

*Kranken- und
Unfallversicherung*

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

*Assurance-maladie
et accidents*

Jurisprudence et pratique administrative

*Assicurazione malattia
e infortuni*

Giurisprudenza e prassi amministrativa

RKUV/RAMA/RAMI 5/2000

Krankenversicherung Assurance-maladie / Assicurazione malattia

Behandlung der pathologischen Erythrophobie KV 132 Urteil des EVG vom 7. Juli 2000	279
Spitex-Leistungen; Austauschbefugnis KV 133 Urteil des EVG vom 20. Juli 2000	288
Mitteilungen – Communications – Comunicazioni Mutationen bei den Krankenversicherern / Mutations dans l'état des assureurs-maladie / Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie	295

Unfallversicherung Assurance-accidents / Assicurazione infortuni

Wirkungen der durch das Zivilgericht ausgesprochenen Verschollenerklärung auf Leistungen des UVG-Versicherers U 388 Urteil des EVG vom 27. April 2000 i. Sa. M. I.	296
Mitwirkungsrecht einer Krankenkasse U 389 Urteil des EVG vom 15. Mai 2000 i. Sa. X gegen Y	299
Zusammentreffen von Sozialversicherungsleistungen U 390 Urteil des EVG vom 19. Mai 2000 i. Sa. C. W.	302
Traumatisme du type «coup du lapin»; période de latence entre l'accident et une rechute U 391 Arrêt du TFA du 19 mai 2000 dans la cause H. A.	307
Hinterlassenenrente U 392 Urteil des EVG vom 24. Mai 2000 i. Sa. U. K.	309

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

Oktober – Octobre – Ottobre 2000

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

Vertrieb/Distribution/Distribuzione
BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz
EFCL/EDMZ, 3003 Berne, www.admin.ch/edmoz
UFCL/EDMZ, 3003 Berna, www.admin.ch/edmoz

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

Abonnementspreis Fr. 27.– + 2,3% MWSt
Prix d'abonnement fr. 27.– + 2,3% TVA
Prezzo d'abbonamento fr. 27.– + 2,3% IVA

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

Nachfrist für Nachreichung der Originalvollmacht	
U 393 Urteil des EVG vom 26. Mai 2000 i. Sa. C. E.	312
Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen	
U 394 Urteil des EVG vom 31. Mai 2000 i. Sa. D. S.	313
Kausalzusammenhang	
U 395 Urteil des EVG vom 2. Juni 2000 i. Sa. R. Z.	316
Minimalprämie UVG	
U 396 Urteil des EVG vom 7. Juni 2000 i. Sa. H. J.	324
Schleudertrauma der HWS; Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs	
U 397 Urteil des EVG vom 8. Juni 2000 i. Sa. H. F.	327
Evaluation de l'invalidité dans des cas spéciaux	
U 398 Arrêt du TFA du 26 juin 2000 dans la cause G. A.	330

Behandlung der pathologischen Erythrophobie

KV 132 Urteil des EVG vom 7. Juli 2000

K
V
/
A
M

Zur Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Behandlung der pathologischen Erythrophobie (krankhaftes Erröten) mittels thorakaler Sympathektomie.

De l'obligation de l'assurance-maladie de prendre en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins les coûts en cas de traitement de l'érythrophobie pathologique (rougissement pathologique) au moyen d'une sympathectomie thoracique.

Dell'obbligo dell'assicurazione malattie di assumere nei limiti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i costi per la terapia dell'eritrofbia patologica (erubescenza morbosa) mediante simpatectomia toracica.

I.

A. – Die 1951 geborene G. ist seit 1. Juli 1996 bei der Krankenkasse X. (nachfolgend: die Kasse) obligatorisch krankenpflegeversichert. Sie litt an pathologischer Erythrophobie (krankhaftes Erröten) und liess am 17. und 24. August 1998 durch Dr. med. A., Spezialarzt FMH für Chirurgie, eine beidseitige thorakale Sympathektomie durchführen. Mit Verfügung vom 23. Oktober 1998 lehnte die Kasse eine Kostenübernahme ab, weil die thorakale Sympathektomie zur Behandlung der Erythrophobie keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstelle. Auf Einsprache hin hielt sie nach Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. med. B., Direktor der Dermatologischen Klinik des Spitals C. (vom 3. Mai 1999) an ihrem Standpunkt fest (Entscheid vom 27. Mai 1999).

B. – Mit Entscheid vom 27. Oktober 1999 wies das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde ab.

C. – G. führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt sinngemäss, der kantonale Entscheid und der Einspracheentscheid vom 27. Mai 1999 seien aufzuheben und die Kasse sei zur teilweisen Übernahme der Kosten für die beidseitige thorakale Sympathektomie zu verpflichten.

Während die Kasse auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen lässt, hat sich das Bundesamt für Sozialversicherung nicht vernehmen lassen.

II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen gutgeheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie nach erfolgter Abklärung über die Beschwerde neu entscheide:

1. – Im Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen ist die Überprüfungsbefugnis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht auf die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens beschränkt, sondern sie erstreckt sich auch auf die Angemessenheit der angefochtenen Verfügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG).

2. – a) Nach der bis Ende 1995 geltenden Ordnung des KUVG vom 13. Juni 1911 war die gesetzliche Leistungspflicht der Krankenkassen für Krankenpflege bei ambulanter und stationärer Behandlung auf die von einem Arzt angeordneten wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und die wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen beschränkt (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. a und b und Ziff. 2 KUVG; Art. 21 Abs. 1 Vo III über die Krankenversicherung vom 15. Januar 1965). Nach der Rechtsprechung zum alten Recht erfüllte eine Behandlungsmethode dann das Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung, wenn ihr diese von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis zuteil wurde. Entscheidend waren dabei das Ergebnis der Erfahrungen und der Erfolg einer bestimmten Therapie. War umstritten, ob eine diagnostische oder therapeutische Massnahme wissenschaftlich, zweckmässig und wirtschaftlich ist, so entschied das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) nach Anhören der Eidgenössischen Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung, ob die Massnahme als Pflichtleistung von den Krankenkassen übernommen werden musste (Art. 12 Abs. 5 KUVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 2 Vo III über die Krankenversicherung). Desgleichen bezeichnete das EDI nach Anhören der Fachkommission die von den Kassen gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b und Ziff. 2 KUVG zu übernehmenden, wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen (Art. 21a Vo III). Die Entscheidungen des EDI wurden im Anhang zur Vo 9 des EDI vom 18. Dezember 1990 und in der Vo 7 des EDI vom 13. Dezember 1965 publiziert. Diese Listen enthielten indessen keine abschliessende Aufzählung der wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Mass-

nahmen und Heilanwendungen. In Fällen, in denen eine medizinische oder therapeutische Massnahme nicht im Anhang zur Vo 9 des EDI vom 18. Dezember 1990 aufgeführt und ein entsprechendes Aufnahmeverfahren auch nicht im Gange war, hatte der Richter die zur Beurteilung der Wissenschaftlichkeit erforderlichen Abklärungen nach den Regeln des Untersuchungsgrundsatzes selbst zu treffen (BGE 123 V 58 Erw. 2b/aa mit Hinweisen).

b) Gemäss Art. 24 des auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25–31 nach Massgabe der in Art. 32–34 festgelegten Voraussetzungen. Art. 32 Abs. 1 KVG setzt für eine Übernahme der Kosten bei sämtlichen der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen voraus, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden (Satz 2). Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG).

In der seit 1. Januar 1996 geltenden gesetzlichen Regelung ist somit das Kriterium der wissenschaftlichen Anerkennung durch dasjenige der Wirksamkeit ersetzt worden. Die Botschaft des Bundesrates zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 führte hiezu aus, dass der Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung in den letzten Jahren stark in Zweifel gezogen worden sei und heute als ungeeignet und zu ungenau angesehen werde, weshalb er durch denjenigen der Wirksamkeit ersetzt werde (BB1 1992 I 158). Dieser Vorschlag löste in den Eidgenössischen Räten ausführliche Diskussionen aus und führte zur Aufnahme des Zusatzes, dass «die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss». Damit sollte den Errungenschaften der Komplementärmedizin Rechnung getragen werden (vgl. BGE 123 V 62 f. Erw. 2c/bb mit Hinweisen). Für den Bereich der klassischen Medizin muss die Wirksamkeit einer therapeutischen Vorgehensweise weiterhin nach den Kriterien und Methoden der wissenschaftlichen Schulmedizin nachgewiesen sein, weshalb hier der Begriff der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit nach wie vor demjenigen der wissenschaftlichen Anerkennung entspricht (BGE 125 V 28 Erw. 5a in fine¹; *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Rz 194). Massgebend ist somit, ob eine therapeutische oder diagnostische Massnahme von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet

¹ siehe Nr. KV 67 (1999) dieser Sammlung

wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen. Namentlich darf aus der Ablösung des Begriffs der wissenschaftlichen Anerkennung nicht der Schluss gezogen werden, die Beurteilung der Wirksamkeit habe einzelfallbezogen und retrospektiv auf Grund der konkreten Behandlungsergebnisse zu erfolgen. Vielmehr geht es dabei ebenfalls um eine vom einzelnen Anwendungsfall losgelöste und retrospektive, allgemeine Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erzielten Ergebnisse (BGE 123 V 66 Erw. 4a; *Eugster*, a. a.O., Rz 186).

c) Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Mit diesem Kriterium soll eine Auswahl unter verschiedenen zur Verfügung stehenden, diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen ermöglicht werden (*Eugster*, a. a. O., Rz 185). Die Frage der Zweckmässigkeit beurteilt sich daher nach medizinischen Kriterien und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (BGE 125 V 99 Erw. 4a², 119 V 447 Erw. 3).

d) Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit betrifft das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme und setzt deren Wirksamkeit ebenfalls voraus.

Nach der zum altrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebot von Art. 23 KUVG entwickelten Rechtsprechung haben die Krankenversicherer das Recht, die Übernahme von unnötigen therapeutischen Massnahmen oder von solchen Massnahmen, die durch weniger kostspielige ersetzt werden können, abzulehnen. Dem Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme kommt dabei nur Bedeutung zu mit Bezug auf verschiedene in Betracht fallende Behandlungsmethoden, nicht dagegen im Hinblick darauf, ob sich der Aufwand einer an sich geeigneten und wissenschaftlich anerkannten Methode gemessen an dem zu erwartenden Behandlungserfolg noch rechtfertigen lässt. Letzteres kann lediglich unter dem allgemeinen Gesichtspunkt des Verhältnismässigkeitsprinzips von Bedeutung sein. Dabei vermag nur ein grobes Missverhältnis zwischen der Höhe der Heilungskosten und dem zu erwartenden Heilungserfolg eine Leistungsverweigerung zu begründen. Die Krankenversicherer haben somit auch für kostspielige Massnahmen aufzukommen, wenn entweder überhaupt keine andere oder jedenfalls keine kostengünstigere Methode zur Verfügung

² siehe Nr. K 993 (1999) dieser Sammlung

steht und die Massnahme sich unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit noch rechtfertigen lässt (BGE 118 V 115 Erw. 7b³, 109 V 44 Erw. 2b⁴).

Diese Rechtsprechung behält ihre Gültigkeit auch im Rahmen des neuen Krankenversicherungsrechts, welches am Wirtschaftlichkeitsgebot nichts Grundsätzliches geändert hat (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 68 Erw. 3b mit Hinweisen).

3. – Nach Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen (...) erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Diese Bestimmung beruht auf der im Einzelfall widerlegbaren Vermutung, dass Ärzte Leistungen erbringen, die den Anforderungen von Art. 32 KVG entsprechen. In der vom Bundesrat aufzustellenden Negativliste sind daher nur jene Leistungen zu bezeichnen, welche die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen erfüllen (BGE 125 V 28 Erw. 5b⁵; *Eugster*, a. a. O., Rz 192). Gemäss Art. 33 Abs. 3 KVG bestimmt der Bundesrat, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 Satz 1 KVG), wobei er die Aufgaben nach Abs. 1–3 von Art. 33 KVG dem Departement oder dem Bundesamt übertragen kann (Art. 33 Abs. 5 KVG). Nach Ausübung dieser Subdelegationskompetenz durch den Bundesrat (vgl. Art. 33 KVV) hat das EDI im Rahmen der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV) u. a. die in Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG (bzw. Art. 33 lit. a und c KVV) angesprochenen Leistungen bezeichnet und die Voraussetzungen sowie den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bestimmt (Art. 1 KLV in Verbindung mit Anhang 1). Der Anhang 1 KLV stellt grösstenteils eine unveränderte Übernahme des Anhanges zur Vo 9 des EDI vom 18. Dezember 1990 dar und enthält daher entgegen der Bestimmung von Art. 33 Abs. 1 KVG und der Absicht des Gesetzgebers (Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991, BBl 1992, 159) nicht nur eine Negativliste, sondern auch eine positive Aufzählung von Leistungen, deren Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind. Aus der der Bestimmung von Art. 33 Abs. 1 KVG zugrunde liegenden Tat-

³ siehe Nr. K 898 (1992) dieser Sammlung

⁴ siehe Nr. 557 (1983) dieser Sammlung

⁵ siehe Nr. KV 67 (1999) dieser Sammlung

sachenvermutung, dass die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen grundsätzlich die Leistungsvoraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG erfüllen, folgt, dass die gestützt auf diese Bestimmung erlassene Negativliste des Anhanges 1 KLV eine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Nichtpflichtleistungen zu enthalten hat. Lücken im Katalog der Nichtpflichtleistungen sind jedoch auf Grund des medizinischen Fortschritts nicht zu vermeiden. Da aber zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG in keinem Fall unwirksame, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungen vergütet werden dürfen, auch wenn diese nicht oder noch nicht im Anhang KLV aufgeführt sind, kann es vorkommen, dass Verwaltung und Sozialversicherungsrichter in Einzelfällen die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bestimmter ärztlicher Leistungen selbst beurteilen müssen. Sie haben in solchen Fällen gleich wie unter dem alten Recht die erforderlichen Abklärungen, regelmässig mittels Gutachten, nach den Regeln des Untersuchungsgrundsatzes selbst zu treffen (oben Erw. 2a).

4. – Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 BZP in Verbindung mit Art. 19 VwVG; Art. 95 Abs. 2 OG in Verbindung mit Art. 113 und 132 OG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 122 V 160 Erw. 1c⁶ mit Hinweisen).

⁶ siehe Nr. U 252 (1996) dieser Sammlung

Was speziell Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht worden ist, noch keine Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine).

5. – Die thorakale Sympathektomie zur Behandlung der pathologischen Erythrophobie ist im Anhang 1 KLV nicht als Nichtpflichtleistung aufgeführt. Verwaltung und Sozialversicherungsrichter haben daher die für die Beurteilung der Leistungsvoraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Behandlungsmethode erforderlichen Abklärungen selbst zu treffen. Die Beschwerdegegnerin hat zu diesem Zweck ein Gutachten (vom 3. Mai 1999) eingeholt.

a) Hinsichtlich der Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode hat der beauftragte Gutachter, Prof. Dr. med. B., die ihm unterbreitete Frage, ob «kontrollierte Studien über die Wirksamkeit der Sympathektomie ... zur Behandlung der Erythrophobie im Gesicht» vorhanden seien, vorbehaltlos verneint und gestützt darauf die weitere Frage, ob die Wirksamkeit der Sympathektomie zur Behandlung des krankhaften Errötens «nach wissenschaftlichen Methoden» nachgewiesen sei, als gegenstandslos erachtet. Zugleich hat er aber auf die «guten (auch Langzeit-)Erfolgsraten» dieser chirurgischen Massnahme bei der Behandlung der pathologischen Erythrophobie hingewiesen, welche in «grossen offenen prospektiven und retrospektiven Studien beschrieben werden». Der die Beschwerdeführerin behandelnde Chirurg Dr. med. A. hat in seiner Eingabe vom 24. August 1998 an den Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin und in seiner Patienteninformation auf die von Dr. med. D., der in den Jahren 1959–1996 diesen chirurgischen Eingriff in über 3000 Fällen ausgeführt hat, im Jahre 1993 publizierten Erfahrungszahlen hingewiesen. Danach führt die Sympathektomie in über 90 % der behandelten Fälle zu einer vollständigen oder weitgehenden Beseitigung des pathologischen Errötens. Im Bericht einer schwedischen Arbeitsgruppe, welche über 4000 thorakale Sympathektomien durchgeführt hat, sei eine ebenso hohe Erfolgsrate festgehalten worden. Die Beschwerdeführerin hat überdies den an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1999 vorgetragenen Bericht eines am Spital C. tätigen Ärzteteams aufgelegt. Danach ist bei allen acht in den Jahren 1997 und 1998 am Spital C. sympathektomierten Patienten sechs Monate nach der Operation das pathologische Erröten vollständig verschwunden.

