérent à un système de bonus-malus tel que celui instauré par la CNA qu'un nouvel assuré commence par payer une prime plus élevée que la moyenne avant de bénéficier d'une réduction par degré, selon une échelle préétablie, si le risque ne se réalise pas (cf. *Maurer*, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3e éd., 1995, p. 553 et ss; comp. art. 98 OAMaL).

Aussi bien l'argumentation de la commission développée au consid. 5 du jugement attaqué est-elle convaincante et la recourante ne démontre pas en quoi cette démonstration serait contraire à la loi.

...

# **Causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident de moyenne gravité**

U 449 Arrêt du TFA du 22 novembre 2001  
dans la cause J. L. (U 25/99)

*Causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident de moyenne gravité (art. 6 al. 1 LAA):*

Causalité adéquate niée dans le cas d'un assuré manuel dont la main dominante a été mutilée lorsqu'il découpait une plaque métallique avec une scie circulaire. Le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques n'est pas réalisé au regard de l'ensemble des circonstances (cons. 4c).

Le TFA a renoncé à admettre ou à exclure de manière générale et définitive que des blessures à la main chez un travailleur manuel soient propres à réaliser ce critère (cons. 4b).

*Adäquater Kausalzusammenhang psychischer Störungen nach einem mittelschweren Unfall (Art. 6 Abs. 1 UVG):*

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wurde im Falle eines versicherten Handwerkers, der beim Zerschneiden einer Metallplatte mit der Kreissäge die Gebrauchshand verloren hat, verneint. Das Kriterium der Schwere oder der Besonderheit der Körperschädigung, die erfahrungsgemäss psychische Störungen auslösen kann, ist mit Blick auf die Gesamtumstände nicht erfüllt (Erw. 4c).

Das EVG hat darauf verzichtet, allgemein und endgültig anzuerkennen oder auszuschliessen, dass Handverletzungen bei einem Handwerker dieses Kriterium erfüllen (Erw. 4b).

*Causalità adeguata nel caso di disturbi psichici a seguito d'infortunio di gravità media (art. 6 cpv. 1 LAINF):*

La causalità adeguata viene negata nel caso di un manovale affiliato, la cui mano più abile sia stata mutilata tagliando una piastra metallica a mezzo di una sega circolare. Il criterio della gravità o della natura particolare delle lesioni fisiche atte, secondo esperienza, a comportare disturbi psichici, non è adempiuto dalla fattispecie (cons. 4c).

Il TFA ha rinunciato ad ammettere o ad escludere in maniera generale e definitiva che ferite recate alla mano di un manovale siano atte ad adempiere questo criterio (cons. 4b).

Extrait des considérants:

...

4. – a) Pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

En présence d'un accident de gravité moyenne, comme l'ont à juste titre qualifié en l'espèce les premiers juges, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (*Frésard, L'assurance-accidents obligatoire*, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), n° 39 et les références).

b) La question de savoir si le deuxième des critères énoncés ci-dessus est à prendre en considération en matière d'accidents de la main ou des mains a reçu des réponses diverses dans la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Ainsi dans un arrêt non publié M. du 13 juin 1996 (U 233/95), un serrurier avait eu la main droite coincée dans une machine avec comme résultat une amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire et partielle de l'annulaire. Le tribunal avait admis la causalité adé-

quate avec les suites psychiques survenues quinze mois plus tard; il avait considéré que cet accident se situait à la limite supérieure des accidents de moyenne gravité et que, notamment, le critère de la nature particulière de la blessure était donné dès lors que la main dominante, déterminante pour cette profession, avait été lésée, que l'accident obligeait à un changement de profession et que les blessures portaient atteinte au fondement de l'existence.

L'arrêt non publié K. du 14 novembre 1996 (U 5/94) concernait un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine; l'auriculaire avait été amputé, alors que l'annulaire douloureux ne pouvait plus être utilisé et qu'une atrophie des autres doigts persistait. La causalité adéquate entre cet accident de moyenne gravité et les suites psychiques avait été niée, l'application du critère de la nature particulière de la blessure étant écartée. Les mêmes conclusions ont été retenues dans l'arrêt non publié K. du 17 décembre 1996 (U 185/96). Un aide-serrurier avait subi un accident avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche.

Enfin l'arrêt I. du 23 mars 1999 (RAMA 1999 U 346 p. 428) concernait un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte par la machine, lui occasionnant une amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index. L'accident étant considéré comme de gravité moyenne à la limite supérieure, la causalité adéquate avec les suites psychiques avait été admise. Le critère de la nature particulière de la blessure avait été retenu dès lors que l'atteinte touchait la main d'un ouvrier manuel, organe qui lui permettait l'exercice de sa profession et que la perte pratiquement de cet organe signifiait la perte de l'indépendance économique.

