

RKUV / RAMA / RAMI 6 / 2005

Kranken- und Unfallversicherung
Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

Assurance-maladie et accidents
Jurisprudence et pratique administrative

Assicurazione malattia e infortuni
Giurisprudenza e prassi amministrativa



BAG OFSP UFSP SFOPH

Impressum

Ausgabe/Edition/Edizione: 6/2005

Herausgeber/Editeur/Editore:

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Redaktion/Rédaction/Redazione:

Marc Léderrey, Monika Schuler,

Bernard Schuler, Helen Kaufmann

Weitere Informationen/Autres informations/Altre informazioni:

BAG, Kranken- und Unfallversicherung

Hessstrasse 27e, 3003 Bern

Telefon 031 322 90 22, Telefax 031 322 78 80

E-Mail: anne-marie.flury@bag.admin.ch (UV/AA/Alnf)

Vertrieb/Distribution/Distribuzione:

BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne

UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna

Internet-Bestellung/Commande par Internet/Ordinazione per Internet:

www.bbl.admin.ch/Bundespublikationen

Auflage/Tirage/Tiratura: 1670

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

Abonnementspreis inkl. MWSt: Fr. 27.60

Prix d'abonnement TVA incluse: fr. 27.60

Prezzo d'abbonamento IVA compresa: fr. 27.60

BBL-Artikelnummer: 316.99705

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 2.06 1670kombi 66EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Februar 2006 / février 2006 / febbraio 2006

Inhalt

Sommaire

Sommario

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

409 ■ Prise en charge la transplantation du foie d'un donneur vivant (ATF 131 V 338)

KV 348 Arrêt du TFA du 21 septembre 2005 (K 144/04)

417 ■ Kostenübernahme für ein ohne Limitierung in der SL aufgeführtes Arzneimittel, welches in einer höheren, als von der Swissmedic zugelassenen Dosierung abgegeben wird (BGE 131 V 349)

KV 349 Urteil des EVG vom 21. September 2005 (K 100/04)

421 ■ Leistungskoordination ; Überentschädigung

KV 350 Urteil des EVG vom 28. September 2005 (K 107/04)

428 ■ Mitteilungen/Communications/Comunicazioni

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

429 ■ Sachverzeichnis 2005/Table des matières 2005/Indice delle materie 2005

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

435 ■ Integritätsentschädigung

U 562 Urteil des EVG vom 18. Juli 2005 i. Sa. F. (U 56/05)

438 ■ Leistungskürzung; Übergangsrecht

U 563 Urteil des EVG vom 22. Juli 2005 i. Sa. M. (U 91/05)

443 ■ Verzugszinsanspruch bei Leistungsnachzahlungen

U 564 Urteil des EVG vom 17. August 2005 i. Sa. B. (U 383/04)

448 ■ Fristenstillstand bei negativer kantonaler Regelung

U 565 Urteil des EVG vom 26. August 2005 i. Sa. M. (U 308/03)

452 ■ Fristenstillstand nach ATSG bei mehrmonatigen Beschwerdefristen

U 566 Urteil des EVG vom 26. August 2005 i. Sa. Z. (U 268/05)

461 ■ Mitteilungen/Communications/Comunicazioni

Einbindeaktion für die RKUV/Possibilité de faire relier la RAMA/
Possibiità di rilegari la RAMI

462 ■ Sachverzeichnis 2005/Table des matières 2005/Indice delle materie 2005

Prise en charge la transplantation du foie d'un donneur vivant (ATF 131 V 338)

KV 348 Arrêt du TFA du 21 septembre 2005 (K 144/04)

- **L'assurance obligatoire des soins doit prendre en charge la transplantation du foie d'un donneur vivant.**
- **Die obligatorische Krankenpflegeversicherung muss die Kosten einer Lebend-Lebertransplantation übernehmen.**
- **L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve assumere i costi di un trapianto di fegato da un donatore vivente.**

I.

A.

Le 4 décembre 2001, C., née en 1957, a subi une greffe du foie d'un donneur vivant, en l'occurrence sa soeur, J., née en 1959. L'intervention a été pratiquée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Le séjour à l'hôpital a pris fin le 25 décembre 2001. Il a été suivi de traitements ambulatoires (soins infirmiers, examens de laboratoires et radiologiques, contrôles) et médicamenteux.

C. est affiliée à la Concordia Assurance suisse de maladie et accidents pour l'assurance obligatoire des soins. Par décision du 8 juillet 2003, confirmée par une décision sur opposition du 14 octobre 2003, l'assureur a refusé de prendre en charge les frais liés à la transplantation subie par l'assurée, notamment les traitements post-opératoires.

B.

Par jugement du 8 septembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève a rejeté le recours formé par C. contre la décision sur opposition.

C.

C. interjette un recours de droit administratif en concluant à l'annulation de ce jugement et de la décision du 14 octobre 2003. Subsidièrement, elle conclut au renvoi de la cause à l'autorité cantonale pour nouvelle décision. Elle demande, par ailleurs, à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

La Concordia conclut au rejet du recours.

A l'invitation du juge délégué, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est prononcé sur le recours. Les parties se sont ensuite exprimées sur les déterminations de l'office.

D.

Le 21 septembre 2005, la Ire Chambre du Tribunal fédéral des assurances a tenu audience.

II.

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

...

1.3

...

Selon le chiffre 1.2 (dans sa version valable jusqu'au 30 juin 2005 [cf. consid. 3.1]) de l'annexe 1 à l'OPAS (*chirurgie de transplantation*), la transplantation isolée du foie est une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance si elle est exécutée dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience adéquate («fréquence minimale»: en moyenne dix transplantations de foie par année). En revanche, la transplantation du foie d'un donneur *vivant* n'est pas prise en charge. Il s'agit d'une prestation en regard de laquelle figure la mention «en cours d'évaluation».

....

3.

3.1 Le chiffre 1.2 de l'annexe 1 à l'OPAS a été modifié avec effet au 1er juillet 2005 (RO 2005 p. 2876). Désormais, la transplantation du foie d'un donneur vivant est prise en charge jusqu'au 30 juin 2008 et sous certaines conditions. Il faut notamment qu'elle ait été réalisée dans un des centres mentionnés, à savoir l'Hôpital universitaire de Zurich et l'Hôpital cantonal universitaire de Genève. La prise en charge comprend les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. Par ailleurs, les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation uniformisé, incluant un rapport annuel établi à l'attention de l'OFSP (monitoring: nombre de cas, indication, déroulement pour le receveur/le donneur, coûts totaux pour le

receveur et le donneur, calculés séparément). Enfin, cette prestation est toujours accompagnée de la mention «en cours d'évaluation».

Quoi qu'il en soit, le présent litige doit toutefois être tranché à la lumière de la réglementation en vigueur au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 127 V 467). Aussi, la modification apportée au chiffre 1.2 de l'annexe 1 à l'OPAS, entrée en vigueur le 1er juillet 2005, n'est-elle pas applicable en l'espèce.