Aus den Akten geht somit deutlich hervor, dass mehrere, zum Teil breit angelegte wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit der Sympathek-

tomie bei pathologischer Erythrophobie vorhanden sind, in welchen eine sehr hohe Wirksamkeitshäufigkeit dieser Behandlungsmethode dokumentiert wird. Dem eingeholten Gutachten, das diese Frage mit Bezug auf sog. «kontrollierte» Studien verneint und die Frage des wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises offen gelassen hat, fehlt folglich diesbezüglich jede Beweiskraft.

b) Zur medizinischen Indikation der Sympathektomie hat der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Gutachter ausgeführt, es gebe im Wesentlichen drei therapeutische Methoden zur Behandlung der pathologischen Erythrophobie; nämlich Psychotherapie (Verhaltenstherapie), medikamentöse Therapie und die chirurgische Intervention mittels transthorakaler Sympathektomie. Die medizinische Indikation für die letztere Behandlungsart könne nur bejaht werden, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt seien:

- sehr hoher Leidensdruck mit massiven, erythrophobiebedingten Symptomen wie z. B. invalidisierende Beschwerden, Panikattacken, massive, therapierefraktäre depressive Verstimmung oder Suizidalität;
- Erfolglosigkeit der vorgängig «ausreichend» durchgeführten psychologischen / psychiatrischen und medikamentösen Therapien.

Zur Wirksamkeit der beiden alternativen und primär indizierten Behandlungsmethoden – psychologisch / psychiatrische und pharmazeutische Therapie – enthält das Gutachten keine konkreten Angaben. Mit Bezug auf die Psychotherapie wird lediglich gesagt, diesbezügliche kontrollierte Studien seien «rar» und in offenen Studien seien gute Langzeiterfolge beschrieben worden. Hinsichtlich der verschiedenen, bei pathologischer Erythrophobie eingesetzten Medikamente werden lediglich Studien erwähnt, welche deren Wirkung bei sozialen Phobien im allgemeinen, nicht aber bei der im vorliegenden Fall relevanten Erythrophobie beschreiben. Insgesamt lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen, ob und mit welcher Häufigkeit die Wirksamkeit von psychologischen / psychiatrischen und pharmazeutischen Therapien bei der Behandlung der pathologischen Erythrophobie wissenschaftlich nachgewiesen ist. Stehen aber verschiedene Behandlungsmethoden zur Verfügung, muss der Effizienznachweis für jede einzelne Massnahme vorliegen, damit ihre medizinische Indikation oder Zweckmässigkeit beurteilt werden kann. Überdies hat der Gutachter zu der für die Beurteilung der Zweckmässigkeit ausschlaggebenden Frage, aus welchen medizinischen Gründen ganz generell und in jedem Fall von Erythrophobie eine Sympathektomie erst nach erfolgloser Durchführung psychologischer / psychiatrischer und medikamentöser Therapien indiziert ist, gar nicht Stellung genommen. Das von der Beschwerdegegnerin einge-

holte Gutachten ist daher auch hinsichtlich der Zweckmässigkeit der Sympathektomie im Vergleich zu den alternativen Behandlungsmethoden der pathologischen Erythrophobie nicht schlüssig.

c) Die Gesamtkosten der in zweimaliger Kurzhospitalisation durchgeführten beidseitigen thorakalen Sympathektomie nach dem für den Spitalleistungskatalog im Kanton Aargau massgebenden Taxpunktwert von Fr. 4.65 werden vom behandelnden Arzt, Dr. med. A., auf Fr. 4400.– beziffert (die der Beschwerdeführerin in Rechnung gestellten Kosten sind nicht aktenkundig). Zum Verhältnis von Kosten und Nutzen der psychologisch / psychiatrischen und medikamentösen Therapie der pathologischen Erythrophobie enthalten die Akten keine Angaben. Die Wirtschaftlichkeit der Sympathektomie im Vergleich zu den Kosten und der Erfolgshäufigkeit der therapeutischen Behandlungsalternativen kann daher auf Grund der vorliegenden Akten ebenfalls nicht beurteilt werden.

6. – a) Zusammenfassend ergibt sich, dass auf der Grundlage der vorhandenen Akten die drei Leistungsvoraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) für die Behandlung der pathologischen Erythrophobie mittels thorakaler Sympathektomie nicht beurteilt werden können. Die Sache ist daher zur Einholung eines Gerichtsgutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da die entscheidewesentlichen Fragen verschiedene medizinische Disziplinen betreffen, wird nebst einem chirurgischen auch ein psychiatrischer Spezialarzt sowie ein Pharmakologe mit der Ausarbeitung eines interdisziplinären Gutachtens zu beauftragen sein.

b) Bei dieser Akten- und Beweislage kann die Frage der Gleichbehandlung im Unrecht wegen Übernahme der Sympathektomiekosten durch die Krankenversicherer in anderen Erythrophobie-Fällen vorläufig offen bleiben.

Spitex-Leistungen; Austauschbefugnis

KV 133 Urteil des EVG vom 20. Juli 2000

Keine Vergütung von Spitex-Leistungen durch den Krankenversicherer an den nicht als Leistungserbringer gemäss KVG zugelassenen Ehemann einer Versicherten, auch nicht im Rahmen der Austauschbefugnis. Die Austauschbefugnis kann zwar grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung kommen; sie darf jedoch nicht dazu führen, Pflichtleistungen durch Nichtpflichtleistungen zu ersetzen. In casu geht es nicht um den Austausch von Leistungsansprüchen, sondern um denjenigen von Leistungserbringern (zugelassene und nicht zugelassene) (Erw. 1b).

Artikel 7 KLV ist bundesrechtskonform (Erw. 1c).

L'assureur ne doit pas rembourser les prestations-Spitex au conjoint d'une assurée, non autorisé à pratiquer en tant que fournisseur de prestations selon la LAMal, et ce même dans le cadre du droit à la substitution. En effet, ce droit, qui peut en principe être également appliqué dans l'assurance-maladie obligatoire, ne permet pas la substitution de prestations obligatoires par des prestations non obligatoires. En l'espèce, il ne s'agit pas de la substitution de prestations mais du fournisseur de prestations (autorisé et non autorisé) (cons. 1b).

L'article 7 OPAS est conforme au droit fédéral (cons. 1c).

L'assicuratore non deve rimborsare le prestazioni-Spitex al coniuge di un'assicurata, non autorizzato a esercitare siccome fornitore di prestazioni secondo la LAMal, e questo nemmeno nei limiti del diritto alla sostituzione. Detto diritto, che di massima può pure essere applicato nell'assicurazione malattie obbligatoria, non permette infatti di permutare prestazioni obbligatorie con prestazioni non obbligatorie. In casu non si tratta di sostituzione di prestazioni ma del fornitore di prestazioni (autorizzato e non autorizzato) (cons. 1b).

L'articolo 7 OPre è conforme al diritto federale (cons. 1c).

I.

A. – Die 1947 geborene W. ist bei der X. Versicherungen AG (nachfolgend: die Kasse) obligatorisch für Krankenpflege versichert; ferner hat sie verschiedene Zusatzversicherungen nach VVG abgeschlossen. Wegen der Folgen einer Poliomyelitis nimmt sie seit längerer Zeit Spitex-Dienste in Anspruch. Die Kasse leistete für das Jahr 1997 Kostengutsprache in Höhe von Fr. 13 000.– aus der Krankenpflegeversicherung; für die Mehrkosten sicherte sie aus der Zusatzversicherung «Y. Halbprivat» einen Betrag von Fr. 50.–

im Tag während 30 Tagen und aus der Zusatzversicherung «Z.» einen Betrag von Fr. 20.– im Tag zu. Nachdem sich die Versicherte im Juli 1997 erstmals über die Versicherungsleistungen bei Erbringung der Pflege durch den Ehemann erkundigt hatte, liess sie am 19. März 1999 sinngemäss erneut um Vergütung der Spitex-Leistungen an den Ehemann ersuchen, welcher sich auf Ende 1998 vorzeitig hatte pensionieren lassen. Mit Verfügung vom 23. März 1999 lehnte die Kasse das Begehren mit der Begründung ab, dass es nach der gesetzlichen Regelung nicht möglich sei, Spitex-Leistungen an Privatpersonen auszurichten. Mit Einspracheentscheid vom 11. August 1999 hielt sie an dieser Verfügung fest.

B. – In Gutheissung der hiegegen erhobenen Beschwerde verpflichtete das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau die Kasse mit Entscheid vom 15. Dezember 1999, der Versicherten für die vom Ehemann im Rahmen der Bedarfsabklärung erbrachten Pflegeleistungen die gesetzlichen und reglementarischen Leistungen auszurichten.

C. – Die Kasse führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei der Einspracheentscheid vom 11. August 1999 zu bestätigen.

W. beantragt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung lässt sich mit dem Antrag auf Gutheissung der Beschwerde vernehmen.

II.

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

1. – Die Vorinstanz hat die Leistungspflicht des Krankenversicherers für die vom Ehemann der Beschwerdegegnerin erbrachten oder noch zu erbringenden Pflegeleistungen mit der von Lehre und Rechtsprechung anerkannten Austauschbefugnis begründet. Die Kasse bestreitet die Anwendbarkeit dieser Rechtsfigur.

a) Die aus dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz fliessende Austauschbefugnis wurde vom Eidgenössischen Versicherungsgericht zunächst in den invalidenversicherungsrechtlichen Bereichen der Hilfsmittelversorgung (Art. 21 IVG) und den medizinischen Massnahmen (Art. 12 f. IVG) zur Anwendung gebracht. Nachdem das Gericht in einem unveröffentlichten Urteil K. vom 5. August 1993 (I 10/93) die Substitution des Anspruchs auf Entschädigung bei Hauspflege gemäss Art. 14 Abs. 3 IVG und Art. 4 IVV im Verhältnis zum Anspruch bei Durchführung medizinischer Massnahmen in

stationärem Rahmen zugelassen hatte, bejahte es in BGE 120 V 280 ff. die Austauschbefugnis bei Hauspflegebeiträgen auch für den Fall, dass die erforderliche Pflege nicht von Dritten, sondern von den Eltern des Versicherten erbracht wird, sofern hierfür schützenswerte Gründe bestehen. Dabei wurde ein Anspruch auf diejenigen Hauspflegebeiträge bejaht, welche zugesprochen werden könnten, wenn die betreffende Behandlungs- und Grundpflege nicht von den Eltern, sondern von zugezogenen Dritten erbracht würde. Nach Meinung der Beschwerdegegnerin besteht kein sachlicher Grund, die gleiche Frage im Bereich des KVG anders zu beurteilen. Schon im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot sei die Austauschbefugnis auch im vorliegenden Fall zur Anwendung zu bringen, da hierfür schützenswerte Gründe vorlägen.

b) Die Austauschbefugnis kann zwar grundsätzlich auch in der obligatorischen Krankenversicherung zur Anwendung gelangen; sie darf jedoch nicht dazu führen, Nichtpflichtleistungen durch Pflichtleistungen zu ersetzen (BGE 111 V 326 Erw. 2a¹). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 1994 Nr. K 933 S. 73 Erw. 6a festgestellt hat, geht es bei der Austauschbefugnis darum, den gleichen gesetzlichen Zweck auf einem andern Weg oder mit andern Mitteln zu verfolgen, nicht aber die gesetzliche Ordnung durch eine andere, inhaltlich weitergehende Regelung zu ersetzen. Wählt der Versicherte, aus welchen Gründen auch immer, eine nicht zu den gesetzlichen Pflichtleistungen gehörende Pflege und Behandlung, so entfällt der Anspruch. An dieser Rechtsprechung ist auch im Rahmen des KVG festzuhalten.

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin lässt sich die Austauschbefugnis nicht damit begründen, dass im vorliegenden Fall lediglich die im Gesetz vorgesehenen Leistungen in Anspruch genommen werden. Als Pflichtleistungen gelten nur die von zugelassenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen. Dementsprechend hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 111 V 324¹ ff. die Austauschbefugnis bezüglich der von einer (nach damaligem Recht) nicht zugelassenen Gemeindegemeinschwestern erbrachten Pflege und Behandlung verneint. In gleichem Sinn hat das Gericht in AHI 1999 S. 172 ff. entschieden, wo es um den Kostenersatz für ein invalidenversicherungsrechtliches Hilfsmittel ging, welches der Versicherte nicht bei einem Vertragslieferanten bezogen hatte. Weil die Austauschbefugnis nach der Rechtsprechung einen substituitionsfähigen aktuellen gesetzlichen Leistungsanspruch voraussetzt, kommt sie nur dann zum Tragen, wenn zwei unterschiedliche, jedoch von der Funktion her austauschbare Versicherungsleistungen in Frage stehen (vgl. BGE 120 V 280

¹ siehe Nr. K 672 (1986) dieser Sammlung

Erw. 4). Im vorliegenden Zusammenhang geht es aber nicht um den Austausch von Leistungsansprüchen, sondern um denjenigen von Leistungserbringern (zugelassene und nicht zugelassene). Es liegt daher kein Anwendungsfall der Austauschbefugnis vor, wenn die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV durch Angehörige erbracht werden (so auch *Eugster*, in SBVR / Krankenversicherung, Bern 1998, S. 109 Fn 471).

c) Der Vorinstanz kann auch insoweit nicht beigeplichtet werden, als sie die Beschränkung der Zulassung auf die in Art. 7 KLV genannten Personen und Organisationen als nicht gesetzeskonform betrachtet. Nach der gesetzlichen Ordnung dürfen die Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach Art. 25–33 KVG übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG); zudem bedürfen grundsätzlich alle Leistungserbringer einer Zulassung, wenn sie für die soziale Krankenversicherung tätig sein wollen (Art. 35 Abs. 1 KVG). Die zugelassenen Leistungserbringer werden in Art. 35 Abs. 2 KVG abschliessend aufgezählt. Bezüglich der in lit. c–g dieser Bestimmung genannten Leistungserbringer bestimmt Art. 38 KVG, dass der Bundesrat die Zulassung regelt, was mit Art. 46 ff. KVV geschehen ist. Die Delegationsnorm von Art. 38 KVG räumt dem Bundesrat bewusst einen sehr weiten Ermessensspielraum ein (RKUV 1999 Nr. K 87 S. 438 Erw. 4e). Es verstösst daher nicht gegen Bundesrecht, wenn die Leistungspflicht der Krankenversicherer bei Hauspflege auf zugelassene Krankenschwestern und Krankenpfleger (Art. 49 KVV) sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) beschränkt wird. Damit ist auch die vom EDI gestützt auf Art. 25 Abs. 2 KVG und Art. 33 Abs. 2 KVG sowie die Subdelegation von Art. 33 lit. b KVV erlassene Bestimmung von Art. 7 KLV bundesrechtskonform (vgl. auch RKUV 1999 S. 67 Erw. 2a). Zu einer Vergütung von Spitex-Leistungen an den nicht als Leistungserbringer zugelassenen Ehemann der Beschwerdegegnerin besteht folglich kein Raum.

2. – Streitig ist des Weiteren, ob eine Leistungspflicht unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes besteht. Die Beschwerdegegnerin beruft sich auf eine entsprechende Zusicherung seitens der Krankenkasse.

a) Der Grundsatz von Treu und Glauben schützt den Bürger und die Bürgerin in ihrem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten und bedeutet u. a., dass falsche behördliche Auskünfte bindend sind,

- wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat,
- wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte,

- wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte,
- wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können
- und wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat (BGE 121 V 66 Erw. 2a mit Hinweisen).

Diese aus Art. 4 Abs. 1 aBV abgeleitete Rechtsprechung gilt auch unter der Herrschaft von Art. 9 BV (nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 9. Mai 2000², K 23/98).

b) Die Beschwerdegegnerin beruft sich zunächst auf ein Schreiben der Kasse vom 4. Juli 1997, worin ihr unter Bezugnahme auf eine telefonische Anfrage vom gleichen Tag betreffend Spitex-Leistungen und Haushalthilfe Folgendes mitgeteilt wurde:

«Falls Ihr Gatte durch erbrachte Haushalthilfe einen Lohnausfall ausweist, haben Sie Anrecht auf Fr. 50.– aus der Zusatzversicherung Y. «Halbprivat» während 30 Tagen pro Kalenderjahr. Zusätzlich haben Sie noch einen Anspruch von Fr. 20.– pro Tag aus der Zusatzversicherung Z.; dies solange medizinisch notwendig. Der Lohn Ihres Ehegatten wird durch diesen Beitrag nicht voll abgedeckt. Wir empfehlen Ihnen, bei der Gemeinde einen Antrag zu stellen, um eventuell Ergänzungsleistungen zu beziehen.