Ainsi que cela ressort de ces arrêts, l'application de ce critère dépend pour une bonne part aussi des circonstances du cas, si bien que l'on ne saurait, de manière générale et définitive, en admettre ou au contraire en exclure l'application dans le cas des accidents de la main.

Il n'en demeure pas moins que pour être retenu, ce critère postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (cf. dans ce sens *Murer/Kind/Binder: Kriterien zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges bei erlebnisreaktiven (psychogenen) Störungen nach Unfällen*, in SZS 1993, p. 142). En outre, l'appel à l'expérience a pour but de distinguer la simple relation de causalité naturelle entre ces lésions physiques et les suites psychiques éventuelles de la relation de causalité adéqua-

te, seules les conséquences qualifiées pouvant être retenues à ce titre (sur le but visé par la causalité adéquate, cf ATF 123 V 102, consid. 3b).

c) En l'occurrence, l'intimé présente, pour l'essentiel, un petit raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre lié à une arthrodèse en légère flexion de l'IP, associés à un index enraidé en extension présentant une sensibilité médiocre, douloureux et donc exclu. Sa main est entière avec un aspect de peau lisse, tendue, dans la zone du pouce et de l'index, ainsi que quelques cicatrices. Bien qu'il n'utilise pas sa main gauche en situation de travail, l'assuré effectue les gestes de la vie courante de manière naturelle, sans aucune retenue et sans crainte de ressentir des douleurs au niveau de la main gauche.

Considéré comme de gravité moyenne, l'accident a entraîné des blessures à la main gauche de gravité relative. Certes l'atteinte touche un organe important chez un ouvrier manuel mais la nature de la blessure, au vu de ses conséquences purement physiques, n'est cependant pas telle que, selon l'expérience, ce critère puisse être in casu retenu. Les précédents évoqués ci-dessus ne permettent au demeurant pas d'aboutir à d'autres conclusions.

Par ailleurs, le traitement médical n'a pas été particulièrement long, le docteur H. de la Clinique Z., constatant le 13 octobre 1992 déjà, que l'évolution était favorable en ce qui concerne le pouce gauche. Aucune erreur médicale ne ressort du dossier. En définitive, comme aucune autre circonstance énumérée ci-dessus (cf. consid. 4a) ne peut être retenue, l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident survenu le 16 juin 1992 et les troubles psychiques doit être niée.

...

# Versicherter Verdienst

U 450 Urteil des EVG vom 30. November 2001

i. Sa. E. M. (U 282/99)

*Versicherter Verdienst (Art. 22 Abs. 2 Bst. c UVV):*

Begriff des berufs- und ortsüblichen Lohnes. Unzulässigkeit der Bestimmung des berufs- und ortsüblichen Lohnes im Bereich der obligatorischen Versicherung mittels verwaltungsrechtlichen Vertrages (Erw. 5c).

*Gain assuré (art. 22 al. 2 let. c OLAA):*

Notion du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux. La détermination du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux dans le domaine de l'assurance obligatoire par le biais d'un contrat de droit administratif est inadmissible (cons. 5c).

*Guadagno assicurato (art. 22 cpv. 2 lett. c OAINF):*

Concetto di salario corrispondente agli usi professionali e locali. La determinazione del salario corrispondente agli usi professionali e locali nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria mediante contratto di diritto amministrativo risulta inammissibile (cons. 5c).

## Auszug aus den Erwägungen:

...

3. – Es steht fest und ist unbestritten, dass der versicherte Verdienst im Ereignisjahr in Anwendung von Art. 24 Abs. 2 UVV um 10 % anzuheben ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 327 S. 111 Erw. 3c mit Hinweisen). Streitig und näher zu prüfen ist dagegen die Höhe des versicherten Verdienstes im letzten Jahr vor dem Unfall, der sich vorliegend nach dem berufs- und ortsüblichen Lohn im Sinne von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV bemisst.

4. – Während SUVA und Vorinstanz die am 20. Juni 1978 abgeschlossene Vereinbarung, wonach der berufs- und ortsübliche Jahreslohn bis auf Widerruf Fr. 36 000.– beträgt, als bindend betrachten, verlangt der Beschwerdeführer, der Betrag sei losgelöst von dieser Abmachung anhand der wirklichen Verhältnisse festzulegen.