3.2 Dans le cadre du contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances du Conseil fédéral ou du DFI, le Tribunal fédéral des assurances est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI (ATF 129 V 173 consid. 3.4 in fine¹, 124 V 195 consid. 6²). En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes – dont les avis sont à la base d'une décision du DFI – se fondent non sur des considérations d'ordre médical, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 114 V 263 consid. 4a, 160 consid. 4b in fine³).

4.

La transplantation du foie constitue l'intervention médicale permettant de traiter efficacement les patients atteints d'une insuffisance hépatique aiguë ou d'une affection chronique du foie au stade terminal.

La greffe d'un lobe du foie d'un donneur vivant sur son fils a été pratiquée avec succès pour la première fois en 1989. L'intervention appartient aux opérations de routine en Asie depuis les années 1990 et elle est plus fréquente aux Etats-Unis depuis 1998. Elle a été réalisée en Suisse une vingtaine de fois depuis 1999 (données au 22 octobre 2003) dans les centres de transplantation de Genève et de Zurich (voir Transplantation de lobe du foie provenant de donneurs vivants: la question du financement, prise de position n° 5/03 de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, in: Bulletin des médecins suisses 2004 p. 334). La transplantation du foie constitue aujourd'hui une opération courante, largement reconnue et approu-

¹ voir RAMA 2003 n° KV 240 p. 64 ss

² voir RAMA 1998 n° KV 40 p. 379 ss

³ voir RAMA 1988 n° K 784 p. 398 ss

vée par la communauté scientifique. Afin de faire bénéficier davantage de patients d'une greffe hépatique, on pratique de plus en plus la division des foies à transplanter (technique dite du «split liver»), de même que le prélèvement de parties du foie sur des donneurs vivants. Une autre technique – mais qui en est encore au stade expérimental – consiste à infuser des cellules isolées à partir du foie de donneurs. Cette technique devrait permettre notamment de satisfaire avec un seul foie les besoins de plusieurs patients (sur ces divers points: Message concernant la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules [Loi sur la transplantation] du 12 septembre 2001, FF 2002 28 ch. 1.1.1.2.3).

5.

5.1 De fait, il n'est pas contesté que la transplantation du foie à partir d'un donneur vivant – tout comme la transplantation du même organe à partir d'un donneur décédé – est une mesure efficace, appropriée et économique (art. 32 al. 1 LAMal).

5.2 En réalité, la non-admission de cette transplantation dans le catalogue des prestations a été motivée, dans un premier temps tout au moins, par des facteurs d'ordre éthique liés au risque encouru par le donneur et à la pression morale que l'urgence d'une transplantation peut susciter au sein de la famille. Dans une lettre du 25 novembre 2003 à l'intention du mandataire de la recourante, l'OFAS a fourni des indications sur l'état des discussions à ce sujet au sein des commissions compétentes. Il en ressort que la Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie (CFP) et la Commission fédérale des prestations générales (CFPG) ont débattu, les 10 et 15 octobre 2002, de l'obligation de prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire de la transplantation de foies de donneurs vivants. Ces deux commissions estimaient alors qu'il fallait étudier minutieusement les aspects éthiques de ce type de transplantation avant que la CFP n'établisse la recommandation à l'intention du DFI. Tous ces aspects n'ont pas été suffisamment pris en compte dans la demande remise en 2002 à la CFP, ce qui a incité cette dernière à demander à la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine et à la CFPG de prendre position. La CFP a traité le sujet le 23 octobre 2003. Elle a recommandé à la CFPG de discuter le problème dans un contexte transdisciplinaire afin de protéger la dignité humaine, la personnalité et la santé des patients.

5.3 Les considérations éthiques ne sont pas absentes du raisonnement du juge lorsqu'il doit se prononcer sur la prise en charge de certains traitements qui touchent parfois aux sentiments les plus intimes des êtres humains. Le juge appelé à se prononcer en ce domaine sera donc naturellement porté à

demander l'aide des spécialistes, le plus souvent les médecins (voir *Spira*, Le juge et l'éthique, in: L'éthique et le droit dans le domaine des assurances sociales, Colloque de Lausanne 1996, publication de l'IRAL, Lausanne 1996, p. 42 s.; voir par exemple ATF 121 V 289⁴ et 302⁵ [à propos de l'insémination artificielle homologue]).

5.4 L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a établi, en 1995, des directives d'éthique médicale pour les transplantations d'organes. Ces directives, qui reprennent dans une large mesure les principes du Conseil de l'Europe et de l'Organisation mondiale de la santé, règlent notamment le prélèvement d'organes chez les donneurs vivants et l'attribution de ces organes. Chez une personne vivante, majeure et capable de discernement, le prélèvement est possible pour autant qu'elle ait donné librement son consentement; en ce qui concerne l'attribution des organes, tout patient dont la maladie peut être guérie ou atténuée au moyen d'une greffe d'organe pour un laps de temps prolongé a droit à recevoir un organe devenu disponible (voir le message relatif à un article constitutionnel sur la médecine de la transplantation du 23 avril 1997, FF 1997 III 627 ch. 114.1). Les directives de l'ASSM consacrent le consensus qui prévaut dans le milieu de la médecine scientifique sur la politique de la santé. Elles servent aussi de référence aux tribunaux et aux législateurs (cantonaux ou fédéral) en matière de comportement médical (message cité, p. 629 ch. 114.4; voir également ATF 123 I 128 consid. 7c/aa, à propos du renvoi du législateur cantonal genevois aux directives de l'ASSM pour la détermination du moment de la mort).

5.5 Dans les grandes lignes, ces directives ont été reprises dans la loi sur la transplantation du 8 octobre 2004 (FF 2004 5115), qui autorise le prélèvement sur des personnes majeures et capables de discernement, si elles ont donné, par écrit, leur consentement libre et éclairé, et qu'il n'en résulte pas de risques sérieux pour leur vie ou pour leur santé et que le receveur ne puisse pas être traité avec une efficacité comparable par une autre méthode thérapeutique (art. 12).

5.6 Enfin, la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine a répondu à la demande de l'OFAS par une prise de position du 22 octobre 2003, déjà mentionnée (supra consid. 4), approuvée à l'unanimité de ses membres. Il ressort de sa prise de position qu'aucune raison morale ne s'oppose à ce que la transplantation de lobes du foie provenant de donneurs vivants figure dans le catalogue des prestations. La prise de position de la

⁴ voir RAMA 1996 n° K 975 p. 61 ss

⁵ voir RAMA 1996 n° K 976 p. 74 ss

commission nationale est ainsi résumée (voir Bulletin des médecins suisses 2004, p. 334):

1. Des arguments éthiques substantiels plaident en faveur de l'admission des dons de foie de donneurs vivants dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie sociale.
2. La réalisation responsable d'une transplantation hépatique à partir d'un donneur vivant présuppose l'offre de mesures d'accompagnement, permettant aux personnes concernées – en premier lieu le donneur et le receveur – de prendre une décision fiable, sincère et réfléchie.
3. Le coût de la préparation, du traitement et du suivi adéquat du donneur – y compris le traitement de conséquences tardives liées au don – devrait être pris en charge par l'assurance-maladie du receveur.