Zusätzlich teilen wir Ihnen mit, dass der jährliche Anspruch von Fr. 13 000.– für die pflegerischen Leistungen nach Art. 7 KLV von Bedeutung sind, d. h. in Ihrem Falle: Massnahmen der Grundpflege in einfachen, stabilen Situationen. Dies haben wir der Hauspflege A. und Umgebung am 21. 3. 1997 schriftlich bestätigt. Falls der Betrag von Fr. 13 000.– überschritten wird, haben Sie das gleiche Anrecht auf Leistungen der Zusatzversicherungen wie oben für die Haushalthilfe erwähnt.

Es ist aber zu vermerken, dass der Betrag von Fr. 50.– bzw. 20.– einmal pro Tag für Haushalthilfe und Grundpflege entrichtet wird (nach Erschöpfung der Fr. 13 000.–).»

In diesem Schreiben des Krankenversicherers wird klar unterschieden zwischen den Spitex-Leistungen nach Art. 7 KLV und den Leistungen für Haushalthilfe gemäss VVG. Zugesichert wurde, dass die Leistungen aus den Zusatzversicherungen nach VVG auch bei Haushalthilfe durch den Ehe-

² siehe Nr. KV 126 (2000) dieser Sammlung

mann ausbezahlt würden. Dagegen wurde bezüglich der Spitex-Leistungen nach Art. 7 KLV lediglich die Kostengutsprache an die Hauspflege A. und Umgebung in Höhe von Fr. 13 000.– bestätigt und festgestellt, dass bei Überschreiten dieses Betrages aus den Zusatzversicherungen Anspruch auf die gleichen Leistungen wie für die Haushalthilfe bestehe, wobei der Betrag von Fr. 50.– bzw. Fr. 20.– nur einmal pro Tag ausgerichtet werde. Dass die bisher dem Spitex-Dienst A. und Umgebung vergüteten Leistungen künftig dem Ehemann der Versicherten erbracht würden, lässt sich dem Schreiben nicht entnehmen. Es liegt diesbezüglich somit keine unrichtige Auskunft vor, die zu einer vom materiellen Recht abweichenden Behandlung auf Grund des Vertrauensgrundsatzes Anlass geben könnte.

c) Die Beschwerdegegnerin beruft sich des Weiteren auf eine gegenüber der Pro Infirmis im August 1998 erteilte telefonische Auskunft der Kasse, wonach die Pflegeleistungen von jährlich Fr. 13 000.– bei einer entsprechenden Lohnausfallbestätigung des Ehemannes ebenfalls ausbezahlt würden. Laut einem Schreiben der Pro Infirmis vom 19. März 1999 an die Kasse soll die Auskunft von der gleichen Mitarbeiterin (Frau B.) erteilt worden sein, welche die schriftliche Stellungnahme vom 4. Juli 1997 verfasst hatte. Wie die Kasse indessen bereits im vorinstanzlichen Verfahren festgestellt hat, war diese Mitarbeiterin im August 1998 nicht mehr bei ihr angestellt. Die Beschwerdegegnerin bestreitet diese Feststellung nicht und vermag auch keine andere Person anzugeben, welche die fragliche Auskunft erteilt haben könnte. Die behauptete mündliche Auskunft ist daher nicht bewiesen. Von weiteren Abklärungen, einschliesslich der beantragten Zeugen- einvernahme des zuständigen Sachbearbeiters der Pro Infirmis, ist abzu- sehen, da hievon keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten wären. Es erscheint zudem als unwahrscheinlich, dass die Krankenversicherung eine mit der früheren schriftlichen Stellungnahme in Widerspruch stehende mündliche Auskunft des Inhalts abgegeben hat, dass die Spitex-Leistungen dem Ehemann vergütet würden, sofern er einen entsprechenden Lohnaus- fall nachweise. Im Rahmen der Pflichtleistungen nach Art. 7 KLV macht eine solche Auskunft keinen Sinn, wohl dagegen in Zusammenhang mit den in der Zusatzversicherung nach VVG versicherten Leistungen für Haus- halthilfe, indem Leistungen auch an Personen erbracht werden, die in Ver- tretung einer erkrankten versicherten Person den Haushalt besorgen und dadurch nachweisbar in ihrer beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall er- leiden (Art. 6 Abs. 3 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen [ZVB] der Z. Langzeitpflege-Versicherung, Ausgabe 1. Januar 1997, S. 45). Dies spricht aber dafür, dass der Vertreter von der Pro Infirmis die fragliche Aus- kunft unrichtig verstanden hat. Wenn er die Versicherte im Schreiben vom 27. August 1998 irrtümlicherweise in dem Sinne orientiert hat, die Spitex-

Leistungen würden dem Ehemann vergütet, so hat die Beschwerdeführerin hierfür nicht einzustehen, da sie davon nichts wusste und somit auch keine Gelegenheit hatte, der unzutreffenden Auffassung entgegenzutreten. Kenntnis erhielt sie erst auf Grund des Schreibens der Pro Infirmis vom 19. März 1999, worauf sie mit der Verfügung vom 23. März 1999 sofort reagiert hat. Es muss deshalb bei der Feststellung bleiben, dass sich der streitige Leistungsanspruch mit dem Vertrauensschutz nicht begründen lässt.

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

Namensänderung – Changement de nom – Cambiamento di nome

484	Zürich	PANORAMA (Vormals PPK Zürich)	01.10.2000
-----	--------	----------------------------------	------------

Tätigkeitsgebiet – Rayon d'activité – Raggio d'attività

182		PROVITA Gesundheitsversicherung ganze Schweiz	01.01.2001
1063		Krankenkasse Eischoll Oberwallis	01.07.2000

Wirkungen der durch das Zivilgericht ausgesprochenen Verschollenerklärung auf Leistungen des UVG-Versicherers

U 388 Urteil des EVG vom 27. April 2000 i. Sa. M. I.

Wirkungen der durch das Zivilgericht ausgesprochenen Verschollenerklärung auf Leistungen des UVG-Versicherers (Art. 28, 29 und 30 UVG; Art. 35 ff. ZGB):

Die durch das zuständige Zivilgericht ausgesprochene Verschollenerklärung vermag grundsätzlich Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung auszulösen (Erw. 2a).

Die Verschollenerklärung ist für das Sozialversicherungsgericht insoweit verbindlich, als damit die Tatsache des Verschollenseins einer bestimmten Person festgelegt wird, nicht jedoch in Bezug auf die der Verschollenerklärung zu Grunde liegende Beurteilung des Zivilgerichts, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts ist, darüber zu befinden, ob der Tod einer Person auf einen versicherten Unfall oder andere Ursachen zurückzuführen ist (Erw. 2c).

Effets de la déclaration d'absence prononcée par le juge civil sur les prestations de l'assureur-accidents (art. 28, 29 et 30 LAA; art. 35 ss. CC):

La déclaration d'absence prononcée par le juge civil compétent ouvre en principe le droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire (consid. 2a).

Le juge des assurances sociales est lié par la déclaration d'absence dans la mesure où elle constate la disparition effective d'une personne déterminée; il n'est en revanche pas lié par l'appréciation du juge civil quant au fondement de cette déclaration, car il appartient au juge des assurances sociales de dire si le décès d'une personne est dû à un accident assuré ou à une autre cause (consid. 2c).

Effetti della dichiarazione di scomparsa pronunciata dal tribunale civile sulle prestazioni degli assicuratori contro gli infortuni (art. 28, 29 e 30 LAINF; art. 35 segg. CC):

La dichiarazione di scomparsa pronunciata dal tribunale civile competente può in linea di principio comportare il versamento di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (cons. 2a).

Per il tribunale competente per le assicurazioni la dichiarazione di scomparsa è vincolante nella misura in cui stabilisce un dato di fatto (cioè la scomparsa di una determinata persona), ma non lo è in rapporto al giudizio del tribunale civile che ne consegue, in quanto incombe al tribunale competente per le assicurazioni stesso dover decidere se il decesso di una persona è imputabile ad un infortunio assicurato o ad altre cause (cons. 2c).

Auszug aus den Erwägungen:

...

2. – a) Das Bezirksgericht M. hat W. I. mit Entscheid vom 7. November 1996 per 28. Juni 1994 als verschollen erklärt. Dies bedeutet, dass auf Grund des Art. 38 ZGB die aus dessen Tod abgeleiteten Rechte geltend gemacht werden können, wie wenn der Tod bewiesen wäre. Hierbei wird die Wirkung der Verschollenerklärung auf den Zeitpunkt der Todesgefahr oder der letzten Nachricht zurückbezogen. Die Verschollenerklärung führt zu einer Beweislastumkehr, da diejenigen, die aus dem Tod des Verschollenen Rechte ableiten, vom Beweis des Todes entbunden sind. An die Verschollenerklärung wird somit eine eigentliche Todesvermutung geknüpft (Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Schweizerisches Zivilgesetzbuch I [Hrsg.: *Honsell/Vogt/Geiser*], Basel 1996, *Nägeli/Guggenbühl*, N 3 zu Art. 38 ZGB).

Im Bereich des Sozialversicherungsrechts hat das Eidgenössische Versicherungsgericht bereits erkannt, dass die Verschollenerklärung in der AHV Ansprüche auf Witwen- und Waisenrenten auslöst, da mit ihr der Beweis für eine dem Tod des Versicherten gleichzustellende Tatsache erbracht wird (BGE 120 V 170, 110 V 248, je mit Hinweisen). Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb diese Rechtsprechung nicht auch auf die obligatorische Unfallversicherung Anwendung finden sollte. Dies namentlich in Bezug auf die dort ebenfalls stipulierten Ansprüche auf Hinterlassenenrenten, sofern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die verschollen erklärte Person in Zusammenhang mit einem Unfall verschwunden ist.

b) In der Begründung seines Entscheids vom 7. November 1996 hat das Bezirksgericht M. ausgeführt, die Gesuchstellerin – M. I. – habe dargetan, dass ihr Ehemann von einer am 28. Juli (recte: Juni) 1994 angetretenen Bergtour nicht mehr zurückgekehrt sei und davon ausgegangen werden müsse, dass ihm auf dieser Wanderung etwas zugestossen sei. Damit könne die Bedingung des Verschwindens in hoher Todesgefahr bejaht werden.

c) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird vorab die Frage aufgeworfen, ob die Verschollenerklärung nicht zu Unrecht ausgesprochen worden sei.

Was die Verbindlichkeit der von den Zivilgerichten ausgesprochenen Verschollenerklärung für die Sozialversicherungsgerichte anbelangt, ist auf Art. 35 Abs. 2 ZGB zu verweisen, wonach eine Verschollenerklärung durch einen Richter ausgesprochen werden muss und damit nicht durch eine Verwaltungsbehörde erfolgen darf. Im Weiteren bestimmt sich die sachliche Zu-

ständigkeit nach kantonalem Recht (Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, a. a. O., N 11 zu Art. 35 ZGB). Diese durch das Bundesrecht angeordnete Zuständigkeit ist zu beachten, weshalb die vom zuständigen kantonalen Gericht ausgesprochene und anschliessend rechtskräftig gewordene Verschollenerklärung für die anderen Gerichte – so auch für die Sozialversicherungsgerichte – insoweit verbindlich ist, als damit die Tatsache des Verschollenseins einer bestimmten Person festgelegt wird. Das Sozialversicherungsgericht kann den Entscheid des zuständigen kantonalen Gerichts insbesondere nicht dadurch unterlaufen, dass es die an eine Verschollenerklärung anknüpfende Leistungspflicht von Sozialversicherungsträgern mit der Begründung verneint, eine Person sei zu Unrecht als verschollen erklärt worden. Anders verhält es sich indes mit den Entscheidungsgründen, auf welchen die jeweilige Verschollenerklärung basiert. Dies namentlich für den Fall, dass der Tod einer Person im Sinne von Art. 35 Abs. 1 ZGB zwar höchst wahrscheinlich ist, es aber unter verschiedenen Möglichkeiten des Verschwindens abzuwägen gilt. Nach konstanter Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts sind die Sozialversicherungsgerichte nicht an die Beurteilung durch das Strafgericht gebunden. Dies nicht zuletzt mit der Begründung, dass im Sozialversicherungsrecht, wo die Risikogemeinschaft der Versicherten ein bedeutsames Beurteilungskriterium darstelle, das Verhalten einer Person eine andere Gewichtung erfahren dürfe und müsse als durch das Strafgericht (BGE 105 V 217 Erw. 3). Gleiches hat sodann zu gelten, wenn – wie vorliegend – das Zivilgericht durch seinen Entscheid die Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers bestimmt. Wäre das Eidgenössische Versicherungsgericht an die Beurteilung des Bezirksgerichts M. gebunden, welches von der Annahme ausgegangen ist, W. I. sei auf der von ihm unternommenen Tour tödlich verunfallt, bliebe praktisch kein Raum mehr für eine freie Prüfung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, welche unter Hinweis auf die Verschollenerklärung ohne weiteres abgewiesen werden müsste. Dies ist angesichts der Tatsache, dass letztlich das Sozialversicherungsgericht über die Leistungspflicht eines Unfallversicherers – und in diesem Zusammenhang auch darüber, ob der Tod einer versicherten Person auf einen Unfall oder andere Ursachen zurückzuführen ist – zu befinden hat, nicht angängig. In diesem Sinne hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im Rahmen der Prüfung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde selbstständig zu beurteilen, ob das Verschwinden von W. I. mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf einen Unfall zurückzuführen ist oder nicht. Die Frage, ob das Bezirksgericht M. die Verschollenerklärung zu Unrecht wegen Verschwindens in hoher Todesgefahr ausgesprochen hat, kann mithin offen gelassen werden.

...

Mitwirkungsrecht einer Krankenkasse

U 389 Urteil des EVG vom 15. Mai 2000 i. Sa. X gegen Y

Mitwirkungsrecht einer Krankenkasse (Art. 129 Abs. 1 und 2 UVV; Art. 58 ff. BZP):

Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens bei der Einholung eines externen Gutachtens zu beachtende Mitwirkungsrecht ist an die Parteieigenschaft geknüpft. Es steht einer Krankenkasse nicht zu (Erw. 4b und c). Frage offen gelassen, wie es sich im Einspracheverfahren verhält (Erw. 4d).

Droit de participation d'une caisse-maladie (art. 129 al. 1 et 2 OLAA; art. 58 ss PCF):

Le droit de participation à prendre en considération dans le cadre de la procédure administrative lors de la mise en œuvre d'une expertise externe est lié à la qualité de partie. Il n'appartient pas à une caisse-maladie (consid. 4b et c). La question de savoir ce qu'il en est dans la procédure d'opposition laissé indécise (consid. 4d).

Diritto di partecipazione di una cassa malati (art. 129 cpv. 1 e 2 OAINF; art. 58 segg. PC):

Il diritto di partecipazione da prendere in considerazione nell'ambito della procedura amministrativa al momento della richiesta di una perizia esterna è legato alla qualità di parte e non spettano ad una cassa malati (cons. 4b e c). La questione è lasciata aperta nell'ambito della procedura d'opposizione (cons. 4d).

Auszug aus den Erwägungen:

...