5. – a) Im Unterschied zur freiwilligen Versicherung (Art. 138 UVV) ist die vertragliche Festsetzung des versicherten Verdienstes als Grundlage für die Beitragsfestsetzung wie auch die Leistungszusprechung in der obligatorischen Versicherung gesetzlich nicht vorgesehen. Indessen sind verwal-

tungsrechtliche Verträge nicht nur dort zulässig, wo sie das Gesetz ausdrücklich erwähnt. Sie können auch stillschweigend zugelassen sein, sofern sie vom Gesetz nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind (BGE 105 Ia 209 Erw. 2a; 103 Ia 512 Erw. 3a). Vorausgesetzt ist indessen, dass das Gesetz nach seinem Sinn und Zweck der Konkretisierung durch verwaltungsrechtlichen Vertrag und nicht durch Verfügung bedarf (*Häfelin/Haller*, Grundriss des Allgemeinen Verwaltungsrechts, 3. Aufl., Zürich 1998, S. 219 Rz. 862; *Blaise Knapp*, Grundlagen des Verwaltungsrechts, Band I, Basel 1992, N 1521; vgl. auch *Schwarzenbach-Hanhart*, Grundriss des allgemeinen Verwaltungsrechts, 11. Aufl., Bern 1997, S. 145). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass eine als zulässig betrachtete Vereinbarung grundsätzlich nur inter partes Geltung hat und daher auch nicht einer Drittperson bei deren Leistungsbegehren entgegen gehalten werden kann. Dies ist indessen vorliegend ohne Belang, da dem Beschwerdeführer mit Blick auf den Umstand, dass er das Formular vom 20. Juni 1978 namens der Firma unterzeichnet und in der Folgezeit bis zum Unfallereignis eine dominierende Stellung in der Gesellschaft inne hatte, das Verhalten des Arbeitgebers voll anzurechnen ist.

b) Eine Konkretisierung des berufs- und ortsüblichen Lohnes gemäss Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV mittels verwaltungsrechtlichen Vertrages wäre einzig dann zulässig, wenn der Versicherer zu dessen Ermittlung auf die Mitwirkung des Versicherten angewiesen und daher dessen Einbindung in die Sachverhaltsabklärung erforderlich ist. Eine Antwort darauf setzt die Klärung des Begriffs berufs- und ortsüblicher Lohn voraus.

c) Dem Begriff «orts- und berufsüblicher Lohn» ist die Frage nach dem mit der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit ordentlicherweise erzielbaren Verdienst eigen. Darunter fallen auch (und in erster Linie) die Löhne von in vergleichbarer Funktion tätigen Angestellten ohne besondere Beziehung zum Arbeitgeber, was übrigens nicht nur der Wortlaut, sondern auch der Zweck der fraglichen Bestimmungen gebietet. Es soll sichergestellt werden, dass Personen mit persönlicher Verflechtung mit dem Arbeitgeber mindestens einem marktkonformen Lohn entsprechend versichert sind (vgl. auch das Votum des damaligen Vizedirektors des bei der Ausarbeitung der UVV federführenden BSV anlässlich der Kommissionssitzung zur Vorbereitung der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung vom 29. April 1981, wonach die vom Bundesamt vorgeschlagene Bestimmung erreichen will, dass Leute, die wegen ihrer Stellung einen niedrigeren Lohn als den üblichen hätten, sich für den orts- und berufsüblichen Lohn versichern können; Sitzungsprotokoll, S. 33). Hingegen geht es nicht darum, die tatsächlichen Einkommensverhältnisse (AHV-pflichtiger Lohn, zuzügl. ver-

deckte Gewinnausschüttung, nicht deklariertes Naturallohn, in der Firma belassener Gewinn, etc.) zu erfassen, wovon die SUVA auszugehen scheint und was in der Tat ohne die Mitwirkung der Arbeitgeberin nahezu unmöglich wäre.

Ein derart verstandener berufs- und ortsüblicher Verdienst lässt sich, bei Kenntnis der im Betrieb wahrgenommenen Funktion sowie des Arbeitspensums und allenfalls auch der Leistung, auf einfache Weise ohne die Mitwirkung der versicherten Person und/oder deren Arbeitgeber bestimmen (Befragung von ortsnahen Firmen, die eine vergleichbare Stelle anbieten, Tabellenlöhne, usw.), womit kein Raum für eine vertragliche Festsetzung des versicherten Verdienstes als Grundlage für die Leistungszusprechung besteht. Das vom Beschwerdeführer für die Firma unterzeichnete Formular vom 20. Juni 1978 ist daher lediglich als Erklärung über den mutmasslichen berufs- und ortsüblichen Lohn anzusehen, wie sie – in gleicher Weise bei der AHV (Art. 25 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 26 Abs. 2 AHVV) – insbesondere bei einer Betriebseröffnung notwendig ist (vgl. in diesem Zusammenhang den damaligen Führer der SUVA zur obligatorischen Unfallversicherung, 26. Aufl., Dez. 1979, S. 42 f.). Infolgedessen kann das Formular vom 20. Juni 1978 dem Beschwerdeführer nicht mit der Begründung entgegen gehalten werden, es handle sich dabei um einen im Zeitpunkt der Leistungsbegründung noch gültig gewesenen verwaltungsrechtlichen Vertrag.