5.7 Au vu de l'ensemble de ces considérations, force est d'admettre que des motifs d'ordre éthique ne s'opposent pas à la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une transplantation du foie à partir d'un donneur vivant.

6.

6.1 Dans ses déterminations sur le recours de droit administratif, l'Office fédéral de la santé publique déclare que le DFI n'est pas opposé à la prise en charge à l'avenir de la transplantation hépatique à partir d'un donneur vivant pour autant qu'un seul centre soit désigné en Suisse pour fournir cette prestation. D'ailleurs, la question a été réexaminée depuis lors par la Commission fédérale des prestations, ce qui a abouti à la modification de l'OPAS déjà mentionnée (consid. 3.1).

6.2 Actuellement, il n'existe pas de critères légaux d'accréditation pour les centres hospitaliers qui pratiquent des transplantations d'organes (cf. *Dumoulin/Guillod*, L'organisation administrative des transplantations d'organes en Suisse, rapport de l'Institut du droit de la santé n° 5, Genève 2003, p. 24). La planification hospitalière est une tâche qui relève des cantons (voir *Gabrielle Steffen*, Droit aux soins et rationnement, Approche d'une définition des soins nécessaires, thèse Neuchâtel 2002, p. 158; Spira, Les compétences des cantons en matière d'assurance obligatoire des soins, in: LAMal-KVG: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 72 ss). La planification intercantonale est certes de nature à influencer sur le coût et la qualité des transplantations. Cette planification – comme le souligne l'OFSP – ne peut actuellement reposer que sur des conventions entre les fournisseurs de prestations. La nécessité d'un accord

entre les parties intéressées sera du reste, dans une large mesure, maintenue avec l'entrée en vigueur de la loi sur la transplantation. L'art. 27 de cette loi prévoit que le Conseil fédéral peut limiter le nombre des centres de transplantation après avoir consulté les cantons et en tenant compte des développements dans le domaine de la médecine de la transplantation. Dans son message, le Conseil fédéral relève toutefois que cette mesure extrême ne sera prise que si les efforts de coordination de la médecine de pointe ne permettent pas d'obtenir les résultats espérés (FF 2002 154). C'est dire que même sous le régime futur de la loi sur la transplantation, la planification intercantonale passera en priorité par des accords entre les cantons ou les établissements hospitaliers intéressés.

6.3 Indépendamment de ces considérations générales, certaines dispositions du droit de l'assurance-maladie permettent cependant d'exclure le remboursement par l'assurance de certaines prestations fournies par un établissement qui n'entrerait pas dans une planification hospitalière; en cela elle correspondent à des normes de planification (*Dumoulin/Guillod*, loc. cit., p. 24). C'est ainsi que selon l'art. 58 al. 3 let. b LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir que des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière; il peut désigner ces fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral a délégué cette compétence au DFI (art. 77 al. 4 OAMal). Aussi bien l'annexe 1 à l'OPAS contient-elle, sous ch. 1.2, des indications relatives à la prise en charge de certains actes chirurgicaux de transplantation qui mettent en oeuvre l'art. 58 al. 3 let. b LAMal. Par exemple, la transplantation isolée du foie ne peut être exécutée que dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience adéquate (supra consid. 1.3 in fine). La transplantation isolée du poumon d'un donneur non vivant ne peut être prise en charge que si elle est pratiquée à l'Hôpital universitaire de Zurich, à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si le centre participe au registre de SwissTransplant.

6.4 S'agissant de la transplantation hépatique à partir d'un donneur vivant, le DFI n'avait pas encore fait usage de cette possibilité au moment déterminant pour trancher le présent litige (cf. consid. 3.1). Dans le cas particulier, on doit donc se référer, pour ce qui est de la garantie de la qualité des prestations, aux règles générales posées pour l'admission des hôpitaux à l'art. 39 LAMal. Une déclaration d'intention du DFI de limiter le nombre de fournisseurs de prestations pour un traitement déterminé ne suffit pas pour admettre que ce traitement – pratiqué jusqu'alors par un établissement qui répond aux critères

d'admission – n'est pas remboursé par l'assurance-maladie sociale. En l'occurrence, il est constant que l'intervention a été pratiquée dans un établissement qui offre toutes les garanties nécessaires. L'absence d'une décision du DFI fondée sur la délégation de compétence en cascade des art. 58 al. 3 let. b LAMal et 77 al. 4 OAMal ne fait pas obstacle à la prise en charge du traitement litigieux.

7.

Il apparaît ainsi que l'on ne peut opposer des motifs médicaux ou éthiques ou encore des raisons pertinentes de planification hospitalière à la prise en charge par l'assurance-maladie d'une transplantation hépatique à partir d'un donneur vivant. Par ailleurs, il est incontestable que cette opération constitue une mesure efficace, appropriée et économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal (cf. consid. 5.1). Aussi, malgré la grande retenue qui s'impose au Tribunal fédéral des assurances dans le contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances du Conseil fédéral ou du DFI (ATF 129 V 173 consid. 3.4 in fine, 124 V 195 consid. 6), convient-il, dans le cas particulier, de s'écarter de l'appréciation du DFI consignée au chiffre 1.2 (dans sa version valable jusqu'au 30 juin 2005) de l'annexe 1 à l'OPAS et d'admettre la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, d'une transplantation hépatique – et de ses suites – à partir d'un donneur vivant.

Le recours de droit administratif se révèle ainsi bien fondé. Il appartiendra à la caisse de fixer le montant des prestations auxquelles a droit la recourante.

8.

(Frais et dépens)

Kostenübernahme für ein ohne Limitierungen in der SL aufgeführtes Arzneimittel, welches in einer höheren als der von der Swissmedic zugelassenen Dosierung abgegeben wird (BGE 131 V 349)

KV 349 Urteil des EVG vom 21. September 2005 (K 100/04)

- **Die medizinische Indikation und die Dosierung eines Medikamentes stehen zulassungsrechtlich und damit auch für die Aufnahme in die Spezialitätenliste in einem untrennbaren, engen Sachzusammenhang. Die Verwendung des Medikamentes bei von der Swissmedic nicht genehmigten medizinischen Indikationen und/oder in darüber hinausgehenden Dosierungen vermag, von Ausnahmen abgesehen, keine Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu begründen (Erw. 1-3).**
- **L'indication médicale et le dosage d'un médicament sont dans un rapport de connexité étroit et indissociable du point de vue des règles concernant l'autorisation de prise en charge et, partant, de leur admission dans la liste des spécialités. L'utilisation du médicament pour des indications médicales non approuvées par Swissmedic et/ou avec des dosages dépassant la mesure admise n'ouvre pas droit, sauf exceptions, à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (cons. 1-3).**
- **Dal profilo dell'ammissione e quindi anche dell'inserimento nell'elenco delle specialità, l'indicazione medica e il dosaggio di un medicinale sono strettamente e indissolubilmente legati tra loro. L'utilizzo del medicinale per indicazioni mediche non approvate da Swissmedic e/o in un dosaggio superiore non è atto, salvo eccezioni, a giustificare un obbligo di assunzione a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cons. 1-3).**