4. – a) In RKUV 1997 Nr. U 276 S. 196 ff. Erw. 2 befasste sich das Eidgenössische Versicherungsgericht eingehend mit dem Zweck von Art. 129 UVV sowohl in der bis 31. Dezember 1995 in Kraft gewesenen als auch in der seither gültigen und vorliegend anwendbaren Fassung. Danach bezweckte die frühere Bestimmung, im Rahmen der Koordination der Leistungssysteme der verschiedenen Sozialversicherungen sicherzustellen, dass die Rechtskraft von Verfügungen und Entscheidungen über die Leistungspflicht des Unfallversicherers auf die mitbetroffenen Sozialversicherungsträger ausgedehnt wurde und so widersprüchliche materielle Entscheidungen in ein und demselben Versicherungsfall vermieden wurden. Dies wurde dadurch erreicht, dass dem mitbetroffenen Sozialversicherungsträger dieselben Partei- und Beschwerderechte eingeräumt wurden wie dem Versicherten selbst. Entgegen dem zu engen Wortlaut von Art. 129

UVV (in der bis 31. Dezember 1995 gültigen Fassung) waren daher koordinationsrechtlich relevante Leistungsverfügungen eines Unfallversicherers den mitbetroffenen Sozialversicherungsträgern nicht nur zu eröffnen, wenn sie die Aufteilung der Leistungspflicht betrafen, sondern auch dann, wenn der Unfallversicherer seine Leistungspflicht überhaupt verneinte (Erw. 2a). Zur heute gültigen Fassung hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, mit Abs. 1 werde klargestellt, dass jede Verfügung des Unfallversicherers, welche die Leistungspflicht eines anderen Versicherers berührt, diesem zu eröffnen ist. Abs. 2 der revidierten Fassung von Art. 129 UVV verdeutlicht seinerseits, dass im Zusammenhang mit koordinationsrechtlich bedeutsamen Verfügungen der Unfallversicherer stets sowohl dem mitbetroffenen Sozialversicherer als auch dem Versicherten selbst Gehörs- und Parteirechte einzuräumen sind, und zwar unbekümmert darum, welcher der Beteiligten Verfügungsadressat ist oder ein Rechtsmittel ergreift. Damit bringt Art. 129 Abs. 2 UVV nunmehr präziser und umfassender zum Ausdruck, was sich bereits aus dem Zweck der früheren Fassung ergab, der darin bestand, die Rechtskraft der Verfügungen und Entscheidungen auch auf alle am streitigen Rechtsverhältnis Beteiligten auszudehnen (Erw. 2c).

Weiter hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im genannten Urteil erkannt, dass aus dem Zweck von Art. 129 UVV (in der alten wie in der seit 1. Januar 1996 gültigen Fassung) die Verpflichtung des Unfallversicherers folgt, vor Erlass einer Verfügung abzuklären, ob und allenfalls welche Sozialversicherungsträger davon berührt sein könnten. Denn nur wenn der Unfallversicherer vorerst die im konkreten Fall koordinationsrechtlich bedeutsamen Versicherungsverhältnisse feststellt, befindet er sich überhaupt in der Lage, die den mitbetroffenen Sozialversicherern im Einsprache- und Beschwerdeverfahren zustehenden Partei- und Beschwerderechte einzuräumen. Eine Verletzung dieser Abklärungspflicht wirkt sich als Verletzung der durch Art. 129 UVV eingeräumten Partei- und Beschwerderechte aus. Sie zeitigt daher im kantonalen Beschwerdeverfahren dieselben Rechtsfolgen wie die unterlassene Eröffnung der Verfügung oder des Einspracheentscheides an den koordinationsrechtlich beteiligten Sozialversicherungsträger (Erw. 2d).

b) Zwar hat sich das Eidgenössische Versicherungsgericht im genannten Urteil nicht ausdrücklich zur hier allein interessierenden Frage geäußert, ob einer anderen Sozialversicherung im Verwaltungsverfahren der Unfallversicherung dieselben Parteirechte zu gewähren sind wie der Person, um deren Versicherungsleistungen oder Versicherteneigenschaft (vgl. BGE 124 V 312 Erw. 6b/bb) es geht. Nebst der bereits in Art. 129 Abs. 1 UVV enthaltenen Anordnung, eine die Leistungspflicht des anderen Versicherers berührende Verfügung auch dem anderen Versicherer zu eröffnen, und den nach der erwähnten Rechtsprechung vom Unfallversicherer dazu vorgängig zu treffen-

den Abklärungen ist es aus koordinationsrechtlichen Gründen indessen nicht erforderlich, einer anderen Sozialversicherung im vorausgehenden Verwaltungsverfahren weitergehende Rechte einzuräumen. Insbesondere besteht kein hinreichender Grund, einer Krankenkasse bei der Einholung eines Gutachtens vor Erlass einer Verfügung die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte zu gewähren. Abgesehen davon, dass das Verwaltungsverfahren dadurch nur unnötig verzögert und kompliziert würde, ist entscheidend, dass einer anderen Sozialversicherung im Verwaltungsverfahren nach dem klaren Wortlaut des Art. 129 Abs. 1 UVV noch keine Parteistellung (siehe dazu BGE 124 V 397 Erw. 2a) zukommen soll. Ein anderer Versicherer wird im zweiten Satz dieser Bestimmung nur – aber immerhin – als berechtigt erklärt, die gleichen Rechtsmittel zu ergreifen wie die versicherte Person. Ist die andere Sozialversicherung im Verwaltungsverfahren aber nicht Partei, stehen ihr insbesondere die Mitwirkungsrechte der Art. 57 ff. BZP, die an die Parteieigenschaft geknüpft sind, nicht zur Verfügung.

c) Gegenteiliges lässt sich dem vom kantonalen Gericht angerufenen nicht veröffentlichten Urteil V. vom 12. November 1997, U 198/97, nicht entnehmen. In jenem Urteil wird – in wörtlicher Übereinstimmung mit dem in Erw. 4a genannten Urteil – festgestellt, dass im Zusammenhang mit koordinationsrechtlich bedeutsamen Verfügungen der Unfallversicherer stets sowohl dem mitbetroffenen Sozialversicherer als auch dem Versicherten selbst Gehörs- und Parteirechte einzuräumen sind, und zwar unbekümmert darum, welcher der Beteiligten Verfügungsadressat ist oder ein Rechtsmittel ergreift. Daraus lässt sich entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts nicht folgern, der mitbetroffenen Sozialversicherung stehe in jedem Verfahren derselbe Gehörs- und Mitwirkungsanspruch zu wie der versicherten Person. Vielmehr hängt der Anspruch der anderen Sozialversicherung vom jeweiligen Stadium ab, in dem sich das Verfahren befindet.

d) Ist einerseits unbestritten, dass der Y die sie berührende Verfügung vom 9. April 1998 zwar nicht zugestellt wurde, dieser Mangel aber als geheilt zu betrachten ist, da sie davon Kenntnis erhalten hatte und den Rechtsmittelweg beschreiten konnte (vgl. RKUV 1998 Nr. U 305 S. 439 Erw. 4d/dd, 1997 Nr. U 276 S. 196 Erw. 2b), und andererseits der Krankenkasse im Verwaltungsverfahren der Unfallversicherung nach dem Gesagten nicht die gleichen Mitwirkungsrechte zustehen wie der versicherten Person, kann im vorliegenden Fall eine Verletzung der durch Art. 129 UVV eingeräumten Gehörs- und Parteirechte nicht erblickt werden. Wie es sich im Übrigen verhält, wenn in einem Einspracheverfahren, bei dem ein anderer Versicherer selbst Einsprache erhoben hat, ein Gutachten eingeholt werden muss, kann offen bleiben, da im vorliegenden Fall die Parteirechte vor jenem Verfahrensstadium zu beurteilen sind.

Zusammentreffen von Sozialversicherungsleistungen

U 390 Urteil des EVG vom 19. Mai 2000 i. Sa. C.W.

Zusammentreffen von Sozialversicherungsleistungen (Art. 16 Abs. 3, 40 UVG):

Bei der Ermittlung der Überentschädigung nach Art. 40 UVG sind auch Zeiten in die gemäss Rechtsprechung vorzunehmende Globalrechnung (BGE 117 V 394) einzubeziehen, während welchen gestützt auf Art. 16 Abs. 3 UVG Taggelder der Invalidenversicherung anstelle jener der Unfallversicherung ausgerichtet wurden (Erw. 4b).

Concours de prestations d'assurances sociales (art. 16 al. 3, 40 LAA):

Pour calculer la surindemnisation selon l'art. 40 LAA, il faut inclure également, dans le compte global prescrit par la jurisprudence (ATF 117 V 394), les périodes durant lesquelles une indemnité journalière de l'assurance-invalidité a été allouée en vertu de l'art. 16 al. 3 LAA, en lieu et place d'une indemnité journalière de l'assurance-accidents (cons. 4b).

Concorso di prestazioni di assicurazioni sociali (art. 16 cpv. 3, 40 LAINF):

Ai fini del calcolo del sovraindennizzo giusta l'art. 40 LAINF occorre includere nel conto globale sancito dalla giurisprudenza (DTF 117 V 394) pure i periodi durante i quali sono state assegnate indennità giornaliere dell'assicurazione per l'invalidità conformemente all'art. 16 cpv. 3 LAINF in luogo di indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni (cons. 4b).

Auszug aus den Erwägungen:

1. – Vorbehältlich besonderer Koordinationsregeln werden gemäss Art. 40 UVG Geldleistungen, ausgenommen Hilflosenentschädigungen, so weit gekürzt, als sie mit anderen Sozialversicherungsleistungen zusammentreffen und den mutmasslich entgangenen Verdienst übersteigen. Nach Art. 51 Abs. 3 UVV entspricht der mutmasslich entgangene Verdienst jenem Verdienst, den der Versicherte ohne schädigendes Ereignis erzielen würde.

Die Vorschrift von Art. 40 UVG stellt eine Generalklausel zur Vermeidung von Überentschädigungen dar. Sie gilt ihrem Wortlaut nach nur subsidiär, d. h. wenn keine andere Koordinationsnorm anwendbar ist. So finden Art. 40 UVG und die entsprechenden, gemäss altrechtlicher Rechtsprechung (namentlich zu Art. 74 Abs. 3 KUVG) entwickelten Grundsätze im Allgemeinen keine Anwendung beim Zusammentreffen von Renten der obligatorischen Unfallversicherung mit solchen der Alters- und Hinterlas-

senenversicherung oder der Invalidenversicherung, da die Art. 20 Abs. 2 und 31 Abs. 4 UVG diesbezüglich eine besondere Koordinationsregel enthalten. Demgegenüber greift Art. 40 UVG beispielsweise dann Platz, wenn Taggelder der Unfallversicherung mit Renten der Invalidenversicherung zusammentreffen (BGE 121 V 131 Erw. 2b, 117 V 395 Erw. 2b und 115 V 279 Erw. 1c mit Hinweisen).

2. – Im Streit liegt die Frage, welche Sozialversicherungsleistungen in die Berechnung der Überversicherung einzubeziehen sind. Nach Auffassung der Versicherungsgesellschaft und des Bundesamtes für Sozialversicherung ist der Zeitraum der Eingliederung der Versicherten durch die Invalidenversicherung, während dessen nicht der Unfallversicherer, sondern die Invalidenversicherung Taggelder ausbezahlt hat, von der Überversicherungsberechnung auszuklammern. Die Beschwerdegegnerin spricht sich demgegenüber für eine Globalrechnung ab Unfalldatum aus.

a) Das kantonale Gericht hat erwogen, dass die Invalidenversicherung während der Dauer der von ihr durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen gestützt auf Art. 16 Abs. 3 UVG und Art. 25^{bis} IVG Leistungen anstelle der an sich vom Unfallversicherer geschuldeten Taggelder erbracht habe. Da der gesetzliche Anspruch nach UVG lediglich durch Taggeldleistungen der Invalidenversicherung abgelöst und überdeckt worden sei, müsse die gesamte Periode in die Überversicherungsberechnung einbezogen werden.

b) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird hiegegen eingewendet, Art. 16 Abs. 3 UVG befreie den Unfallversicherer ausdrücklich von seiner Leistungspflicht. Während der Zeit der Taggeldzahlungen durch die Invalidenversicherung bestehe weder ein Leistungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherer, noch seien von diesem Leistungen erbracht worden. Ebenso wenig könne aus der Koordinationsnorm von Art. 25^{bis} IVG geschlossen werden, den Taggeldleistungen der Invalidenversicherung komme nur stellvertretender Charakter zu oder sie stellten mittelbare Leistungen des Unfallversicherers dar. Anknüpfungspunkt für eine globale Überversicherungsberechnung nach Art. 40 UVG könnten indessen nur effektive Bezugsperioden von Leistungen nach diesem Gesetz bilden. Würde die Berechnung losgelöst von den unfallversicherungsrechtlichen Ansprüchen vorgenommen und die massgebende Periode auf sämtliche sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche ausgedehnt, führe dies zur Statuierung eines allgemein gültigen Überversicherungsverbotes, das weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze finde.

3. – Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bezüglich der Frage, welche Sozialversicherungsleistungen (Taggelder der Unfallversicherung, Renten der Invalidenversicherung) in zeitlicher Hinsicht in die Berechnung der Überversicherung einzubeziehen sind, in BGE 117 V 394 entschieden, dass in Fortführung der unter dem KUVG entwickelten Praxis (BGE 105 V 315 Erw. I/4) auch für die Ermittlung der Überentschädigung gemäss Art. 40 UVG eine Globalrechnung vorzunehmen ist. Die Auffassung, dass beim Zusammentreffen von Taggeldern der Unfallversicherung mit Rentenleistungen der Invalidenversicherung stets gleiche Zeitabschnitte einander gegenüberzustellen seien, hat es aus rechtlichen und praktischen Überlegungen abgelehnt und sich für eine globale Abrechnung für die gesamte Bezugsperiode, beginnend ab der Entstehung des Anspruchs auf Taggelder der Unfallversicherung, ausgesprochen. Gegen die Beibehaltung der früheren Praxis sprechen seiner Ansicht nach weder der im Verhältnis zur altrechtlichen Bestimmung geänderte Wortlaut noch die Materialien und die Tatsache, dass die Komplementärrenten als Gegenstand der besonderen Koordinationsvorschriften (Art. 20 Abs. 2 und Art. 31 Abs. 4 UVG) anderen Grundsätzen folgen, noch schliesslich der Umstand, dass im Rahmen der Regressbestimmungen gemäss Art. 41 ff. UVG der Grundsatz der zeitlichen Kongruenz massgebend ist. Art. 40 UVG sei der Vorschrift von Art. 74 Abs. 3 KUVG nachgebildet und gelte als Generalklausel grundsätzlich für das Zusammentreffen mit sämtlichen sozialversicherungsrechtlichen Geldleistungen (BGE 117 V 396 Erw. 3b).

4. – a) Nach Art. 16 Abs. 3 UVG wird das Taggeld der Unfallversicherung nicht gewährt, solange Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung besteht. Diese Bestimmung gehört zu den besonderen Koordinationsvorschriften, welche eine Harmonisierung unter den verschiedenen Sozialversicherungszweigen sicherstellen und verhindern soll, dass sowohl der Unfallversicherer wie auch die Invalidenversicherung während des gleichen Zeitraumes Taggeldleistungen erbringen (vgl. *Rudolf Wipf*, Koordinationsrechtliche Fragen des UVG, in: SZS 1994 S. 14). Nach dem Prinzip der Subsidiarität wird der Unfallversicherer gestützt auf diese Gesetzesvorschrift von seiner Leistungspflicht befreit, solange die primär leistungspflichtige Invalidenversicherung das Taggeld gewährt (*Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 532 f.; *Erich Peter*, Die Koordination von Invalidenrenten im Sozialversicherungsrecht, Diss. Freiburg 1996, S. 176). Die Prioritätenordnung wurde deshalb im dargelegten Sinne getroffen, weil die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art in den Aufgabenbereich der Invalidenversicherung und nicht in jenen des Unfallversicherers fallen (*Jean-Maurice Frésard*, L'assu-

rance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. Soziale Sicherheit, Rz 173). Wie die Versicherungsgesellschaft und das BSV zu Recht festhalten, schliesst die genannte Bestimmung somit beim Bezug von Taggeldern der Invalidenversicherung einen gleichzeitigen Leistungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherer aus.