6. – a) Gemäss den von der SUVA am 26. und 27. Februar 1992 bei Radio-TV-Geschäften eingeholten Auskünften betrug damals der Durchschnittsverdienst eines guten Radio-TV- Elektrikers im Raum Basel im Alter von ca. 45 Jahren etwa Fr. 74 000.– im Jahr. Damit lag der berufs- und ortsübliche Lohn zum massgebenden Zeitpunkt massiv über demjenigen, den die SUVA bis zuletzt den Prämienabrechnungen zu Grunde gelegt hatte.

b) aa) Es finden sich zwar weder im Gesetz noch in der Verordnung Bestimmungen, die den Versicherten bei der Festlegung des versicherten Verdienstes zur Mitwirkung in die Pflicht nehmen. Dagegen ergeben sich aus Art. 93 UVG spezifische Mitwirkungspflichten des Arbeitgebers. Einerseits bedarf der Versicherer einer Auskunft des Arbeitgebers über die mutmasslichen Löhne, damit er die Prämien zum Voraus schätzen und bekannt geben kann (Art. 93 Abs. 2 UVG; so schon Art. 110 Abs. 1 KUVG). Des Weiteren hat der Arbeitgeber laufend Aufzeichnungen u.a. über die Löhne zu machen und auf Verlangen weitere Auskünfte zu erteilen (Art. 93 Abs. 1 UVG; so schon Art. 64 Abs. 1 und 2 sowie Art. 112 Abs. 1 KUVG). Sodann gilt damals wie heute die Regel, dass der Arbeitgeber nach Ende des Rechnungsjahres die zur Berechnung der endgültigen Prämien massgebenden

Löhne zu melden hat (Art. 120 Abs. 2 UVV; Art. 28 Abs. 1 aVO II). Wenn die Lohnaufzeichnungen keine sichere Auskunft geben, legt der Versicherer der Prämienberechnung andere Erhebungen zu Grunde (Art. 93 Abs. 4 UVG, Art. 112 Abs. 1 aKUVG, je Satz 2), wobei eine verfügungsweise Festsetzung der Prämien dann in Betracht fällt, wenn der Arbeitgeber die für die Prämienfestsetzung erforderlichen Angaben nicht gemacht hat (Art. 120 Abs. 3 UVV).

bb) Die Firma hat sich nun aber seit der Erklärung vom 20. Juni 1978 darauf beschränkt, der SUVA jährlich die tatsächlich ausbezahlten Löhne zu melden. Auf die von der Anstalt im Schreiben vom 7. August 1986 ausdrücklich gestellte Frage nach einer allfälligen Erhöhung der versicherten Verdienste von Gesellschaftern und Familienangehörigen hat sie nicht reagiert. Dies, obwohl der am 20. Juni 1978 erklärte berufs- und ortsübliche Lohn von der SUVA in für die Firma leicht erkennbarer Weise in der jüngeren Vergangenheit zu tief festgesetzt worden war. Damit ist sie ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen. Für die SUVA war umgekehrt die fehlende Aktualität des bisher angenommenen versicherten Verdienstes nicht ohne weiteres auszumachen, kannte sie doch weder die vom Versicherten aktuell eingenommene Funktion im Betrieb noch dessen Arbeitszeit, was einen Vergleich mit dem am 20. Juni 1978 erklärten berufs- und ortsüblichen Lohn verunmöglichte. Sie hatte daher, nachdem der Arbeitgeber einerseits in der Vergangenheit für die Prämienfestsetzung genügend Angaben lieferte und andererseits die ausdrückliche Frage nach einer allfälligen Erhöhung der versicherten Verdienste von Gesellschaftern und Familienangehörigen nicht beantwortete, keinen Anlass, davon auszugehen, dass der für diese Personen gemeldete Lohn nicht mehr den tatsächlichen Verhältnissen entsprach.

Es verdient keinen Rechtsschutz, wenn ein Versicherter – wie vorliegend – in Verletzung der ihm anzurechnenden [Erw. 5a in fine hiervor] Mitwirkungspflichten der Firma über Jahre eine Taggeld- und Rentenversicherung auf der Basis eines bestimmten versicherten Verdienstes erwirkt und dann umgekehrt im Leistungsfall geltend macht, eben dieser versicherte Verdienst entspreche seit langer Zeit nicht mehr den tatsächlichen Verhältnissen. Vielmehr gebietet hier das Rechtsmissbrauchsverbot zusammen mit dem Äquivalenzprinzip, dass bei der Leistungsbemessung der gleiche versicherte Verdienst zu Grunde gelegt wird, wie zuletzt bei der Beitragsbemessung.