Auszug aus den Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, inwieweit aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung heraus Anspruch auf Vergütung der Kosten der Behandlung mit dem Medikament Imigran besteht. Dabei ist zu Recht allseits unstrittig, dass

Imigran in der hier applizierten Verabreichungsform (Ampullen à 6 mg) als Migränemittel in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt ist und der entsprechende Eintrag nicht mit einer Limitierung versehen ist (Spezialitätenliste, Stand 1. Juli 2003, S. 142). Der Rechtsstreit dreht sich daher im Wesentlichen um die Frage, ob bei Fehlen einer der Wirtschaftlichkeitskontrolle dienenden mengenmässigen Limitierung gemäss Art. 73 KVV (RKUV 2001 Nr. KV 158 S. 158 Erw. 2d mit Hinweis auf *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 101 FN 436) mit der Vorinstanz und der Beschwerdegegnerin angenommen werden kann, dass Anspruch auf Vergütung der Kosten im Rahmen der vom behandelnden Arzt verschriebenen Dosierung (von bis zu 12 Injektionslösungen täglich) besteht, oder ob, so der Rechtsstandpunkt der Beschwerdeführerin und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die vom Hersteller empfohlene und von der Swissmedic genehmigte maximale Dosierung von zwei Injektionslösungen pro Tag einer weiter gehenden gesetzlichen Vergütungspflicht entgegensteht.

1.1 Im Arzneimittelkompendium der Schweiz 2005, S. 1413 finden sich unter dem Stichwort «Imigran» u.a. folgende Einträge:

«...»

Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten

Zur akuten Behandlung von Migräneanfällen mit oder ohne Aura. Die Injektionslösung ist auch zur akuten Behandlung von Cluster Headache (Graupelkopfwahl) indiziert.

Imigran darf nicht zur Prophylaxe von Migräne und Cluster Headache verwendet werden.

Dosierung/Anwendung

...

Injektionslösung

Empfohlen wird eine Injektion zu 6 mg. Falls der Patient auf die erste Dosis angesprochen hat, die Symptome jedoch wieder auftreten, kann innerhalb der nächsten 24 Stunden eine weitere Injektion zu 6 mg verabreicht werden, vorausgesetzt, dass mindestens 1 Stunde seit der 1. Injektion verstrichen ist. Die Maximaldosis für 24 Stunden beträgt 2 Injektionen (12 mg).

Zusätzlich zu den beiden Injektionen sollen innerhalb dieser 24 Stunden keine anderen Darreichungsformen von Imigran verwendet werden. Hingegen ist es möglich, die zweite Injektion einmalig durch eine andere Darreichungsform (Filmtabletten, Nasal Spray, Suppositorien) in der jeweilig empfohlenen Dosierung zu ersetzen. ... »

2.

2.1 Gemäss Art. 24 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG sind ärztlich verordnete Arzneimittel nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu vergüten.

2.2 Die gesetzliche Ordnung (Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG; Art. 34 und 64 ff. KVV; Art. 30 ff. KLV) schliesst die Übernahme der Kosten von nicht auf der – abschliessenden und verbindlichen – Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimitteln durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung rechtsprechungsgemäss grundsätzlich aus (RKUV 2003 Nr. KV 260 S. 299 mit Hinweisen).

2.3 In BGE 130 V 532¹ hatte das Gericht darüber zu befinden, ob die Kosten für ein in der Spezialitätenliste aufgeführtes Arzneimittel (auch) zu übernehmen sind, wenn das Medikament für eine Indikation abgegeben wird, für welche es keine Zulassung besitzt (so genannter off-label-use). Es verneinte dies dem Grundsatz nach aus der Erwägung heraus, dass gestützt auf den der Aufnahme in die Spezialitätenliste vorangehenden Zulassungsentscheid nach dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG, AS 2001 2790 ff.) samt dazugehörigen Ausführungserlassen einzig dort geprüfte und als zulässig qualifizierte medizinische Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten krankensicherungsrechtlich als vergütungsfähig in Betracht fallen (zitiertes Urteil, Erw. 3.2 und 3.3). Davon kann ausnahmsweise abgewichen werden, wenn ein so genannter Behandlungskomplex vorliegt oder wenn für eine Krankheit, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann, wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame Behandlungsmethode verfügbar ist; diesfalls muss das Arzneimittel einen hohen therapeutischen Nutzen haben (zitiertes Urteil, Erw. 6 mit Hinweisen).

3.

3.1 Der hier zu beurteilende Fall unterscheidet sich von dem BGE 130 V 532 zu Grunde liegenden Sachverhalt darin, dass nicht die Vergütung einer durch die Swissmedic nicht geprüften und folglich nicht als zulässig erachteten therapeutischen Indikation im Streite steht, sondern die Übernahme der Kosten, welche daraus resultieren, dass die vom Hersteller empfohlene und durch die Swissmedic genehmigte Dosierung überschritten wird. Nach BGE 130 V 532 ergibt sich aus der gesetzlichen Ordnung der Aufnahme in die Spezialitätenliste, dass das vorangehende, mit einem positiven Entscheid

¹ siehe RKUV 2004 Nr. KV 310 S. 488 ff.