Art. 25^{bis} IVG, welcher unter der Überschrift «Koordination mit der Unfallversicherung» steht, sichert die Koordination im Sinne einer invalidenversicherungsrechtlichen Besitzstandsgarantie zu (BGE 119 V 126 Erw. 2c), indem der Gesamtbetrag des Taggeldes mindestens dem bisher bezogenen Taggeld der Unfallversicherung zu entsprechen hat. Sinn und Zweck dieser Bestimmung ist es, ein leistungsmässiges Absinken des bisherigen Bezügers von Taggeldern der Unfallversicherung – welche gemäss Art. 17 Abs. 1 UVG bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes betragen – nach der Aufnahme einer von der Invalidenversicherung übernommenen Eingliederung mit nach Massgabe der invalidenversicherungsrechtlichen Regeln ermittelten Taggeldern zu vermeiden (BGE 120 V 179 Erw. 3a).

b) Von diesen Koordinationsnormen zu unterscheiden ist die unter dem 3. Kapitel «Kürzung und Verweigerung von Versicherungsleistungen» stehende allgemeine Überversicherungsregel von Art. 40 UVG. Bezüglich der im Rahmen dieser Bestimmung vorzunehmenden Überentschädigungsberechnung hat die Rechtsprechung dem Globalvergleich gegenüber dem Grundsatz der zeitlichen Kongruenz den Vorzug gegeben, weil er einen längeren Anspruchszeitraum umfasst und das Ergebnis der Überentschädigungsberechnung somit weniger von kurzfristigen Schwankungen und zufälligen Konstellationen abhängt, als dies bei strenger Beachtung des Grundsatzes der zeitlichen Kongruenz der Fall wäre (BGE 117 V 397 Erw. 3b). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat sich für eine Globalrechnung bereits ab Beginn des Taggeldanspruches der Unfallversicherung entschieden, obwohl die Renten der Invalidenversicherung gestützt auf Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit mit den Taggeldern der Unfallversicherung zusammentreffen. Die erwähnte Lösung ermöglicht es somit, eine Unterdeckung (20 %) aus der Periode, während welcher der Versicherte nur Taggeldleistungen der Unfallversicherung bezogen hat, mit Leistungen einer späteren Bezugsperiode zu kompensieren (*Frésard*, a. a. O., Rz 173). Es soll lediglich vermieden werden, dass der Versicherte durch die Gesamtheit der erbrachten Sozialversicherungsleistungen besser gestellt wird als im Fall, in welchem sich das versicherte Ereignis nicht verwirklicht hätte. Dementsprechend sind gemäss dem der globalen Abrechnung zu Grunde liegenden Zweckgedanken nicht ein-

zelne Zeitabschnitte – also etwa die Periode, während welcher Taggelder der Invalidenversicherung ausgerichtet wurden –, sondern der gesamte Fluss von Leistungen dem mutmasslich entgangenen Verdienst gegenüberzustellen mit der Folge, dass die Globalrechnung nicht nur für das Zusammentreffen von Taggeldern der Unfallversicherung mit Renten der Invalidenversicherung, sondern auch für die Dauer der Taggeldzahlung der Invalidenversicherung anzustellen ist. Der zeitliche Abschnitt, während dessen zwar Taggelder der Invalidenversicherung, nicht aber solche der Unfallversicherung beansprucht wurden, ist folglich nicht gesondert herauszugreifen, zumal nicht einzusehen ist, weshalb Versicherte, die während der Umschulung Taggelder der Invalidenversicherung beziehen, schlechter gestellt werden sollen als jene, welchen durchwegs Taggelder nach dem Unfallversicherungsgesetz ausgerichtet werden. Daraus folgt allerdings nicht, dass für die Dauer des Anspruchs auf Taggeld der Invalidenversicherung auch ein Anspruch auf Taggelder des Unfallversicherers bestünde, wie die Vorinstanz annimmt, oder dieser für diesen Zeitraum gar zur Erbringung von irgendwelchen Leistungen verpflichtet würde. Vielmehr geht es lediglich darum festzustellen, ob für den gesamten massgebenden Zeitraum eine Überentschädigung vorliegt und der Versicherte somit insgesamt mehr Leistungen empfangen hat, als seinem mutmasslich entgangenen Verdienst entspricht. Der Unfallversicherer ist alsdann zur Kürzung nur berechtigt, soweit der Versicherte während der gesamten Periode eine Überentschädigung erhalten hat (...).

Traumatisme du type «coup du lapin»; période de latence entre l'accident et une rechute

U 391 Arrêt du TFA du 19 mai 2000 dans la cause H. A.

Traumatisme du type «coup du lapin»; période de latence entre l'accident et une rechute (art. 6 LAA; art. 11 OLAA):

Lien de causalité naturelle nié en raison du temps qui s'est écoulé entre l'événement accidentel et l'apparition des douleurs cervicales dans le cas d'un assuré qui, victime d'un accident de la circulation en 1989, a annoncé une rechute dudit accident en 1996 sous la forme de douleurs à la nuque (cons. 2 et 4).

Schleudertrauma; Latenzperiode zwischen dem Unfall und einem Rückfall (Art. 6 UVG; Art. 11 UVV):

Im Falle eines Versicherten, Opfer eines Verkehrsunfalls im Jahre 1989, der 1996 einen Rückfall des erwähnten Unfalls in Form von Nackenschmerzen angemeldet hat, wird ein natürlicher Kausalzusammenhang aufgrund der zwischen dem Unfallereignis und dem Auftreten von Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule verstrichenen Zeit verneint (Erw. 2 und 4).

Traumatismo cervicale di contraccolpo; tempo di latenza tra infortunio e ricaduta (art. 6 LAINF; art. 11 OAINF):

Nel caso di un assicurato vittima di un incidente della circolazione nel 1989 che ha annunciato una ricaduta sotto forma di dolori alla nuca nel 1996, il nesso di causalità non è riconosciuto a causa del tempo trascorso tra l'infortunio e la comparsa dei dolori cervicali (cons. 2 e 4).

Extrait des considérants:

...

2. – b) Les premiers juges ont correctement exposé les dispositions légales et les principes jurisprudentiels en matière de causalité naturelle, ainsi que les règles de preuve régissant l'existence de lésions à la colonne vertébrale par accident de type «coup du lapin», de sorte qu'il peut être renvoyé à leur jugement sur ces points.

A cet égard, on rappellera que dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Les parties sont donc en principe – sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire – dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de

la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b).

Enfin, on ajoutera que selon la jurisprudence, un traumatisme de type «coup du lapin» doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (arrêt E. du 12 août 1999, RAMA 2000 no U 359 p. 29 consid. 5e–g). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le cas d'un assuré qui, victime d'une chute à ski ayant entraîné un traumatisme du thorax et de la colonne vertébrale, ne s'est plaint de douleurs à la nuque que deux semaines après l'accident. Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les arrêts K. du 7 décembre 1992 et L. du 20 octobre 1993), la Cour de céans s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de 72 heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier.

Hinterlassenenrente

U 392 Urteil des EVG vom 24. Mai 2000 i. Sa. U.K.

Hinterlassenenrente (Art. 29 Abs. 1, 2 und 3 UVG):

Auch die Ehe des überlebenden Ehegatten mit eigenen rentenberechtigten Kindern muss vor dem Unfall bzw. vor Ausbruch der Berufskrankheit verkündet worden sein oder beim Tode zumindest zwei Jahre gedauert haben, um Anspruch auf eine Hinterlassenenrente zu begründen. Abs. 3 von Art. 29 UVG bildet keinen Sondertatbestand, nach welchem die Leistungsvoraussetzungen gemäss Abs. 2 nicht zu beachten wären. Er umschreibt bloss die Anforderungen, unter denen der Anspruch auf eine Rente im Gegensatz zur Abfindung gegeben ist (Erw. 3).

Rente du conjoint survivant (art. 29 al. 1, 2 et 3 LAA):

L'existence du droit à une rente de survivants est également subordonnée à la condition que la promesse de mariage du conjoint survivant qui a des enfants ayant droit à une rente ait été publiée avant la survenance de l'accident ou la déclaration de la maladie professionnelle ou que le mariage ait duré au moins deux ans lors du décès de l'autre conjoint. L'al. 3 de l'art. 29 LAA ne constitue pas un cas spécial selon lequel les conditions d'octroi des prestations au sens de l'al. 2 ne devraient pas être prises en considération. Il fixe seulement les conditions dans lesquelles il y a lieu d'octroyer une rente plutôt qu'une indemnité en capital (consid. 3).

Rendita per superstiti (art. 29 cpv. 1, 2 e 3 LAINF):

Per motivare il diritto a una rendita per superstiti anche il matrimonio del coniuge sopravvissuto con figli propri aventi diritto a una rendita deve essere stato pubblicato prima dell'infortunio o prima dell'insorgenza della malattia professionale oppure doveva durare da almeno due anni al momento del decesso. Il cpv. 3 dell'art. 29 LAINF non costituisce una fattispecie particolare conformemente alla quale le condizioni per il versamento di una prestazione ai sensi del cpv. 2 non dovrebbero essere prese in considerazione. Esso definisce soltanto le condizioni in cui si ha diritto ad una rendita e non ad un'indennità (cons. 3).

Auszug aus den Erwägungen:

...

2. – Die Beschwerdeführerin stützt ihren Rentenanspruch auf Art. 29 Abs. 3 UVG, dessen Voraussetzungen sie im Gegensatz zu jenen nach Art. 29 Abs. 2 erfüllt, weil sie mit ihrer Tochter M., welche im Oktober 1996 vom verstorbenen Versicherten adoptiert worden war, bei der Verwitwung

ein eigenes rentenberechtigtes Kind hatte. Streitig und zu prüfen ist deshalb, ob Absatz 3 der genannten Bestimmung ungeachtet der Voraussetzungen von Absatz 2 einen gesonderten Anspruch des überlebenden Ehegatten mit eigenen rentenberechtigten Kindern begründet.

3. – a) Diese Auslegungsfrage ist vom Eidgenössischen Versicherungsgericht bisher nicht entschieden worden. Den Materialien, welche nach ständiger Rechtsprechung ein wichtiges Erkenntnismittel darstellen, von dem im Rahmen der Auslegung stets Gebrauch zu machen ist (BGE 125 V 130 Erw. 5 in fine mit Hinweisen), lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen (vgl. Botschaft des Bundesrates zum UVG vom 18. August 1976, BBl 1976 III 169 f. und 194; Amtl. Bull. 1979 N 184, 1980 S. 477 ff.). Ebenso wenig finden sich in der Literatur direkte Stellungnahmen (vgl. *Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 427 ff.; *Ghélèw / Ramelet / Ritter*, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, S. 128 f.; *Rumojungo*, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2. Aufl., Zürich 1995, S. 149; *Locher*, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Aufl., Bern 1997, S. 255 f.). Indirekt könnte allenfalls aus den Ausführungen von *Frésard* (L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 52 Rz 128 f.) abgeleitet werden, dass Absatz 2 von Art. 29 UVG als Grundvoraussetzung für den Leistungsanspruch des überlebenden Ehegatten zu betrachten ist.

b) Die Vorinstanz hat im angefochtenen Entscheid erwogen, dass die Voraussetzungen gemäss Art. 29 Abs. 2 UVG auch für den nachfolgenden Absatz 3 massgebend seien. Letzterer umschreibe bloss die Anforderungen, unter denen der Anspruch auf eine Rente im Gegensatz zur Abfindung gegeben ist. Ein Sondertatbestand, welcher die in Absatz 2 aufgeführten Anspruchsvoraussetzungen ausser Betracht liesse, werde damit nicht geschaffen. Auch die Ehe des überlebenden Ehegatten mit eigenen rentenberechtigten Kindern müsse demnach vor dem Unfall bzw. vor Ausbruch der Berufskrankheit verkündet worden sein oder beim Tode zumindest zwei Jahre gedauert haben, um Anspruch auf Hinterlassenenrente begründen zu können. Aufgrund der Systematik von Art. 29 UVG bestehe kein Anlass, an dieser Folgerung zu zweifeln.

c) Demgegenüber vertritt die Beschwerdeführerin die Auffassung, dass der Gesetzgeber mit den Absätzen 1 und 3 in Art. 29 UVG bewusst zwei Kategorien von «überlebenden Ehegatten» definieren wollte, nämlich überlebende Ehegatten ohne rentenberechtigte Kinder (Abs. 1) und überlebende Ehegatten, die mit eigenen rentenberechtigten Kindern oder mit fremden

rentenberechtigt gewordenen Kindern im gemeinsamen Haushalt zusammenleben (Abs. 3). Diese gesetzgeberische Unterscheidung ergebe sich nicht nur aus den gleich lautenden, einleitenden Begriffsbestimmungen in den Absätzen 1 und 3. Vielmehr mache sie durchaus auch insoweit Sinn, als überlebende Ehefrauen mit rentenberechtigten Kindern zum ausschliesslichen Wohle eben dieser Kinder immer und ungeachtet der einschränkenden Bestimmung von Art. 29 Abs. 2 UVG als rentenanspruchsberechtigt erklärt werden sollten. Letztgenannte Vorschrift beziehe sich demnach einzig auf die Kategorie der überlebenden Ehegatten ohne rentenberechtigte Kinder, weshalb sie vorliegend nicht zur Anwendung gelange.

d) Diese Argumentation vermag nicht zu überzeugen. In Bestätigung der vorinstanzlichen Betrachtungsweise ist vielmehr davon auszugehen, dass die Bestimmung von Art. 29 Abs. 3 UVG aufgrund der Gesetzessystematik nur dann zum Tragen kommt, wenn die im vorangehenden Absatz 2 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei spielt es angesichts des klaren Wortlauts von Art. 29 Abs. 2 UVG keine Rolle, ob die Witwe mit einem rentenberechtigten Kind im gemeinsamen Haushalt lebt. Dieser Umstand wird erst dort bedeutsam, wo ein Anspruch an sich gegeben und die Frage zu entscheiden ist, ob dieser in Form einer Rente oder bloss einer Abfindung besteht. Wie bereits die Vorinstanz zutreffend festgehalten hat, dient Absatz 2 von Art. 29 dazu, allfällige Missbräuche zu verhindern, indem einem überlebenden Ehegatten ein Anspruch auf Rente oder Abfindung nur zusteht, wenn er die in der fraglichen Norm umschriebenen Voraussetzungen erfüllt (vgl. zur Missbrauchsthematik das Urteil in EVGE 1931 S. 10 ff., welches den Vorgänger von Art. 29 UVG, Art. 84 KUVG, betraf).

Nachfrist für Nachreichung der Originalvollmacht

U 393 Urteil des EVG vom 26. Mai 2000 i. Sa. C. E.

Nachfrist für Nachreichung der Originalvollmacht (Art. 29 Abs. 1, Art. 30 Abs. 2, Art. 108 Abs. 2 OG):

Es bedeutet keinen Verstoss gegen Bundesrecht, wenn sich der kantonale Richter angesichts einer nur in Fotokopie vorliegenden Vollmacht von der Authentizität des behaupteten Vertretungsverhältnisses überzeugen will, aus diesem Grunde eine Nachfrist für die Nachreichung der Originalvollmacht ansetzt und bei Nichtbefolgung androhungsgemäss auf die Beschwerde nicht eintritt (Erw. 4c).

Délai supplémentaire pour produire la procuration originale (art. 29 al. 1, 30 al. 2, 108 al. 2 OJ):

Il n'y a pas violation du droit fédéral si, pour se convaincre de l'authenticité d'un prétendu rapport de représentation, le juge cantonal, qui ne dispose que d'une photocopie de la procuration, fixe un délai supplémentaire pour produire la procuration originale et en cas d'inobservation n'entre pas en matière ainsi qu'il en avait averti le recourant.

Termine suppletorio per l'inoltro del documento originale della procura (art. 29 cpv. 1, art. 30 cpv. 2, art. 108 cpv. 2 OG):

Il giudice cantonale che, intendendo accertare l'autenticità di una procura attestata soltanto da una fotocopia, assegna un termine suppletorio per l'inoltro del documento originale e, in caso di inadempienza, conformemente alla commutatoria, non entra nel merito del ricorso, non viola il diritto federale (cons. 4c).

Auszug aus den Erwägungen:

...

c) Mit Bezug auf eine fotokopierte Vollmacht verhält es sich gleich wie bei einer fotokopierten Beschwerdeschrift, indem auch hier der betroffenen Partei nicht von vornherein Rechtsmissbrauch vorgeworfen werden kann. Auch in diesem Fall kann der Mangel daher durch Nachreichen des unterzeichneten Originals innerhalb der Nachfrist behoben werden (vgl. zudem Art. 29 Abs. 1 OG). Eine schriftliche Vollmacht dient nicht nur dem geordneten Verfahrensablauf, sondern zugleich der Verwirklichung materiellen Rechts und damit letztlich den Interessen der Betroffenen selber; dazu muss diese formelle Prozessvoraussetzung auch durchsetzbar sein. Es ist daher bundesrechtlich nichts dagegen einzuwenden, wenn sich das kantonale Gericht von der Authentizität des behaupteten Vertretungsverhältnisses überzeugen wollte, aus diesem Grunde eine Nachfrist für die Nachreichung der Originalvollmacht ansetzte (BGE 120 V 413), deren Länge ebenfalls zu keiner Beanstandung Anlass gibt, und anschliessend auf die Beschwerde nicht eintrat (nicht veröffentlichtes Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 30. September 1996 i.Sa. S.).

Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischen Unfallfolgen

U 394 Urteil des EVG vom 31. Mai 2000 i. Sa. D. S.

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

Bestätigung der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133. Die vom kantonalen Versicherungsgericht vertretene Auffassung, von der geltenden Rechtsprechung sei abzuweichen, wenn bei der versicherten Person psychische Prädispositionen vorliegen, indem anstelle einer objektivierten eine subjektiviert individuelle Beurteilung im Sinne einer ergänzenden Ausnahmepaxis vorzunehmen sei, wird abgelehnt (Erw. 4 und 5).