# Invalidenrente und Integritätsentschädigung bei Rückfällen oder Spätfolgen

U 451 Urteil des EVG vom 10. Dezember 2001

i. Sa. B. F. (U 427/99)

*Versicherter Verdienst für die Bemessung der Invalidenrente bei Rückfällen (Art. 15 Abs. 3 UVG; Art. 24 Abs. 2 UVV):*

Bestätigung der Rechtsprechung, wonach für die Rentenfestsetzung bei Rückfällen an das Arbeitsverhältnis im Zeitpunkt des versicherten Unfalls anzuknüpfen ist, während Änderungen in den erwerblichen Verhältnissen (berufliche Veränderungen, Karriereschritte, neues Arbeitsverhältnis mit höherem Lohn) ausser Acht bleiben. Art. 24 Abs. 2 UVV ist verfassungs- und gesetzeskonform (Erw. 3).

*Berechnungsgrundlage für die auf Grund eines Rückfalls oder einer Spätfolge festgesetzte Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 2 und 25 Abs. 1 UVG):*

Massgebend ist der Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes am Unfalltag. Hat sich der Unfall vor Inkrafttreten des UVG (1. Januar 1984) ereignet, ist vom Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes am 1. Januar 1984 auszugehen (Erw. 4).

*Gain assuré pour le calcul de la rente d'invalidité en cas de rechute (art. 15 al. 3 LAA; art. 24 al. 2 OLAA):*

Confirmation de la jurisprudence selon laquelle pour fixer la rente en cas de rechute, il faut se baser sur le rapport de travail qui existait au moment de l'accident assuré et ne pas tenir compte des changements intervenus dans les conditions de revenu (changement de profession, avancement, nouvel emploi avec un salaire plus élevé). L'art. 24 al. 2 OLAA est conforme à la constitution et à la loi (cons. 3).

*Base de calcul pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de rechute ou de séquelles tardives (art. 24 al. 2 et 25 al. 1 LAA):*

Est déterminant le montant maximum du gain annuel assuré en vigueur le jour de l'accident. Si l'accident a eu lieu avant l'entrée en vigueur de la LAA (1<sup>er</sup> janvier 1984), il faut se baser sur le montant maximum du gain annuel assuré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1984 (cons. 4).

*Guadagno assicurato per il calcolo della rendita d'invalidità in caso di ricaduta (art. 15 cpv. 3 LAINF; art. 24 cpv. 2 OAINF):*

Conferma della giurisprudenza secondo la quale per il calcolo della rendita in caso di ricaduta fa stato il rapporto di lavoro al momen-

to in cui è occorso l'evento assicurato, mentre non vanno considerati i cambiamenti di reddito successivi (cambiamenti professionali, scatti di carriera, nuovo contratto con salario più elevato). L'art. 24 cpv. 2 OAINF è conforme alla legge e alla Costituzione (cons. 3).

*Base di calcolo per l'indennità per menomazione dell'integrità in caso di ricaduta o di postumi tardivi (art. 24 cpv. 2 e 25 cpv. 1 LAINF):*

È determinante l'importo massimo del guadagno assicurato annuo vigente il giorno dell'infortunio. Nel caso in cui l'infortunio fosse occorso prima dell'entrata in vigore della LAINF (1° gennaio 1984), fa stato l'importo massimo del guadagno assicurato annuo vigente il 1° gennaio 1984 (cons. 4).

Auszug aus den Erwägungen:

...

3. – a) Nach der Rechtsprechung wird bei Rückfällen, die mehr als fünf Jahre nach dem Unfall eingetreten sind, für die Berechnung der Invalidenrenten nach Art. 24 Abs. 2 UVV vorgegangen. Mit dieser Sonderregel soll vermieden werden, dass ein Versicherter mit langdauernder Heilbehandlung, dessen Rentenanspruch erst mehr als fünf Jahre nach dem Unfall entsteht, auf dem vor dem Unfall erzielten Lohn haften bleibt, was vor allem dann zu stossenden Ergebnissen führen würde, wenn die Löhne während dieser Zeit zufolge überdurchschnittlicher Lohnerhöhung stark ansteigen. Angestrebt wird also die Anpassung an die normale Lohnentwicklung im angestammten Tätigkeitsbereich (BGE 123 V 51 Erw. 3c, 118 V 303 Erw. 3b). Hingegen ermöglicht auch die Sonderregel von Art. 24 Abs. 2 UVV nicht, eine vom Versicherten angestrebte berufliche Weiterentwicklung und damit eine ohne Unfall mutmasslich realisierte Lohnerhöhung mit zu berücksichtigen (RKUV 1999 Nr. U 327 S. 111 Erw. 3c). In RKUV 1999 Nr. U 340 S. 404, ebenfalls die Rentenfestsetzung bei einem Rückfall (10 Jahre nach dem Unfall) betreffend, erachtete das Eidgenössische Versicherungsgericht bei der Bestimmung des versicherten Verdienstes wiederum das Arbeitsverhältnis im Zeitpunkt des versicherten Unfalls als massgebend. Arbeitsverhältnisse, die erst nach dem Unfallereignis angetreten werden, fallen ausser Betracht. Nach Wiederholung des Grundsatzes, dass eine spätere Rentenrevision nicht dazu dienen kann, den massgebenden Jahresverdienst anzupassen (BGE 119 V 492 Erw. 4b), legte das Gericht dar, nicht anders verhalte es sich grundsätzlich, wenn zwischen dem Eintritt des versicherten Ereignisses und der Rentenfestsetzung nach Art. 24 Abs. 2 UVV eine berufliche Veränderung oder Karriereschritte zu höherem Einkommen führen oder ein