abgeschlossene heilmittelrechtliche Zulassungsverfahren insofern bedeutsam ist, als es für die Prüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels durch die krankenversicherungsrechtlichen Organe (BAG, Eidgenössische Arzneimittelkommission) den Prüfungsrahmen absteckt. Dies gilt nun aber nicht bloss mit Bezug auf die im zitierten Urteil strittige medizinische Indikation, sondern auch für die damit zusammenhängende Frage der Dosierung eines Medikamentes. Die konkrete medizinische Indikation und die dabei angewandte Dosierung stehen zulassungsrechtlich und damit auch für die Aufnahme in die Spezialitätenliste in einem untrennbaren, engen Sachzusammenhang (vgl. dahin gehend bereits BGE 130 V 539 f. Erw. 3.3.2 sowie 541 Erw. 5.1). Indem das BAG für die Beurteilung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit eines Arzneimittels sich auf die Unterlagen abstützt, die für die Zulassung durch die Swissmedic massgebend waren (Art. 32 und 33 KLV), stellt es denn auch nicht bloss für die medizinische Indikation, sondern auch hinsichtlich der dabei angewandten Dosierung auf die Ergebnisse des heilmittelrechtlichen Zulassungsverfahrens ab. Dieses sieht mit Blick auf die hier vorrangige Frage der Dosierung u.a. in Art. 11 Abs. 1 lit. f HMG vor, dass das Zulassungsgesuch Angaben und Unterlagen enthalten muss über die Kennzeichnung, die Arzneimittelinformation und die Abgabe- und die Anwendungsart. Nach Art. 5 Abs. 1 lit. b der Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Anforderungen an die Zulassung von Arzneimitteln vom 9. November 2001 (Arzneimittel-Zulassungsverordnung, AMZV, AS 2001 3437 ff.) hat die Dokumentation über die klinischen Prüfungen u.a. insbesondere die prophylaktische oder die therapeutische Wirkung, die klinische Verträglichkeit, den Wirkungscharakter sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen des Humanarzneimittels zu belegen. Laut Art. 3 des Anhangs 4 zur AMZV («Anforderungen an die Information für die Medizinalpersonen und den Arzneimittel-Fachhandel [«Fachinformation»]») schliesslich hat die entsprechende Fachinformation insgesamt 20 Anforderungen zu genügen, wobei sie sich gemäss Ziff. 4 zu den Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten und laut Ziff. 5 zur Dosierung/Anwendung auszusprechen hat.

3.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinische Indikation und die Dosierung eines Medikamentes wegen ihres untrennbaren, engen Sachzusammenhanges leistungsrechtlich gleich zu behandeln sind. Es handelt sich nach dem in BGE 130 V 532 dargelegten System der Aufnahme in die Spezialitätenliste da wie dort um einen so genannten «off-label-use», der, von Ausnahmen abgesehen (vgl. Erw. 2.3 in fine), keine Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu begründen vermag.

...

Leistungskoordination; Überentschädigung

KV 350 Urteil des EVG vom 28. September 2005 (K 107/04)

- **Art. 78 Abs. 2 KVG und Art. 122 KVV (je in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung) betreffen die Koordination der Leistungen zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen, nicht aber die Koordination von Sozialversicherungsleistungen mit Leistungen anderer Schadenausgleichssysteme, etwa mit solchen einer Privatversicherung (Erw. 5 und 7).**
- **L'art. 78, al. 2, LAMal et l'art. 122 OAMal (dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) se rapportent à la coordination des prestations entre les différentes assurances sociales mais non à la coordination entre les prestations des assurances sociales et celles des autres systèmes de compensation des dommages, comme par exemple les prestations d'une assurance privée (cons. 5 et 7).**
- **L'articolo 78 capoverso 2 LAMal e l'articolo 122 OAMal (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2002) si riferiscono al coordinamento delle prestazioni tra le diverse assicurazioni sociali, ma non al coordinamento tra le prestazioni delle assicurazioni sociali e quelle degli altri sistemi di compensazione dei danni, come ad esempio le prestazioni di un'assicurazione privata (cons. 5 e 7).**

I.

A.

Der 1952 geborene G. war bei der Firma M. GmbH tätig und über einen von der Arbeitgeberin bei der ELVIA Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft Zürich (nachfolgend: ELVIA) abgeschlossenen Kollektivvertrag krankentaggeldversichert. Zusätzlich verfügt er bei der Helsana Versicherungen AG, Zürich (nachfolgend: Helsana), über eine Krankentaggeldversicherung für ein Taggeld von Fr. 70.– ab dem 15. Krankheitstag und über eine zusätzliche Deckung von Fr. 111.– ab dem 91. Krankheitstag. Zufolge einer hämatologischen Erkrankung meldete er sich am 9. Februar 2001 bei der Helsana und am 16. Mai 2001 bei der ELVIA zum Bezug von Taggeldleistungen ab 19. Dezember 2000 an. Mit Verfügung vom 23. Juli 2002 kürzte die Helsana ihre Leistungen für die ab 19. Dezember 2000 bestehende Arbeitsunfähigkeit auf Fr. 39.50 pro Tag, weil der Lohnausfall von Fr. 197.50 bereits zu 80 % (Fr. 158.– pro Tag) durch die Versicherungsleistungen der ELVIA gedeckt sei.

Daran hielt sie auf Einsprache hin fest (Einspracheentscheid vom 28. November 2003).

B.

In Gutheissung der dagegen von G. geführten Beschwerde hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern den Einspracheentscheid auf und verpflichtete die Helsana, für die Zeit vom 2. Januar bis 31. Juli 2001 – unter Anrechnung der für diesen Zeitraum bereits ausgerichteten Taggeldleistungen – ein Taggeld von Fr. 70.–, und für die Zeit vom 19. März bis 31. Juli 2001 zusätzlich ein Taggeld von Fr. 111.– auszurichten (Entscheid vom 23. Juni 2004).

C.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Helsana, der Entscheid des kantonalen Gerichts sei aufzuheben. G. lässt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

II.

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

1.

Es steht fest und ist unbestritten, dass der Versicherte in der Zeit vom 19. Dezember 2000 bis 31. Juli 2001 aus Krankheitsgründen vollständig arbeitsunfähig war und deshalb – nach Ablauf der 14-tägigen Wartezeit – ab 2. Januar bis 31. Juli 2001 Anspruch auf Taggeldleistungen der Helsana hat. Gleichzeitig stehen ihm Taggelder der ELVIA gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) zu, welche nicht als Sozialversicherungsleistungen zu qualifizieren sind. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ihre Taggeldleistungen mit Blick auf die von der ELVIA erbrachten Taggeldzahlungen unter Berufung auf das Überentschädigungsverbot kürzen darf.

2.

Wie das kantonale Gericht richtig erkannt hat, sind die materiellen Bestimmungen des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 nicht anwendbar, da in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 447 Erw. 1.2.1 mit Hinweisen). Die

Höhe der von der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 2. Januar bis 31. Juli 2001 zu erbringenden Taggelder bemisst sich nach den Normen des KVG und der KVV in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung.

3.

3.1 Nach alt Art. 78 Abs. 1 KVG regelt der Bundesrat das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen, insbesondere in Bezug auf die Vorleistungspflicht und die nachträgliche Übernahme der zum Voraus erbrachten Leistungen (lit. a), die gegenseitige Meldepflicht über die Festsetzung und Änderung der Leistungen (lit. b), die Abgrenzung der Leistungspflicht beim Zusammentreffen von Krankheit und Unfall (lit. c) und das Recht der Versicherer, Verfügungen, welche die Leistungspflicht einer anderen Sozialversicherung berühren, anzufechten (lit. d). Er sorgt dafür, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden, insbesondere beim Aufenthalt in einem Spital (alt Art. 78 Abs. 2 KVG). Gestützt darauf hat der Bundesrat in alt Art. 122 KVV geregelt, dass die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen dürfen; bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt (Abs. 1). Eine Überentschädigung liegt unter anderem vor, wenn die Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder den Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung übersteigen (Abs. 2 lit. c). Liegt eine Überentschädigung vor, so werden die betreffenden Leistungen der Krankenversicherung um deren Betrag gekürzt (Abs. 3).