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

Confirmation de la jurisprudence de l'ATF 115 V 133. Rejet de l'opinion du tribunal cantonal des assurances selon laquelle il faut s'écarter de la jurisprudence existante lorsque la personne assurée présente des prédispositions psychiques et procéder, à titre de pratique exceptionnelle complémentaire, à une appréciation individuelle subjective plutôt qu'objective (consid. 4 et 5).

Nesso causale adeguato in caso di postumi d'infortunio psichici (art. 6 LAINF):

Conferma della giurisprudenza conformemente alla DTF 115 V 133. Si respinge il parere del Tribunale cantonale delle assicurazioni secondo cui, se la persona assicurata presenta predisposizioni psichiche, bisogna discostarsi dalla giurisprudenza vigente e procedere a una valutazione individuale soggettivata anziché oggettivata conformemente a una prassi d'eccezione complementare (cons. 4 e 5).

Auszug aus den Erwägungen:

...

4. – Die Vorinstanz postuliert in ihrem Entscheid eine Änderung der Rechtsprechung. Sie hält im Wesentlichen dafür, dass von der Adäquanztbeurteilung anhand des Kriterienkatalogs gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa dann abzuweichen sei, wenn Besonderheiten in der Persönlichkeitsstruktur der versicherten Person, namentlich Veranlagungen (psychische Prädispositionen) vorliegen. In diesen Fällen habe anstelle einer mittels unfallbezogener Kriterien objektivierten eine «subjektiviert individuelle Beurteilung» im Sinne einer ergänzenden Ausnahmepaxis Platz zu greifen,

wobei das Bestehen von Prädispositionen gestützt auf eine psychiatrische Begutachtung festzustellen wäre. Vor dem Hintergrund der besonderen Persönlichkeitsstruktur der versicherten Person (persönliche prädispositionelle Schwächen) wäre nach Auffassung der Vorinstanz das subjektive Unfallereignis massgebend, weil eine schadenbegünstigende Veranlagung auf dem vom Eidgenössischen Versicherungsgericht eingeschlagenen Weg der Objektivierung ausser Acht gelassen werde und die generelle Ausblendung von individuellen Veranlagungen neue Unbilligkeiten schaffe. Von den möglichen unfallfremden Faktoren (unfallfremde selbstständige Gründe, sekundäre Motive, Prädispositionen) erachtet die Vorinstanz die Prädisposition als mitversichert; diese lasse die Ursache-Wirkung-Beziehung zwischen Unfall und Folge unbeschadet bestehen; ihre Mitwirkung beschränke sich auf eine Herabsetzung der Widerstandskraft gegenüber störenden Einwirkungen. Die Haftung des Unfallversicherers für eine durch die Prädisposition mitverursachte psychische Fehlentwicklung wäre nach Ansicht des kantonalen Gerichts zu bejahen, wenn sie gemessen an der psychischen Prädisposition dem gewöhnlichen Lauf der Dinge entspricht.

5. – Im Urteil R. vom 11. November 1998 (publiziert in SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31) hat es das Eidgenössische Versicherungsgericht abgelehnt, die Rechtsprechung zur Adäquanz psychischer Unfallfolgen zu ändern, wobei es namentlich die vom Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt vertretene Auffassung, der adäquate Kausalzusammenhang sei unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten, insbesondere seines körperlichen und seelischen Zustandes, zu beurteilen, verworfen hat. Ein Anlass, die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 ff. zu ändern, besteht auch im vorliegenden Fall nicht. Der Ansicht der Vorinstanz, wonach bei persönlichen prädispositionellen Schwächen der versicherten Person das subjektive Unfallereignis massgebend sein solle, weil bei einer Objektivierung die schadenbegünstigende Veranlagung ausser Acht gelassen werde, was zu Unbilligkeiten führe, vermag nicht zu überzeugen. Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs hat u. a. im Hinblick auf die Gebote der Rechtssicherheit und der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten eine objektivierte Betrachtungsweise Platz zu greifen (BGE 115 V 138 ff. Erw. 6, 123 V 104 Erw. 3e). Sind die massgeblichen unfallbezogenen Kriterien erfüllt, hat die versicherte Person, bei der nach einem als mittelschwer zu qualifizierenden Unfall eine psychische Fehlentwicklung eintritt, unabhängig davon, ob sie auf Grund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger ist und einen Unfall seelisch weniger gut verkraftet als eine gesunde Person, Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung, ohne dass ihr diese besondere Veranlagung entgegengehalten werden könn-

te. Denn abzustellen ist bei der Adäquanzbeurteilung auf eine weite Bandbreite der Versicherten (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Die objektivierte Beurteilung der Adäquanz anhand der von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien führt gerade dazu, dass die Notwendigkeit entfällt, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mit begünstigt haben könnten (BGE 115 V 141).

Die Anerkennung einer psychischen Prädisposition als mitversicherter Zustand hätte nicht nur eine weitgehende Preisgabe der haftungsbegrenzenden Funktion der Adäquanz (BGE 123 V 104 Erw. 3e und 122 V 417 Erw. 2c mit Hinweisen) zur Folge, sondern führte letztlich dazu, dass die Unfallversicherung bei fehlendem adäquatem Kausalzusammenhang für die Schadenverursachung durch unfallfremde Faktoren haften müsste; denn der Unfall wäre diesfalls nicht mehr eine nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignete Ursache für den Eintritt der psychischen Fehlentwicklung und der damit einhergehenden Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, sondern lediglich noch ein ausserhalb des Ursachenspektrums liegendes, den Schaden auslösendes Moment. Eine derartige, praktisch vollständige Aufgabe der Haftungsvoraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs würde konsequenterweise bedeuten, dass die Unfallversicherung auch bei Ereignissen, die aus objektiver Sicht als geringfügig bezeichnet werden müssen, für die im Anschluss an den Unfall einsetzende, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehende psychische Fehlentwicklung mit Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit leistungspflichtig würde, sofern auf Grund einer psychiatrischen Expertise eine psychische Prädisposition erstellt und von einem subjektiv als schwer erlebten Unfall auszugehen wäre. Eine derart weitreichende Haftung des Unfallversicherers für nicht adäquat kausale Folgen eines Unfallereignisses wäre systemwidrig und lässt sich weder mit dem Schutzzweck der sozialen Unfallversicherung noch mit durch die geltende Rechtsprechung angeblich geschaffenen Unbilligkeiten begründen.

Kausalzusammenhang

U 395 Urteil des EVG vom 2. Juni 2000 i. Sa. R. Z.

Kausalzusammenhang (Art. 6 Abs. 1 UVG):

Zusammenfassung der Rechtsprechung bei Verletzungen nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus (Erw. 3).

Fragen der natürlichen Kausalität (Art. 6 UVG):

Die SPECT-Untersuchung des Gehirns stellt keine wissenschaftlich anerkannte Methode zur Beurteilung von Schleudertrauma-, schleudertraumaähnlichen und Schädel-Hirntrauma-Verletzungen dar und ist damit auch kein geeignetes Beweismittel zur Beantwortung der Frage der natürlichen Kausalität von Unfallfolgen (Erw. 6).

Verlegung der Expertenkosten (Art. 108 Abs. 1 lit. g UVG):

Das kantonale Gericht und nicht die SUVA, welche Partei ist, hat im Rahmen dieser Bestimmung mit dem Urteil über die Streitsache selbst auch über die Verlegung der Expertenkosten zu befinden. Einer vorgängigen Verfügung des Unfallversicherers bedarf es nicht (Erw. 7a).

Causalité adéquate (Art. 6 al. 1 LAA):

Résumé de la jurisprudence relative aux lésions consécutives à un mécanisme «équivalent» à un traumatisme du type «coup du lapin» (consid. 3).

Question de la causalité naturelle (art. 6 LAA):

L'examen SPECT du cerveau ne constitue pas une méthode scientifiquement reconnue pour juger des atteintes du type «coup du lapin», des traumatismes semblables à de telles atteintes ainsi que des lésions crâniocérébrales et ne saurait, dès lors, servir de moyen de preuve adéquat pour répondre à la question de la causalité naturelle des atteintes consécutives à un accident (consid. 6).

Répartition des frais d'expertise (art. 108 al. 1 let. g LAA):

Il appartient au tribunal cantonal et non pas à la CNA, qui est partie au procès, de se prononcer dans son jugement au fond également sur la prise en charge des frais d'expertise dans les limites fixées par cette disposition. Il n'est pas nécessaire que l'assureur-accidents se soit prononcé au préalable (consid. 7a).

Rapporto di causalità (art. 6 cpv. 1 LAINF):

Riassunto della giurisprudenza in caso di traumi dovuti a meccanismi «equivalenti» a un trauma da accelerazione (cons. 3).

Nesso causale naturale (art. 6 LAINF):

L'esame cerebrale SPECT non costituisce un metodo scientificamente riconosciuto per la valutazione di traumi quali il trauma da accelerazione e simili nonché da trauma cranico-cerebrale. Di conse-

guenza non costituisce un mezzo di prova atto a stabilire il nesso causale naturale dei postumi di infortuni (cons. 6).

Ripartizione delle spese per gli esperti (art. 108 cpv. 1 lett. g LAINF):

Nel quadro di questa disposizione è il Tribunale cantonale e non quindi l'INSAI, che è parte in causa, a pronunciarsi, con il dispositivo della sentenza sull'oggetto stesso del contendere, sulla ripartizione delle spese per gli esperti. Non è necessaria una decisione precedente dell'assicuratore-infortuni (cons. 7a).

Auszug aus den Erwägungen:

...

3. – Das kantonale Gericht hat die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen (BGE 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen) und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 123 III 112 Erw. 3a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen) zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) zu treffend dargelegt. Darauf kann verwiesen werden.

Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf Verletzungen nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der HWS; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) und bei Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas anwendbar ist, wenn und soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 369). In BGE 119 V 340 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht – im Zusammenhang mit Schleudermechanismen der HWS – dargelegt, dass zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztlichen Erhebungen über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw., die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung durch Verwaltung und Gerichtsinstanzen bilden. Das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität – aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall – unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (BGE 119 V 340 Erw. 2b/aa). Auch in Fällen ohne organisch nachweisbare Beschwerden bedarf es für die Leistungsberechtigung gegenüber dem Unfallversicherer, dass die geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitli-

chen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und dass diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfall steht. Dafür ist unter Umständen ein interdisziplinäres Zusammenwirken der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, nötigenfalls unter Einschluss der Neuropsychologie, erforderlich. Zu beachten sind hier die Schwierigkeiten, die sich aus dem Umstand ergeben, dass der im Zusammenhang mit HWS-Verletzungen sich manifestierende Beschwerdekomples mitunter noch andere Ursachen haben kann, was aber nicht von vornherein zur Verneinung der natürlichen Kausalität führen darf, da der Unfall als eine Teilursache für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt. Andererseits vermag auch die Neuropsychologie, nach derzeitigem Wissensstand, es nicht, selbstständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen. Spricht nach der Aktenlage medizinisch vieles für Unfallkausalität der ausgewiesenen Beschwerden, ohne dass aber vom unfallärztlichen Standpunkt aus der Zusammenhang direkt mit Wahrscheinlichkeit zu bejahen wäre, können die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse im Rahmen der gesamthaften Beweisführung bedeutsam sein. Das setzt aber voraus, dass der Neuropsychologe – im Einzelfall – in der Lage ist, überprüf- und nachvollziehbare, mithin überzeugende Aussagen zur Unfallkausalität zu machen, die sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen. Blosser Klagen über diffuse Beschwerden genügen somit keineswegs für den Beweis der Unfallkausalität (BGE 119 V 341 Erw. 2b/bb).

Bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgen ist wie folgt zu differenzieren: zunächst ist abzuklären, ob der Versicherte beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (Distorsion der HWS) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 366 Erw. 6a, letzter Absatz).

Im Weiteren kann auf die vorinstanzlichen Ausführungen zum Untersuchungsgrundsatz und zum Beweiswert von ärztlichen Gutachten und Berichten (BGE 122 V 157 ff.) verwiesen werden.

...

5. – a) Während unter der bis Ende 1995 gültig gewesenen Ordnung des KUVG der Grundsatz galt, dass die ärztliche Behandlung in diagnostischer

wie in therapeutischer Hinsicht wissenschaftlich sein muss, und im Übrigen auch bestimmt war, wer über die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung entscheidet, enthalten UVG und UVV keine entsprechende Regelung (vgl. Art. 48 und Art. 54 UVG). Dennoch wird das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit auch im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung als selbstverständlich vorausgesetzt (*Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern, 1985, S. 289 f.; *Rumo-Jungo*, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2. Aufl., Zürich 1995, S. 241). Gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG könnte der Bundesrat die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben und damit unter anderem festlegen, welche Vorkehren als wissenschaftlich anerkannt gelten und wer im Zweifelsfall hierüber zu entscheiden hätte. Von dieser Befugnis hat er bis heute jedoch keinen Gebrauch gemacht, weil den betreffenden Fragen in der Unfallversicherung aufgrund von Art. 48 Abs. 1 UVG nicht dieselbe Bedeutung zuzukommen scheint wie in der Krankenversicherung. Denn nach dieser Bestimmung kann der Versicherer die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen. Er darf daher – aufgrund des in der obligatorischen Unfallversicherung geltenden Naturalleistungsprinzips – die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Einzelfall festlegen und damit insbesondere auch über deren wissenschaftliche Anerkennung entscheiden. Dabei wird er sich freilich regelmässig an die Praxis der Krankenversicherung halten und gerade mit Blick auf die bei ihm liegende Verantwortlichkeit für allfällige Schädigungen durch die Heilbehandlung (Art. 6 Abs. 3 UVG) kaum Vorkehren zulassen, die dort als unwissenschaftlich oder als wissenschaftlich umstritten gelten (BGE 123 V 59 Erw. 2 b/bb).

b) Art. 32 Abs. 1 KVG setzt für die Übernahme der Kosten bei sämtlichen der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen voraus, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden (Satz 2). Dies gilt für die Diagnostik ebenso wie für die Therapie und die Rehabilitation (*Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 53). Nach Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen (...) erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Gemäss Art. 33 Abs. 3 KVG bestimmt der Bundesrat, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung

befindet. In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) hat das Eidgenössische Departement des Innern unter anderem die in Art. 33 Abs. 1 und Abs. 3 KVG (vgl. auch Art. 33 lit. a und c KVV) angesprochenen Leistungen bezeichnet und die Voraussetzungen sowie den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bestimmt (Art. 1 KLV in Verbindung mit Anhang 1). Von den heute zur Verfügung stehenden röntgendiagnostischen und anderen bildgebenden Verfahren werden im Anhang 1 zur KLV die Computertomographie (CT), die magnetische Kernresonanz (MRI) und die Positron-Emissions-Tomographie (PET), nicht aber das Spect aufgeführt (vgl. Ziff. 9.1 und 9.2). Aus dem Fehlen des Spect in der Negativliste in Anhang 1 zur KLV kann indessen noch nichts bezüglich der wissenschaftlichen Anerkennung abgeleitet werden. Denn Anhang 1 enthält – namentlich hinsichtlich neu entwickelter Leistungen – keine abschliessende Aufzählung (*Maurer*, a. a. O., S. 57). Nach Art. 32 Abs. 1 KVG darf der Versicherer jedoch in keinem Fall unwirksame, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen, auch wenn diese im Anhang 1 nicht genannt sind (*Eugster*, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Krankenversicherung, Rz 197 S. 97).

6. – Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsmethode dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Entscheidend sind dabei die Ergebnisse der Erfahrungen und der Erfolg einer bestimmten Therapie (BGE 120 V 476 Erw. 4a mit Hinweisen).