neues Arbeitsverhältnis mit anderem Lohnniveau angetreten wird. Dabei handle es sich um Änderungen in den erwerblichen Verhältnissen, die bei der Bemessung des für die Rentenberechnung massgebenden Verdienstes ausser Acht bleiben müssen. An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten: Entgegen der Auffassung der Vorinstanz liegt keine echte Gesetzeslücke (vgl. BGE 125 V 11 f. Erw. 3 mit Hinweisen) vor. Art. 15 Abs. 3 UVG beauftragt den Bundesrat, Bestimmungen über den versicherten Verdienst in Sonderfällen, u.a. bei langdauernder Taggeldberechtigung, zu erlassen (lit. a). Dies hatte der Bundesrat bereits in der Botschaft zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 18. August 1976 vorgeschlagen. In den Erläuterungen zählte er alle zu regelnden Sonderfälle auf, wobei er denjenigen der langdauernden Taggeldberechtigung umschrieb mit «langandauernde Taggeld-Berechtigung oder Festsetzung der Rente für einen weit zurückliegenden Unfall» (BBl 1976 III 189). Bezüglich des massgebenden Lohnes für das Taggeld in Sonderfällen enthält Art. 23 UVV in Ausführung von Art. 15 Abs. 3 lit. a UVG in Abs. 7 und 8 Bestimmungen, wobei Abs. 8 ausdrücklich den Rückfall regelt. Der gestützt auf Art. 15 Abs. 3 UVG ergangene Art. 24 Abs. 2 UVV nimmt demgegenüber zwar nicht ausdrücklich auf den Rückfall Bezug, ist aber vom Wortlaut her auf Rückfälle anwendbar. Da der Bundesrat die Taggeldberechnung bei Rückfällen im vorhergehenden Artikel ausdrücklich geregelt hat, verbietet sich die Annahme, dass ihm die Rückfallproblematik in der darauf folgenden Bestimmung im Zusammenhang mit der Rentenberechnung entgangen ist. Vielmehr hat er hierfür eine andere Lösung getroffen, die auf ihre Verfassungs- (Art. 8 Abs. 1 BV; zur Anwendung der neuen Bundesverfassung im Rahmen der Überprüfung unselbständigen Ordnungsrechts auf Verfahren, in denen der angefochtene Entscheid vor dem 1. Januar 2000 ergangen ist: vgl. BGE 126 V 52 Erw. 3) und Gesetzmässigkeit zu überprüfen ist.

b) Nach der Rechtsprechung kann das Eidgenössische Versicherungsgericht Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich, von hier nicht in Betracht fallenden Ausnahmen abgesehen, auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüfen. Bei (unselbständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation stützen, prüft es, ob sie sich in den Grenzen der dem Bundesrat im Gesetz eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Bundesrat durch die gesetzliche Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung beschränken, ob die umstrittenen Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenzen herausfallen oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desje-

nigen des Bundesrates setzen und es hat auch nicht die Zweckmässigkeit zu untersuchen. Die vom Bundesrat verordnete Regelung verstösst allerdings dann gegen Art. 8 Abs. 1 BV, wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen lässt, wenn sie sinn- oder zwecklos ist oder wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt. Gleiches gilt, wenn die Verordnung es unterlässt, Unterscheidungen zu treffen, die richtigerweise hätten berücksichtigt werden sollen (BGE 127 V 70 Erw. 5a, 126 II 404 Erw. 4a, 126 V 52 Erw. 3b, 365 Erw. 3, 473 Erw. 5b, je mit Hinweisen).

c) Art. 15 Abs. 3 UVG räumt dem Bundesrat einen sehr weiten Ermessensspielraum ein, indem er bestimmt, welche Sonderfälle zu regeln sind, aber offen lässt, wie dies zu geschehen hat. Art. 24 Abs. 2 UVV fällt nicht offensichtlich aus dem Kompetenzrahmen. Insbesondere ist das Anknüpfen an das Arbeitsverhältnis, das vor dem Unfall bestanden hat, auch im Sonderfall vereinbar mit dem vom Gesetzgeber gewählten Konzept des Vorunfallverdienstes, auch als abstrakte Berechnungsmethode bezeichnet (vgl. BGE 118 V 293 Erw. 2e; Botschaft zum UVG, BBl 1976 III 167 und 189; *Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 321 und 326; vgl. auch S. 333).