3.2 Alt Art. 78 Abs. 1 und 2 KVG sowie alt Art. 122 KVV regeln nach ihrem Wortlaut das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung «zu den anderen Sozialversicherungen» bzw. das Zusammentreffen von Leistungen der Krankenversicherung mit denjenigen «anderer Sozialversicherungen». Auch in den französisch- und italienischsprachigen Fassungen der Gesetzes- und Verordnungstexte ist ausdrücklich von anderen Sozialversicherungen («autres assurances sociales», «altre assicurazioni sociali») die Rede. Es fragt sich, ob diese Bestimmungen nur die intersystemische Koordination (Koordination der Leistungen zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen) oder auch die extrasystemische Koordination (Koordination von Sozialversicherungsleistungen mit Leistungen anderer Schadenausgleichssysteme, etwa mit solchen einer Privatversicherung) beschlagen.

4.

Die Vorinstanz verweist auf verschiedene Lehrmeinungen (*Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 122 ff. [nachfolgend: *Maurer*, Krankenversicherungsrecht]; *Franz Schläuri*, Beiträge zum Koordinationsrecht der Sozialversicherungen, St. Gallen 1995, S. 47 ff.; *Gebhard Eugster*, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 545 ff.) und folgt schliesslich der Auffassung von *Maurer* (a.a.O., S. 122 f.), wonach alt Art. 78 Abs. 2 KVG und alt Art. 122 Abs. 1 KVV die Überentschädigung nicht verbieten, wenn Leistungen einer privaten Versicherung mit jenen der Krankenversicherung zusammentreffen.

5.

5.1 Laut Bericht der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990 sollten bei der Koordination die zentralen Gedanken der bisherigen Gesetzgebung in der Krankenversicherung (Art. 26 KUVG, Art. 16 bis 19 der Verordnung III über die Krankenversicherung) übernommen werden. Indessen war neu beabsichtigt, das Vorgehen bei Zuständigkeitskonflikten zwischen mehreren Sozialversicherungen in Art. 54 des Gesetzesentwurfs so festzulegen, dass einerseits versicherte Personen während der Dauer des Konfliktes nicht ohne Leistungen auskommen müssen und andererseits keine Überentschädigungen anfallen (Expertenbericht S. 82). Im Expertenbericht wie auch im entsprechend vorgeschlagenen Art. 54 war aber ausdrücklich vom Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu andern Sozialversicherungen die Rede (Expertenbericht S. 82 und 131). Auch in der Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 93 ff., insbesondere S. 205) wurde hervorgehoben, dass man unnötige Neuerungen vermeiden wollte. Zu Art. 70 KVG-E mit dem Titel «Leistungscoordination» wurde ausgeführt, diese Bestimmung fasse «die Regelungen zusammen, die in der heutigen Gesetzgebung zu finden sind», so z.B. Art. 26 KUVG und Art. 16 bis 19 der Verordnung III über die Krankenversicherung (Botschaft, a.a.O., S. 206 unten). In diesem Zusammenhang verwies der Bundesrat ausdrücklich auf das im Werden begriffene ATSG (Botschaft, a.a.O., S. 205). Art. 70 KVG-E gab in den Räten zu keiner Diskussion Anlass. Er wurde unverändert zu alt Art. 78 KVG und galt in dieser Form (Erw. 3.1 hiervor) bis 31. Dezember 2002.

5.2 Die neue Regelung weicht allerdings erheblich vom früheren Recht ab. Dies geht weder aus dem Expertenbericht noch aus der Botschaft hervor. Gerade der in beiden Texten erwähnte Art. 26 KUVG sah in seinem Abs. 3 vor, dass im Rahmen der Überversicherung auch die Leistungen anderer Versicherungsträger, die nicht anerkannte Krankenkassen sind, berücksichtigt

werden, so zum Beispiel Krankentaggelder von privaten Versicherern (*Maurer*, Krankenversicherungsrecht, S. 123; *Maurer*, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, S. 387; RKUV 1994 Nr. K 953 S. 305 Erw. 2a).

5.3 Zwar finden sich – wie erwähnt – in den Vorarbeiten zum KVG Hinweise dafür, dass bezüglich Leistungskoordination keine Neuerungen vorgesehen waren. Diese Absicht hat im Gesetz selbst aber insofern keinen Niederschlag gefunden, als – anders noch im KUVG – nicht das Verhältnis zwischen der Krankenversicherung und anderen Versicherungsträgern, die nicht anerkannte Krankenkassen sind, geordnet wird, sondern (nur) dasjenige der sozialen Krankenversicherung zu anderen Sozialversicherungen. Ein Abweichen vom in allen drei Fassungen klaren Wortlaut des Gesetzes kommt unter diesen Umständen nicht in Betracht. Bezieht sich alt Art. 78 KVG nur auf die intersystemische Koordination, können im vorliegenden Fall die Leistungen des Versicherers nach VVG nicht berücksichtigt werden, was zur Folge hat, dass die Beschwerdeführerin im versicherten Umfang leistungspflichtig ist.

6.

Der Auffassung der Beschwerdeführerin könnte dann Erfolg beschieden sein, wenn ein allgemeines Überentschädigungsverbot als ungeschriebener Grundsatz des Sozialversicherungsrechts bestünde. Ein solches Verbot wird aber in konstanter Praxis verneint (vgl. BGE 107 V 212 Erw. 2b und seitherige Rechtsprechung, zuletzt BGE 128 V 247 Erw. 2a). Damit wird implizit auch eine vom Gericht auszufüllende Lücke ausgeschlossen.

7.

Die Annahme einer Gesetzeslücke verbietet sich aus einem weiteren Grund, wie sich nachfolgend zeigt.

7.1 In ihrem Bericht zur Parlamentarischen Initiative Allgemeiner Teil Sozialversicherung vom 27. September 1990 führte die Kommission des Ständerates zu Art. 69 ATSG-E aus, dass der allgemeine Teil die intersystemische Leistungskoordination regle, somit (nur) Sozialversicherungsleistungen betreffe. Zur vorgesehenen Delegationsnorm in Art. 69 Abs. 3 ATSG-E («Der Bundesrat kann den Sozialversicherungsleistungen andere Leistungen von ähnlicher Art und Zweckbestimmung gleichstellen.») wurde vermerkt, es gehe hier darum, unter anderem Überentschädigungen im Bereich der Lohnausfallentschädigungen zu verhindern und als Lohnausfallentschädigungen ausgestaltete Taggelder privater Versicherer den Sozialversicherungsleistungen gleichzustellen (Kommissionsbericht S. 80 f.).

Der Bundesrat befürwortete in seiner ersten Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative Sozialversicherungsrecht vom 17. April 1991 nähere Ausführungen in der Delegationsnorm dazu, welche Leistungen gleichzustellen seien. Zudem wies er darauf hin, dass viele Vernehmlasser den generellen Ausschluss von Leistungen der Privatversicherer (von der Koordination) forderten (erste Stellungnahme S. 6, zu Art. 69 Abs. 3 ATSG-E).