Beim Spect handelt es sich nicht um eine neue bildgebende Untersuchungsmethode. Relativ neu ist dagegen ihre Anwendung bei Patienten mit einem Schleudertrauma oder einer Distorsion der HWS. In der medizinischen Wissenschaft ist diese Untersuchungsmethode zum Nachweis einer Hirnorganizität nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnisse indessen umstritten. Nach *Dvorak* (Das sogenannte «Schleudertrauma» und der Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirntrauma [«mild traumatic brain injury»], unter Berücksichtigung psychoreaktiver Störungen nach Unfällen – zum Erkenntnisstand, in: SZS 1996 S. 452 ff.) stellen Spect-Untersuchungen funktionelle Modalitäten dar und sind somit inadäquat zur Erfassung der Hirnstruktur. Ferner sei über die normale Variabilität von Spect wenig bekannt. Ebenso wenig wisse man über die Spezifität (Erkennen von Patienten mit anderen Erkrankungen) und Sensivität der Untersuchung, vor allem aber auch über den Einfluss von einmaligem oder chronischem Gebrauch von Medikamenten. *Dvorak* kommt zum Schluss, dass es verfrüht sei, die Spect-Untersuchung zum Nachweis von posttraumatischer Hirnorganizität bzw. als Mittel zur Ob-

jektivierung der von den Verunfallten präsentierten Symptomatik ins Feld zu führen (a. a. O., S. 457 f.). Neuere Untersuchungsergebnisse bestätigen diese Auffassung. So legt *Alexander* (In the pursuit of proof of brain damage after whiplash injury, in: *Neurology* 1998 Vol. 51 Nr. 2 S. 336 ff.) dar, dass die Ursache der Symptome mittels Spect nicht verifiziert werden könne. Denn die im Spect am häufigsten auftretenden Veränderungen seien dieselben, wie sie beispielsweise auch bei an Depressionen oder Angststörungen leidenden Personen zur Darstellung kämen. Wie der Abhandlung von *Bicik / Radanov / Schäfer / Dvorak / Blum / Weber / Schulthess / Buck* (Pet with fluorodeoxyglucose and hexamethylpropylene amine oxime Spect in late whiplash syndrome, in: *Neurology* 1998 Vol. 51 Nr. 2 S. 345 ff.) zu entnehmen ist, vermag das Spect zwar im Einzelfall Defizite aufzuzeigen, doch eignet es sich nach Auffassung der Autoren nicht zur Diagnosestellung bei Routineuntersuchungen von Schleudertrauma-Patienten. Die Schlussfolgerungen dieser Studie wurden dann allerdings von *Otte* in Frage gestellt (*Neurology* 1999 Vol. 52 Nr. 2 S. 1107). In ihrer Stellungnahme zur vorgebrachten Kritik räumen die Verfasser sodann ein, dass breitere als die von ihnen vorgenommenen Untersuchungen über die Nützlichkeit von Spect und Pet bei Schleudertrauma-Patienten notwendig wären, um aussagekräftig zu sein.

Zusammenfassend ergibt sich aus den angeführten Publikationen, dass sich die Spect-Untersuchung des Gehirns – zumindest nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse – hinsichtlich der hier zur Diskussion stehenden Problematik der Kausalität von Unfallfolgen in einem Experimentierstadium befindet. Wenn gewisse Neurologen die Methode als taugliche Massnahme zur nachträglichen Objektivierung von Hirnläsionen halten, wie die Vorinstanz ausführt, kann daraus nicht auf eine breite Anerkennung geschlossen werden. Vielmehr erweist sich die Aussagekraft des Spect mit Bezug auf Patienten mit Schleudertrauma oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen als höchst kontrovers, weshalb ihr die Geeignetheit als Beweismittel zur Beurteilung der natürlichen Kausalität abgesprochen werden muss. Der SUVA ist daher beizupflichten, dass sie nicht angehalten werden kann, eine Spect-Untersuchung durchzuführen. Der vorinstanzliche Entscheid ist somit aufzuheben, soweit er die Unfallversicherungsanstalt verpflichtet, eine solche Beweisvorkehr zu treffen.

7. – Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die SUVA für die Kosten des im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Gutachtens Dres. med. M. und B. vom 9. September 1997 und der diesem zugrunde liegenden Bilddiagnostik des Instituts Dr. G. vom 23. Januar 1997 (Bericht vom 30. Januar 1997) aufzukommen hat.

a) Die Versicherte hat im vorinstanzlichen Verfahren obsiegt. Nach Art. 108 Abs. 1 lit. g UVG hat die im erstinstanzlichen Verfahren obsiegende Partei Anspruch auf den vom Gericht festgesetzten Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Unter dem Titel Parteientschädigung sind der obsiegenden Partei auch die notwendigen Expertenkosten (Expertenhonorar und andere Kosten) zu ersetzen (BGE 115 V 63 Erw. 5c; RKUV 2000 Nr. U 362 S. 44 Erw. 3b). Grundlage für die Zuspreehung einer solchen Entschädigung im Prozess vor der kantonalen Gerichtsstanz ist Art. 108 Abs. 1 lit. g UVG. Somit hat das Gericht und nicht die SUVA, welche Partei ist, mit dem Urteil über die Streitsache selbst auch über die Verlegung der Expertenkosten zu befinden (BGE 115 V 63 Erw. 5c). Entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung bedarf es für die Verlegung der Expertenkosten somit keiner Verfügung des Unfallversicherers.

b) Die Vorinstanz hat festgehalten, die Auslagen für das Parteigutachten Dres. med. M. und B. und für die dazugehörige Bilddiagnostik des Instituts Dr. G. stellten von der SUVA als unterliegende Partei zu übernehmende Parteikosten dar, da sich der massgebliche medizinische Sachverhalt aufgrund der im Auftrag der Anstalt erstellten Gutachten und Arztberichte nicht schlüssig habe abklären lassen und die Expertise wesentlich zum Ausgang des Verfahrens beigetragen habe. Dem ist vollumfänglich beizupflichten. Daran ändert nichts, dass die SUVA nicht zur Anordnung einer Spect-Untersuchung verpflichtet werden kann. Die Notwendigkeit der Expertise für den Ausgang des Verfahrens wird im Übrigen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde grundsätzlich nicht in Abrede gestellt.

c) Das kantonale Gericht verpflichtete die SUVA, der Versicherten Parteiauslagen von insgesamt Fr. 4966.75 zu vergüten. Diese setzen sich aus den Rechnungen des Instituts Dr. G. von insgesamt Fr. 3166.75 und dem Honorar für das Privatgutachten von Fr. 1800.– zusammen.

Die SUVA wendet ein, die Rechnungen seien ihr nicht ausgehändigt worden und sie habe auch nicht in Form einer Prozessklärung dazu Stellung nehmen können. Dazu ist festzuhalten, dass das Institut Dr. G. ihr die Rechnung der Röntgenuntersuchungen samt Befundbericht zugestellt hatte, die Anstalt eine Kostengutsprache gemäss Schreiben vom 18. Februar 1997 indessen ablehnte mit dem Hinweis, sie werde für die spezialärztliche Untersuchung und die Röntgenuntersuchung vorläufig nicht aufkommen. Die Differenz von Fr. 1800.– zu den gesamten Auslagen von Fr. 4966.75 gemäss Dispositiv Ziffer 3 des vorinstanzlichen Entscheids be-

traf das Privatgutachten Dres. med. M. und B. Dazu konnte sich die SUVA im Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren äussern.

Entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung ist der SUVA-Tarif auf den privaten Auftrag an das Röntgeninstitut und die medizinischen Experten nicht anwendbar. Nach allgemeinen auftragsrechtlichen Grundsätzen bei Fehlen einer Vereinbarung oder Verkehrssitte gemäss Art. 394 Abs. 3 OR hat die Vergütung den geleisteten Diensten zu entsprechen, ihnen objektiv angemessen zu sein. Nach welchen Gesichtspunkten sie im Übrigen zu ermitteln und was bei ihrer Bemessung berücksichtigt werden darf, entscheidet sich nicht allgemein, sondern nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art und Dauer des Auftrages, der übernommenen Verantwortung sowie der beruflichen Tätigkeit und Stellung des Beauftragten (BGE 101 II 111 Erw. 2; vgl. auch BGE 117 II 282; SZS 1999 S. 253 f.). Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und Wichtigkeit der Streitsache, des Umfangs des Gutachtens und des damit verbundenen Aufwandes erscheint der Betrag von Fr. 1800.– zur Abgeltung der Gutachterkosten als angemessen. Ebenso wenig beanstanden lässt sich der Betrag von Fr. 3166.75 für eine MR des Kopfes und der HWS, eine digitale Rx der HWS sowie ein Funktions-CT.

Minimalprämie UVG

U 396 Urteil des EVG vom 7. Juni 2000 i. Sa. H. J.

Minimalprämie UVG (Art. 92 und 109 UVG; Art. 113 ff. UVV):

Nicht die Eidgenössische Rekurskommission für die Unfallversicherung, sondern das kantonale Versicherungsgericht ist zur Beurteilung der Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit der Minimalprämie für die obligatorische Unfallversicherung sachlich zuständig (Erw. 3b).

Kostenauflegung trotz Obsiegens (Art. 156 Abs. 6 OG):

Da die «Zürich» ihren Einspracheentscheid mit einer falschen Rechtsmittelbelehrung versehen hat, hat sie es zu verantworten, dass es zum vorinstanzlichen Verfahren kam, in welchem die Rekurskommission ihre Zuständigkeit zu Unrecht bejahte, was Anlass zur vorliegenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde bot. Ihr sind daher die Gerichtskosten aufzuerlegen (Erw. 4).

Prime minimale LAA (art. 92 et 109 LAA; art. 113 ss OLAA):

Il n'appartient pas à la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-accidents mais bien au tribunal cantonal des assurances de se prononcer sur la constitutionnalité et la légalité de la prime minimale de l'assurance-accidents obligatoire (consid. 3b).

Frais mis à la charge de la partie ayant obtenu gain de cause (art. 156 al. 6 OJ):

L'indication des voies de droit contenue dans sa décision sur opposition étant erronée, il appartient à la «Zürich» de répondre du fait que la cause a été portée en première instance devant la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-accidents, laquelle a reconnu à tort sa compétence, d'où le présent recours de droit administratif. C'est la raison pour laquelle les frais judiciaires doivent être mis à sa charge (consid. 4).

Premio minimo LAINF (art. 92 e 109 LAINF; art. 113 segg. OAINF):

La valutazione di conformità alla legge e costituzionalità del premio minimo per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è materialmente di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni, non della Commissione federale di ricorso in materia di assicurazione contro gli infortuni (cons. 3b).

Spese processuali a carico nonostante la causa vinta (art. 156 cpv. 6 OG):

L'indicazione dei mezzi d'impugnazione contenuta nella decisione su opposizione della «Zurigo» essendo viziata da errore, la medesima è da ritenersi responsabile del procedimento conseguitone in precedente istanza, nel quale la Commissione di ricorso ha erroneamente confermato la propria competenza, onde il presente ricorso di diritto amministrativo, ed è perciò tenuta ad assumersi le spese processuali (cons. 4).

Auszug aus den Erwägungen:

3. – a) Art. 109 UVG (Beschwerde an die Eidgenössische Rekurskommission) lautet in der seit 1. Januar 1994 geltenden Fassung gemäss Anhang Ziff. 38 des Bundesgesetzes vom 4. Oktober 1991 über die Teilrevision der Bundesrechtspflege:

«Die Eidgenössische Rekurskommission für die Unfallversicherung beurteilt Beschwerden gegen Einspracheentscheide über:

- a. Die Zuständigkeit der SUVA zur Versicherung der Arbeitnehmer eines Betriebes;
- b. Die Zuteilung der Betriebe und der Versicherten zu den Klassen und Stufen der Prämientarife;
- c. Anordnungen zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten.»

Unter der Herrschaft der bis 31. Dezember 1993 gültig gewesenen Fassung, welche eine Zuständigkeit der Rekurskommission des Verwaltungsrates der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) für Einreihungsstreitigkeiten vorgesehen und nur für Unterstellungsstreitigkeiten nach Art. 68 UVG die besondere Rekurskommission gekannt hatte, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht, wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zutreffend bemerkt wird, entschieden, dass ein Betrieb, der die Gesetzmässigkeit der vom Versicherer geforderten Prämien bestreiten will, gegen die auf der Einreihungsverfügung beruhende Prämienabrechnung Einsprache und dann gegebenenfalls vor dem zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid zu erheben hat (BGE 112 V 206). Das Eidgenössische Versicherungsgericht ist somit bezüglich des Rechtsweges von einer Trennung der beiden Rechtsverhältnisse (Einreihung in die Gefahrenklassen und -stufen einerseits und Prämienpflicht anderseits) ausgegangen.

b) aa) Es besteht kein Anlass zu einer abweichenden Betrachtungsweise unter der Geltung des mit Wirkung ab 1. Januar 1994 geänderten Art. 109 UVG. Die von der Rekurskommission erwähnte Gegebenheit, dass sich die Einreihung (oder Einstufung) eines Betriebes in die Gefahrenklassen und -stufen auf die Prämienverpflichtungen auswirkt, bedeutet keineswegs, dass dadurch eine Zuständigkeit der Rekurskommission für die Überprüfung von Prämienfragen begründet wird, welche gesetzlich nach wie vor nicht vorgesehen ist.

bb) Davon abgesehen stellt die im vorinstanzlichen Verfahren beurteilte Mindestprämie gerade keine Frage der richtigen Einreihung in die Gefahrenklassen und -stufen dar. Das ergibt sich nicht nur aus dem fallgebun-

denen Umstand, dass der Beschwerdegegner die vorgängig der streitigen Prämienrechnung im Oktober 1996 erfolgte Neueinreihung unbeanstandet liess, sondern allgemein daraus, dass die Minimalprämie für alle unterstellten Betriebe gilt, deren Prämienvolumen, festgesetzt nach Massgabe des anwendbaren Endprämiensatzes auf der Gesamtheit der vom Betrieb ausbezahlten und versicherten Löhne, den Grenzwert von Fr. 100.– nicht erreicht. Mit anderen Worten: Sobald der der Einreihung in die Gefahrenklassen und -stufen entsprechende Prämiensatz zu einer Fr. 100.– übersteigenden Endprämie für die Berufsunfallversicherung führt, ist die Mindestprämie vom Betrieb nicht geschuldet, weil diesfalls nicht sie, sondern die sie übersteigende risikogerechte Prämie zur Festsetzung gelangt. Die Frage nach der Rechtmässigkeit (Gesetzes- oder Verfassungsmässigkeit) der Minimalprämie von Fr. 100.– betrifft daher gerade nicht die Einreihung in die Tarifklassen und -stufen, für welche die Rekurskommission allein zuständig ist.

Daraus ergibt sich die Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich, an welches die Sache zu überweisen ist.

4. – Das Verfahren ist kostenpflichtig, da es nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht (Art. 134 OG e contrario). Zwar obsiegt die Beschwerde führende Zürich mit dem Antrag auf Aufhebung des Rekursentscheides. Gemäss Art. 156 Abs. 6 in Verbindung mit Art. 135 OG hat indessen unnötige Kosten zu bezahlen, wer sie verursacht. Da die Zürich ihren Einspracheentscheid mit einer falschen Rechtsmittelbelehrung versehen hat, hat sie es zu verantworten, dass es zum vorinstanzlichen Verfahren kam, in welchem die Rekurskommission ihre Zuständigkeit zu Unrecht bejahte, was Anlass zur vorliegenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde bot. Ihr sind daher die Gerichtskosten aufzuerlegen. Eine Parteientschädigung kann die obsiegende Zürich bereits aus diesen Gründen nicht beanspruchen.

Schleudertrauma der HWS; Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs

U 397 Urteil des EVG vom 8. Juni 2000 i. Sa. H. F.

Schleudertrauma der HWS; Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs (Art. 6 Abs. 1 UVG):

Lagen beim Versicherten schon vor dem Unfall psychische Beschwerden vor, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden, ist der adäquate Kausalzusammenhang nach der für psychische Fehlentwicklungen massgebenden Rechtsprechung (BGE 115 V 133) zu beurteilen. Denn diesfalls kann nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild gesprochen werden, welches einer Differenzierung kaum zugänglich ist, weshalb die Voraussetzungen für die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS (BGE 117 V 359) nicht erfüllt sind (Erw. 3).

Accident de type «coup du lapin» à la colonne cervicale; appréciation du lien de causalité adéquat (art. 6 al. 1 LAA):

Si l'assuré souffrait déjà avant l'accident de troubles psychiques qui ont été aggravés par celui-ci, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 115 V 133). Etant donné qu'on ne saurait parler dans de telles circonstances de plaintes psycho-somatiques multiformes difficilement différenciables, les conditions d'application de la jurisprudence relative au lien de causalité adéquate en cas d'accident de type «coup du lapin» de la colonne cervicale (ATF 117 V 359) ne sont pas remplies (consid. 3).

Traumatismo di contraccollo della colonna vertebrale cervicale; valutazione dell'adeguatezza del nesso causale (art. 6 cpv. 1 LAINF):

Se l'infortunio ha provocato un peggioramento di disturbi psichici preesistenti, l'adeguatezza del nesso causale va giudicata conformemente alla giurisprudenza in merito alle alterazioni dello sviluppo psichico (DTF 115 V 133). Infatti, non essendo dato nella presente evenienza un complesso di disturbi psicosomatici difficilmente differenziabili, le condizioni per l'applicazione della giurisprudenza sull'adeguatezza del nesso causale in caso di traumatismo di contraccollo della colonna vertebrale cervicale (DTF 117 V 359) non sono soddisfatte (cons. 3).