Unter dem Gesichtspunkt der rechtsgleichen Behandlung fällt die Regelung der Taggeldberechnung bei Rückfällen in Art. 23 Abs. 8 UVV auf, die der konkreten Berechnungsmethode folgt (*Maurer*; a.a.O., S. 321). Die Taggeldberechnung ist auch hinsichtlich der Abänderungsfrist (Art. 23 Abs. 7 UVV) im Vergleich zu Art. 24 Abs. 2 UVV mehr auf die Deckung des tatsächlich entgangenen Verdienstes ausgerichtet als die Rentenberechnung. Im vorliegenden Fall wird jedoch – anders als in BGE 117 V 170 (Ungleichbehandlung von Grund- und Rückfall hinsichtlich der Taggeldberechnung von Saisoniers) oder RKUV 1990 Nr. U 114 S. 385 (Fehlen einer Art. 23 Abs. 3 UVV entsprechenden Sondernorm für die Rentenberechnung bei unregelmässiger Erwerbstätigkeit oder starken Lohnschwankungen) – nicht eine Ungleichbehandlung geltend gemacht. Gegenteils wird die Gleichbehandlung von Grundfall und Rückfall bei der Rentenberechnung in Frage gestellt. Diese – und damit die unterschiedliche Behandlung des Rückfalls bei der Taggeld- und der Rentenberechnung – ist indessen mit Blick auf das seitens der Gesetzgebung gewählte Konzept mit Vorunfalllohn (abstrakte Berechnungsmethode) sowie den Umstand, dass die bei der analogen Anwendung von Art. 23 Abs. 8 UVV – betreffend den versicherten Verdienst für die Taggeldfestsetzung bei Rückfällen – mögliche Verschlechterung bei Dauerleistungen stossender wäre als bei vorübergehend entrichteten Taggeldleistungen, nicht zu beanstanden. Der angefochtene Entscheid ist somit im Rentenpunkt hinsichtlich des versicherten Verdienstes aufzuheben.

4. – Zu prüfen bleibt die Höhe des Jahresverdienstes, welcher der Berechnung der Integritätsentschädigung zu Grunde zu legen ist.

a) Gemäss Art. 24 Abs. 2 UVG wird die Integritätsentschädigung mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt. Nach Art. 25 Abs. 1 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Der Anspruch auf Integritätsentschädigung besteht auch bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 UVV; *Frei*, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1997, S. 21). Dies gilt für Versicherte der SUVA (Art. 118 Abs. 2 UVG) auch in Fällen, in denen sich der Unfall – wie hier – vor dem Inkrafttreten des UVG (1. Januar 1984) ereignet hat, sofern evolutives Geschehen über diesen Zeitpunkt hinaus angehalten hat, sodass damals weder Erheblichkeit noch Dauerhaftigkeit schlüssig feststellbar waren; in diesen Fällen ist der Anspruch erst unter der Geltung des UVG entstanden, weshalb eine Integritätsentschädigung in Frage kommt (RKUV 1988 Nr. U 50 S. 284 f. Erw. 1b). Eine Integritätsentschädigung wird in solchen Fällen u.a. ausgerichtet, wenn der Schaden durch Rückfall oder Spätfolgen nach dem 1. Januar 1984 dauernd und erheblich (mindestens 5%) zugenommen hat; alsdann erfolgt eine Teilvergütung für die Zunahme (RKUV 1988 Nr. U 50 S. 286 Erw. 2b).

b) Hinsichtlich der Basis der Integritätsentschädigung fehlt es an einer Art. 15 Abs. 3 UVG entsprechenden Gesetzesbestimmung, welche dem Bundesrat die Kompetenz einräumen würde, Vorschriften über die Berechnung der Integritätsentschädigung in Sonderfällen zu erlassen. Aus dem Fehlen einer Regelung für die Integritätsentschädigungsberechnung in Art. 25 Abs. 1 UVG bei Rückfällen und Spätfolgen ist indessen nicht auf eine echte Gesetzeslücke zu schliessen, indem eine unvermeidlich sich stellende Rechtsfrage nicht beantwortet würde (BGE 125 V 11 f. Erw. 3 mit Hinweisen). Denn die Integritätsentschädigung wird nach Art. 24 Abs. 1 UVG für eine durch den Unfall verursachte dauernde erhebliche Schädigung der Integrität gewährt. Art. 36 Abs. 1 UVV hält sodann fest, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens in gleichem Umfang besteht; die Bestimmung ist gesetzmässig (BGE 124 V 36 ff. Erw. 4, 211 Erw. 4b). Diese Konzeption der Gesetzgebenden Organe zeigt, dass eine Revision der Integritätsentschädigung gar nicht vorgesehen war und im Gesetz denn auch nicht geregelt wurde. Da es sich bei Rückfällen und Spätfolgen um besondere revisionsrechtliche Tatbestände