In seiner ein halbes Jahr später erschienenen Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 vermerkte der Bundesrat, dass sich die Expertenkommission unter anderem bei den Koordinationsregeln stark am Entwurf zum ATSG orientiert habe (Botschaft, a.a.O., S. 205; vgl. auch S. 206 unten, wo auf Art. 69 und 78 ATSG-E verwiesen wird). Mit der zweiten, vertieften Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative Sozialversicherungsrecht vom 17. August 1994 schlug der Bundesrat die Streichung des erwähnten Abs. 3 von Art. 69 ATSG-E vor. Es sei bezüglich des Einbezugs von Leistungen privater Versicherer auf Gesetzesstufe Klarheit geboten. Die beiden Formen (Sozialversicherung und Privatversicherung) dürften nicht gemischt werden und es sei nicht Sache des Gesetzgebers, die Gründe darzulegen, die zum Rückgriff auf die private Vorsorge führten. Dies würde er jedoch tun, wenn er erklärte, dass die Leistungen gleicher Art und ähnlicher Zweckbestimmungen wie Leistungen der Sozialversicherung zu behandeln seien. Mit anderen Worten lehnte der Bundesrat damit eine extrasystemische Koordination ab (zweite Stellungnahme S. 33 f.). Dieser Auffassung folgte die Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit in ihrem Bericht vom 26. März 1999 zur Parlamentarischen Initiative Sozialversicherungsrecht, wobei sie darauf hinwies, dass die Frage der Anrechnung von Leistungen im Rahmen der Überentschädigung, also bei Art. 76 ATSG-E, zu ordnen wäre (Bericht S. 106 f.). Dort äusserte sich die Kommission jedoch nicht weiter zum Einbezug von Leistungen privater Versicherer in die Überentschädigung (vgl. Bericht S. 118 ff.). Auch in den Plenumsberatungen wurde die Frage nicht diskutiert (vgl. Amtl. Bull. 1999 N 1249 f., 2000 S 185 f.).

7.2 Im Rahmen der Arbeiten zum Erlass des ATSG ist die Beschränkung der Koordination auf den intersystemischen Bereich ausdrücklich erörtert und der Entscheid bewusst getroffen worden. Es liegt damit ein qualifiziertes Schweigen des Gesetzgebers zu dieser Frage vor, womit die Annahme einer Lücke nicht möglich ist. Dies muss angesichts des Vorbildcharakters der Koordinationsregeln im ATSG für das KVG auch mit Bezug auf alt Art. 78 KVG gelten, zumal das Thema der Ausklammerung der extrasystemischen Koordination (Streichung von Art. 69 Abs. 3 ATSG-E) schon vor Erlass der Botschaft

zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 zur Diskussion stand.

8.

Bei dieser Rechtslage muss auf die abweichenden Meinungsäusserungen von *Schlauri* (a.a.O., S. 47 ff.) und *Eugster* (a.a.O., S. 545 ff.), auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft, nicht näher eingegangen werden. Nicht massgebend ist schliesslich auch der von der Helsana angeführte Umstand, dass ihre Taggeldversicherung als Erwerbsausfallversicherung konzipiert ist (Art. 50.1 und 50.4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Ausgabe 1997/98/99). Zufolge Ausklammerung der extrasystemischen Koordination stellt sich die Frage des Erwerbsausfalls nur intersystemisch. Zum gleichen Ergebnis – allerdings ohne weitere Begründung und lediglich in einem sogenannten obiter dictum – ist das Eidgenössische Versicherungsgericht im Übrigen bereits im Urteil S. vom 1. April 2004, K 96/02, auf welches im angefochtenen Gerichtsentscheid verwiesen wird, gelangt.

9.

Zusammenfassend steht somit fest, dass die Taggeldleistungen der ELVIA nicht in die Überentschädigungsberechnung einbezogen werden können, weshalb für eine Kürzung der von der Beschwerdeführerin zu erbringenden Tagelder kein Anlass besteht.

Mitteilungen

Communications

Comunicazioni

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

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

992	St. Niklaus	Natura Gesundheitskasse (fusion avec Mutuel Assurances, K 1479)	16.11.2005
1007	Fribourg	Mutualité Assurances, Caisse maladie et accidents (fusion avec Mutuel Assurances, K 1479)	16.11.2005
1549	Lausanne	Futura caisse-maladie et accidents (fusion avec Mutuel Assurances, K 1479)	16.11.2005

Neue Versicherer/Nouveaux assureurs/Nuovi assicuratori:

1571	Lausanne	SanaTop Assurances SA (rayon d'activité: toute la Suisse)	01.01.2006
------	----------	--	------------

Sachverzeichnis 2005: KVG

<i>A. Gerichtsurteile</i>	<i>Seite</i>
Freiwillige Taggeldversicherung:	
– Begriff der Arbeitsunfähigkeit.....	356
– Kürzung von Leistungen wegen Grobfahrlässigkeit.....	7
– Leistungskoordination ; Überentschädigung	421
Leistungen:	
– Arzneimittel der Spezialitätenliste.....	417
– im Ausland (kein Notfall).....	290, 372
– Lebend-Lebertransplantation.....	409
– Mammakonstruktion: tuberöse Brust.....	366
– medizinische Prävention.....	31
– Morbus Hodgkin: Sperma-Kryokonservierung.....	109
– Spitalexterne Pflege bei psychisch erkrankten Personen..	186, 199
– von der Leistungskommission nicht geprüfte Behandlung	284
Leistungskoordination :	
– Überentschädigung	421
– Vorleistungspflicht der Krankenversicherung im Verhält- nis zur Unfallversicherung.....	88
Prämien, Nichtbezahlung der Prämien:	
– Erlöschen des Anspruchs auf ausstehende Leistungen oder Beiträge.....	83
– Leistungsaufschub.....	92
– Mahnverfahren.....	178
– Verrechnung von erbrachten Leistungen mit unbezahlt gebliebenen Beiträgen durch die Versicherten.....	358
Verfahren:	
– Besetzung des Schiedsgerichts	71
– Vergleich.....	380
– Verwaltungsgerichtsbeschwerde in einer Streitigkeit über eine in Anwendung einer Tarifklausel der obligatori- schen Krankenpflegeversicherung im Einzelfall ergange- ne Verfügung.....	97
– Zuständigkeit des Schiedsgerichts.....	3, 200, 204
Versicherungspflicht:	
– Ausnahme von der Versicherungspflicht.....	352
– Beurteilung der Wohnsitzfrage.....	360
– im Rahmen von Sonderprogrammen des UNHCR aufge- nommene behinderte Flüchtlinge.....	25
– Wahlrecht nach Freizügigkeitsabkommen.....	353