Auszug aus den Erwägungen:

3. – a) Auf Grund der medizinischen Akten steht fest und wird im Übrigen auch von der SUVA anerkannt, dass der Versicherte an somatischen Unfallfolgen leidet, welche denn auch gemäss vorinstanzlichem Entscheid

die Zusprechung einer Invalidenrente auf der Grundlage einer Erwerbsunfähigkeit von 32% begründeten. Diese physischen Beeinträchtigungen traten im Vergleich zur psychischen Problematik, die zumindest teilweise auf den Unfall zurückzuführen ist, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss genügt, nicht derart in den Hintergrund, dass aus diesem Grund im Sinne von BGE 123 V 99 Erw. 2a die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Vorliegen psychischer Unfallfolgen gerechtfertigt wäre.

b) Die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS, nach welcher nicht unterschieden wird, ob die Beschwerden mehr organischer und / oder psychischer Natur sind (BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa), geht davon aus, dass diese Beschwerden miteinander eng verwoben sind und eine «Differenzierung angesichts des komplexen und vielschichtigen Beschwerdebildes in heiklen Fällen gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet» (BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa). Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist aber, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben.

c) Im vorliegenden Fall haben beim Versicherten schon vor dem Unfall psychische Beschwerden bestanden, die zum Teil identisch sind mit den nach dem Unfall festgestellten Beschwerden. Die Akten vermitteln das Bild eines Mannes, der, psychisch vorbelastet, ein Schleudertrauma der HWS erleidet und somatische Folgen davonträgt, daneben aber auch ein ausgeprägtes psychisches Beschwerdebild zeigt. Der Unfall wurde trotz vorbestehender degenerativer Veränderungen an der HWS zu Recht als Teilursache für die physischen Beschwerden angesehen, und die Unfallkausalität wurde entsprechend bejaht. Ebenso ist davon auszugehen, dass das Unfallereignis die psychische Situation verschlimmert hat, wie dies auch häufig bei anderen Unfällen zutrifft, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang auch hinsichtlich der psychischen Gesundheitsschädigung zu bejahen ist; der Unfall hat in diesem Sinne als Teilursache für die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zu gelten. Indessen zeigt sich diese Verschlimmerung des psychischen Krankheitsbildes nicht als mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma der HWS eng verflochtene Entwicklung, sondern als ein durch den Unfall verschlechterter Vorzustand (Erw. 3d hienach). Aus diesem Grund ist insoweit, als nicht organische Unfallfolgen in Frage stehen, die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Vorliegen psychischer Unfallfolgen (BGE 115 V 133) anzuwenden. Eines korrigierenden Eingriffs in die Rechtsprechung zur adä-

quaten Kausalität bei Unfällen mit Schleudertraumen der HWS bedarf es entgegen der Auffassung der SUVA nicht.

d) Der psychische Vorzustand ist zunächst daran ersichtlich, dass der Beschwerdeführer schon vor dem Unfall an Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit litt und deswegen psychiatrisch abgeklärt wurde. Es handelt sich dabei um Beeinträchtigungen, die auch nach dem Unfall im Mittelpunkt des psychischen Krankheitsgeschehens standen. Der Psychiater Dr. A., der den Beschwerdeführer seinerzeit untersucht hatte, hielt im Bericht vom 8. Oktober 1993 fest, dass es sich dabei um psychogene Störungen handle. Ferner stellte Dr. med. B., kantonales Spital X., bereits am 28. September 1994, rund einen Monat nach dem Unfall, beim Versicherten eine «eigenartige Persönlichkeit» fest und ergänzte, dass sich die Sache chronifizieren werde, falls es nicht gelinge, den Beschwerdeführer rasch wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern; für eine Chronifizierung sei die «eigenartige Persönlichkeitsstruktur» des Versicherten prädestiniert. Diese Angaben lassen den Schluss zu, dass die «Eigenartigkeit» schon vor dem Unfall bestanden und sich nicht in der kurzen Zeit zwischen Unfall und ärztlicher Untersuchung entwickelt hatte. Sodann gibt die berufliche Laufbahn des Beschwerdeführers vor dem Unfall Hinweise darauf, dass er aus psychischen Gründen, weil er selbst persönliche Schwächen erkannte, von geistig anspruchsvolleren zu geistig immer anspruchsloseren Beschäftigungen wechselte. Schliesslich zeigen die psychischen Beeinträchtigungen ausser den Konzentrationsstörungen und der Vergesslichkeit, die schon vor dem Unfall vorlagen, ein Bild, das sich zwar aus psychiatrischer Sicht nicht klar einordnen lässt, mit dem Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma der HWS aber nur schwerlich in Verbindung gebracht werden kann. So wurden beim psychosomatischen Konsilium in der Rehaklinik Y. «nicht klassifizierbare Denk und Gedächtnisstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten bei einer hyperthyemen Persönlichkeitsstörung» diagnostiziert, wobei in der Beurteilung von vorbestehender hyperthymen Persönlichkeit mit hypomaniischlebhaftem Temperament, euphorischer Grundstimmung und Antriebssteigerung die Rede ist; diese Persönlichkeitszüge hätten sich aber inzwischen stark akzentuiert. Daneben fanden sich u. a. formale Denkstörungen und Anzeichen einer beginnenden Verwahrlosung. Laut Angaben der Untersucher hätten sich das gesamte Erscheinungsbild und der Verlauf immer mehr vom typischen Bild eines Schleudertraumapatienten entfernt und eine gewisse Eigendynamik entwickelt (Bericht vom 27. August 1997). Der von der MEDAS beigezogene Psychiater Dr. med. C., der eine eher psychogene Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des formalen Denkens und des Verhaltens feststellte, diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit exzentrischen und hyperthyemen Zügen und mit einigen Merkmalen einer schizotypen Störung.

Evaluation de l'invalidité dans des cas spéciaux

U 398 Arrêt du TFA du 26 juin 2000 dans la cause G. A.

Evaluation de l'invalidité dans des cas spéciaux (art. 28 al. 3 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1997):

Assuré atteint d'une surdité dont la survenance, comme maladie professionnelle, remonte à 1986 au plus tôt, soit à une date où sa capacité de travail était déjà nulle depuis trois ans en raison d'autres affections qui ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents. Droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents nié.

Sonderfälle der Bestimmung der Invalidität (Art. 28 Abs. 3 UVV, in seinem bis am 31. Dezember 1997 geltenden Wortlaut):

In casu ein von einer als Berufskrankheit eingestuften Gehörlosigkeit betroffener Versicherter, dessen Erkrankung frühestens auf das Jahr 1986 zurückgeht, das heisst auf einen Zeitpunkt, als die Leistungsunfähigkeit schon seit drei Jahren andauerte, und zwar aufgrund anderer, nicht zu Lasten der Unfallversicherung gehender Gesundheitsschädigungen. Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung verneint.

Determinazione dell'invalidità in casi speciali (art. 28 cpv. 3 OAINF, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 1997):

Assicurato affetto da sordità insorta, come malattia professionale, non prima del 1986, ossia ad una data in cui la sua capacità lavorativa era già nulla da tre anni causa affezioni non coperte dall'assicurazione contro gli infortuni. Il diritto ad una rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni è negato.

I.

A. – a) G. A., né en 1930, a travaillé de 1961 à 1983 comme manœuvre de chantier et machiniste au service de l'entreprise X. Durant cette période, il a été victime de 29 accidents de gravité variable, qui ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) auprès de laquelle G.A. était assuré en sa qualité de salarié. Le 7 janvier 1983, le prénommé a annoncé à la CNA une rechute d'un accident subi en 1973, en faisant état de douleurs dans la région cervicale ainsi qu'à l'épaule et au genou gauches. Il n'a plus travaillé à partir du 16 novembre 1983.

La CNA a refusé de répondre du cas, en considérant que l'incapacité de travail de l'assuré trouvait sa cause dans des atteintes à la santé d'origine dégénérative, mais non accidentelle (décision du 4 janvier 1985). Sur opposition de l'assuré, elle a confirmé son point de vue dans une nouvelle décision du 17 avril 1985.

G. A. a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Dans le cadre de l'instruction du recours, une expertise a été confiée au docteur B., spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail. Dans un rapport du 21 janvier 1986, complété à la demande du tribunal le 7 juillet suivant, l'expert a constaté que les atteintes à la santé d'ordre somatique dont souffrait l'assuré, en particulier une polyarthrose, ne trouvaient pas leur origine dans les accidents qu'il avait subis durant sa période d'activité au service de l'entreprise X. A l'examen clinique, le docteur B. a toutefois relevé une baisse significative de l'acuité auditive; il a préconisé la mise en œuvre d'examen complémentaires chez un spécialiste, s'estimant lui-même incompétent pour juger de l'influence de l'activité professionnelle, très exposée au bruit (travail au marteau-piqueur), sur ce trouble auditif. Le tribunal a également requis une expertise psychiatrique, dont il est ressorti que l'assuré souffrait d'une grave décompensation psychique chronique, qui n'était pas en relation de causalité avec les accidents assurés (rapport des docteurs C. et F. du 15 juin 1987).

Par jugement du 11 novembre 1987, le tribunal a rejeté le recours formé par G. A. contre la décision sur opposition de la CNA, motif pris de l'absence de lien de causalité entre les accidents assurés et les troubles d'ordre somatique et psychique présentés par le prénommé; le tribunal a toutefois précisé que son examen ne portait pas sur le droit éventuel de l'assuré à des prestations découlant de ses troubles auditifs, car la CNA devait d'abord rendre une décision formelle à ce sujet.

b) La CNA a adressé l'assuré au Service d'oto-rhino-laryngologie du Centre hospitalier universitaire vaudois. Au terme de leur examen, les médecins de CHUV ont diagnostiqué une surdité de perception bilatérale se situant entre 40 et 60 dB, en précisant que si cette surdité n'était pas d'origine accidentelle, il ne leur était en revanche pas possible d'apprécier si elle était due aux traumatismes acoustiques répétés causés par le travail au marteau-piqueur (rapport du 18 décembre 1987).

La CNA a pris en charge les frais d'une prothèse auditive qui avait été précédemment recommandée par le docteur M., spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (rapports des 4 novembre 1986 et 5 mars 1987).

c) Le 26 août 1997, la belle-sœur de l'assuré a sollicité de la CNA des prestations pour ce dernier qui, dans l'intervalle, était retourné vivre en Italie. Elle a versé en cause un rapport établi le 12 août 1997 par le docteur S., spécialiste en médecine du travail en R. (Italie).

Se fondant sur la prise de position du 6 juillet 1998 de sa division médicale, la CNA a nié que l'assuré pût prétendre une rente d'invalidité ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de ses troubles auditifs, motif pris

que ceux-ci n'entraînaient ni perte de gain, ni atteinte importante et durable à l'intégrité physique (décision du 24 juillet 1998). La CNA a écarté l'opposition formée par l'assuré, dans une nouvelle décision du 8 septembre 1998.

B. – G. A. a recours contre cette décision.

Par jugement du 1^{er} novembre 1999, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours.

C. – G. A. interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il requiert l'annulation, en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de 100 % depuis le 1^{er} décembre 1983 et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'autorité cantonale pour complément d'expertise sur le plan médical.

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

II.

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

1. – Aux termes des conclusions du recourant, le litige porte seulement sur le droit de celui-ci à une rente d'invalidité à charge de l'intimé.

2. – a) Selon l'art. 118 al. 1^{er} LAA, les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la LAA, le 1^{er} janvier 1984, et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, sont régies par l'ancien droit.

L'art. 9 al. 3 OLAA, 2^{ème} phrase, précise qu'une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler. Cette formulation correspond à ce que la jurisprudence prévoyait déjà sous l'empire de la LAMA, avant l'entrée en vigueur de la LAA (cf. ATFA 1966 p. 10 consid. 2; ATFA 1962 p. 16).

b) Sur le vu des constatations médicales, les troubles auditifs du recourant n'ont pas une origine accidentelle (cf. rapport du docteur M. du 4 novembre 1986; rapport du CHUV du 18 décembre 1987). L'issue du litige dépend donc de l'existence d'une maladie professionnelle invalidante. Or, la survenance d'une telle maladie ne peut, le cas échéant, qu'être postérieure au 1^{er} janvier 1984, puisque c'est seulement en 1986, à la faveur d'une expertise médicale mise en œuvre par la juridiction cantonale, que des troubles auditifs ont été pour la première fois diagnostiqués, et que l'état de santé de l'assuré a requis des mesures médicales.

Par conséquent, le litige doit être tranché en application des dispositions de la LAA et non de la LAMA, contrairement à l'opinion des premiers juges (sur l'application du droit transitoire, cf. *Ghélew / Ramelet / Ritter*, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), p. 68).

3. – a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part.

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100 % à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a et la référence).

b) D'après le ch. 2 let. a de la liste dressée à l'annexe I de l'OLAA, sont notamment réputées affections dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, les lésions importantes de l'ouïe résultant de travaux exposant au bruit. Il s'ensuit que la surdité du recourant doit être qualifiée de maladie professionnelle si elle a été causée, dans une mesure supérieure à 50 %, par de tels travaux.

A l'issue d'un examen pratiqué en 1986, le docteur M. considérait que l'activité professionnelle de l'assuré avait contribué pour une part de 50 % au plus à sa surdité, l'étiologie de cette affection étant selon ce spécialiste avant tout d'ordre constitutionnel. Appelés à s'exprimer en 1987 sur cette question, les médecins du CHUV ont pour leur part estimé qu'ils n'étaient pas compétents pour y répondre. Quant au docteur S., il a conclu que les troubles auditifs de l'assuré résultaient des expositions au bruit (travail au marteau-piqueur) qu'il avait dû subir durant ses années d'activité professionnelle en Suisse, avis pour l'essentiel partagé par le docteur M., de la division de médecine des accidents de la CNA, même si ce dernier est plus nuancé que son confrère italien.

Les médecins prénommés ont donc donné des appréciations pour partie divergentes quant à l'influence de l'activité professionnelle du recourant sur la survenance de sa surdité. Pour le motif exposé au considérant suivant, il n'est toutefois pas besoin de décider si cette affection doit être considérée comme une maladie professionnelle.

4. – a) Selon l'ancien art. 28 al. 3 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1997, lorsque la capacité de travail de l'assuré était déjà considérablement réduite de manière durable avant l'accident, le revenu déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité est celui que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de sa capacité de travail avant l'accident. Cette disposition, dont la formulation est malheureuse, postule en réalité que l'évaluation de l'invalidité doit se faire, conformément ce que dispose l'art. 28 al. 3 OLAA dans sa version valable depuis le 1^{er} janvier 1998, en comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale (soit avant l'accident assuré) avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante (cf. RAMA 1999 n° U 322 p. 97 consid. 3b, 1996 n° U 266 p. 303 consid. 4c et les références; *Omlin*, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Fribourg 1995, p. 130 ss).

b) Selon les pièces médicales au dossier, indépendamment de sa surdité, le recourant est totalement incapable de travailler depuis 1983 en raison d'autres affections somatiques, singulièrement une polyarthrose, ainsi que de troubles d'ordre psychique. Lors de la survenance de sa surdité, soit en 1986 au plus tôt (supra consid. 2b), sa capacité de gain était dès lors déjà durablement nulle, si bien que cette affection ne lui a pas occasionné une perte de gain supplémentaire. Aussi bien le recourant ne peut-il prétendre une rente d'invalidité à charge de l'intimée, en application de l'ancien art. 28 al. 3 OLAA.

Au demeurant, à supposer qu'on fasse abstraction de cette disposition, le droit à une rente d'invalidité n'en serait pas pour autant donné. Le recourant fonde en effet sa prétention sur le rapport du docteur S. Or, si ce médecin s'emploie à démontrer l'existence de lésions auditives assimilables à une maladie professionnelle, il ne dit en revanche rien des répercussions de ces lésions sur la capacité de travail de l'assuré. Le droit à une rente d'invalidité présuppose cependant que l'assuré subisse une perte de gain (cf. art. 18 al. 2 LAA), ce que les médecins suisses ont précisément nié, en considérant que la surdité du recourant n'entravait pas sa capacité de travail (cf. rapport du docteur M. du 6 juillet 1998).

Le recours est mal fondé.