handelt (BGE 118 V 297 Erw. 2d mit Hinweis), ist es folgerichtig, dass auch hierfür im Gesetz keine Regelung getroffen wurde. In den vorstehend (Erw. 4a hievor) umschriebenen Konstellationen ist ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bei Rückfällen und Spätfolgen anzunehmen, wenn Erheblichkeit und Dauerhaftigkeit des Integritätsschadens bei Festsetzung der Invalidenrente oder Abschluss der ärztlichen Behandlung nicht erkennbar waren. Für die Berechnung der Integritätsentschädigung in derartigen Fällen ist vom Wortlaut von Art. 25 Abs. 1 UVG auszugehen, der für die Auslegung in erster Linie massgebend ist (BGE 126 II 80 Erw. 6d, 126 III 104 Erw. 2c, 126 V 58 Erw. 3, 105 Erw. 3, je mit Hinweisen). Entsprechend den Ausführungen der SUVA ist daher bei Rückfällen und Spätfolgen von Unfällen, die sich unter der Herrschaft des KUVG, welches das Institut der Integritätsentschädigung nicht kannte, ereignet haben, auf den höchstversicherten Verdienst bei Inkrafttreten des UVG (am 1. Januar 1984) abzustellen, der damals Fr. 69 600.- betrug (vgl. auch *Frei*, a.a.O., S. 136). Eine Verzinsung der auf dieser Grundlage berechneten Integritätsentschädigung im Sinne eines Ausgleichszinses ab 1. Januar 1984, in Weiterführung von BGE 113 V 48 betreffend Fälle, in denen die Integritätsentschädigung entgegen Art. 24 Abs. 2 UVG ausnahmsweise später als die Invalidenrente festgesetzt werden kann, fällt nicht in Betracht, da vorliegend die Integritätsentschädigung für den Rückfall nicht in einem späteren Zeitpunkt verfügt wurde als die Invalidenrente für den Rückfall. Ebenso wenig gefolgt werden kann schliesslich dem Vorschlag von *Maurer* (a. a. O., S. 419), wonach für die Bestimmung des Höchstbetrages des versicherten Jahresverdienstes bei Spätfolgen (und wohl auch Rückfällen) analog zu Art. 24 Abs. 2 UVV auf den Höchstbetrag abgestellt werden sollte, der bei Auftreten der Spätfolge gilt. Denn auch diese Lösung, mit welcher der Teuerung im Zeitraum zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Spätfolge Rechnung getragen werden soll, findet in Gesetz und Verordnung keine Grundlage. Zwar ist nicht zu verkennen, dass ein Abstellen auf den höchstversicherten Verdienst bei Inkrafttreten des UVG am 1. Januar 1984 in Fällen wie dem vorliegenden zu unbefriedigenden Resultaten führt. Es ist indessen nicht Sache des Gerichts, sondern obläge dem Gesetzgeber, eine angemessene Lösung zu finden.

...

## Rechtspflege in der Unfallversicherung

Im Jahre 2001 wurden dem BSV in Unfallversicherungssachen 1368 (Vorjahr 1742) Entscheide kantonaler Versicherungsgerichte zugestellt. Das Eidg. Versicherungsgericht hat 511 (400) Entscheide gefällt, während die Eidg. Rekurskommission für die Unfallversicherung 18 (26) Beschwerden behandelte.

## Jurisprudence en matière d'assurance-accidents

En 2001, en matière d'assurance-accidents, 1368 (année précédente 1742) jugements de tribunaux cantonaux des assurances ont été notifiés à l'OFAS. Le Tribunal fédéral des assurances a rendu 511 (400) arrêts, tandis que la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-accidents a traité 18 (26) recours.

## Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni

Nel 2001, in materia d'assicurazione infortuni, 1368 (anno precedente 1742) sentenze di tribunali cantonali delle assicurazioni sono state notificate all'UFAS. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha emanato 511 (400) sentenze; la Commissione federale di ricorso in materia di assicurazione contro gli infortuni a emanato 18 (26) sentenze.

## Korrigenda RKUV 6-2001

Bei der Drucklegung der RKUV-Ausgabe Nr. 6/2001 haben sich leider Fehler eingeschlichen, auf die wir Sie nachfolgend aufmerksam machen möchten:

### Korr. U 441, S. 542

*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).

### Korr. U 442, S. 544

*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).

### Korr. U 445, S. 555

*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.

## Korr. U 447, S. 562

*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).

# 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
Übersicherung 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