Vertrauensarzt: Weiterleitung des medizinischen Dossiers..	355
Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme:	
– Auslegung des Begriffs «Wohnkanton».....	77
– Differenzzahlungspflicht des Kantons.....	35
– Leistungsanspruch im tariflosen Zustand.....	271
– Vergütung der teilstationären Behandlung im Spital.....	15
Wechsel des Versicherers; Kündigungsfrist.....	295
Steuerbefreiung von Krankenkassen (Art. 17 KVG).....	265

B. Bundesratsentscheide

Seite

Hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife (Benchmarking).....	159, 172
Festsetzung des TARMED-Starttaxpunktwertes für die ambulanten Leistungen in den Privatspitälern.....	247, 254
Festsetzung des Pflegeheimtarifs 2004 für die Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime	339

C. Mitteilungen

Seite

Mutationen bei den Krankenversicherern.....	39, 208, 386
Rechtspflege in Krankenversicherungssachen.....	38

Table des matières 2005: LAMal

<i>A. Arrêts du TF et du TFA</i>	<i>page</i>
Assurance facultative d'indemnités journalières:	
– coordination des prestations, surindemnisation.....	421
– notion de l'incapacité de travail	356
– réduction des prestations pour négligence grave.....	7
Changement d'assureur; délai de résiliation.....	295
Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts:	
– droit aux prestations lorsqu'il n'y a pas de tarif.....	271
– interprétation de la notion de canton de résidence.....	77
– obligation du canton de payer la différence de coûts.....	35
– prise en charge du traitement semi-hospitalier à l'hôpital.	15
Coordination des prestations :	
– obligation de l'assurance-maladie de prendre provisoirement en charge les prestations en relation avec l'assurance-accidents.....	88
– surindemnisation.....	421
Exonération fiscale des assureurs (art. 17 LAMal).....	265
Médecin-conseil: transmissions du dossier médical.....	355
Obligation de s'assurer :	
– Examen de la question du domicile.....	360
– droit d'option découlant de l'ALCP.....	353
– réfugiés handicapés admis dans le cadre de programmes spéciaux du HCR.....	25
Prestations:	
– à l'étranger (hors cas d'urgence).....	290, 372
– construction mammaire: seins tubéreux.....	366
– maladie de Hodgkin: conservation du sperme par congélation.....	109
– médicaments de la Liste des spécialités.....	417
– mesures de prévention.....	31
– soins extra-hospitaliers pour les personnes atteintes dans leur santé psychique	186, 199
– traitement non examiné par la Commission des prestations.....	284
– transplantation du foie d'un donneur vivant	409
Primes, non-paiement des primes :	
– compensation des rapports entre assurés et caisses maladie par les assurés.....	358

– extinction du droit à des prestations ou à des cotisations arriérées.....	83
– procédure de sommation.....	178
– suspension des prestations	92
Procédure:	
– compétence du tribunal arbitral	3, 200, 204
– composition du tribunal fédéral.....	71
– recours de droit administratif dans le cadre d'un litige concernant une décision prise en application d'une clause tarifaire de l'assurance-maladie obligatoire dans une situation concrète	97
– transaction.....	380

B. Décisions du Conseil fédéral *page*

Fixation de la valeur initiale du point TARMED pour les prestations ambulatoires dans les cliniques privées	247, 254
Fixation du tarif des établissements médico-sociaux pour l'année 2004 pour l'Association des établissements médico-sociaux du canton du Soleure.....	339
Fixation des tarifs pour les traitements hospitaliers par l'autorité (Benchmarking).....	159, 172

C. Communications *page*

Jurisprudence en matière d'assurance-maladie.....	38
Mutations dans l'état des assureurs-maladie.....	39, 208, 386

Indice delle materie 2005: LAMal

<i>A. Sentenze del TF e del TFA</i>	<i>pagina</i>
Cambiamento d'assicuratore: termine di disdetta.....	295
Coordinamento delle prestazioni:	
– obbligo di prestazione anticipata dell'assicurazione malattia in relazione con l'assicurazione contro gli infortuni.....	88
– sovraindennizzo	421
Esenzione fiscale degli assicuratori.....	265
Indennità giornaliera:	
– coordinamento delle prestazioni; sovraindennizzo	421
– nozione di incapacità al lavoro	356
– riduzione delle prestazioni per negligenza grave.....	7
Medico di fiducia: trasmissione dell'incarto medico.....	355
Obbligo d'assicurazione:	
– esame della questione del domicilio.....	360
– diritto d'opzione risultante dall'ALC.....	353
– rifugiati andicappati accolti nell'ambito di programmi speciali dell'UNHCR.....	25
Premi, mancato pagamento dei premi:	
– compensazione nei rapporti fra assicurati e casse malati.....	352
– estinzione del diritto a prestazioni o contributi arretrati	83
– procedura di diffida.....	178
– sospensione delle prestazioni.....	92
Prestazioni:	
– all'estero (non urgenti).....	290, 372
– costruzione mammaria: mammelle tuberose	366
– cure extraospedaliere per persone affette da malattie psichiche	186, 199
– malattia di Hodgkin ; conservazione dello sperma con congelamento.....	109
– medicinali dell'Elenco delle specialità.....	417
– medicina preventiva.....	31
– trapianto di fegato da un donatore vivente.....	409
– trattamenti che non sono stati sottoposti al parere della Commissione delle prestazioni.....	284
Procedura:	
– competenza del tribunale arbitrale	3, 200, 4
– composizione del tribunale arbitrale	71

– ricorso di diritto amministrativo in una controversia concernente una decisione presa in applicazione di una clausola tariffaria dell'assicurazione malattia obbligatoria in una situazione concreta.....	97
– transazioni.....	380
Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi:	
– assunzione dei costi delle cure semiospedaliere in ospedale.....	15
– diritto alle prestazioni in caso di vuoto tariffario.....	271
– interpretazione della nozione di «cantone di domicilio».....	77
– obbligo da parte del Cantone di coprire la differenza.....	35
<i>B. Decisioni del Consiglio federale</i>	<i>pagina</i>
Fissazione del valore iniziale del punto TARMED per le prestazioni ambulatoriali delle cliniche private	247, 254
Fissazione della tariffa 2004 delle case di cura per l'Associazione delle case di cura del cantone Soletta.....	339
Fissazione delle tariffe per le cure ospedaliere da parte dell'autorità (Benchmarking).....	159, 172
<i>C. Comunicazioni</i>	<i>pagina</i>
Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattia.....	38
Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie.....	39, 208, 386

Integritätsentschädigung

U 562 Urteil des EVG vom 18. Juli 2005 i. Sa. F. (U 56/05)

- **Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 und Art. 25 Abs. 1 UVG; Art. 36 UVV):**

An der in RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 dargelegten und in RKUV 2003 Nr. U 496 S. 403 bestätigten Rechtsprechung zur Bemessung der Integritätsentschädigung bei Endoprothesen ist trotz der in SZS 2004 S. 339 ff. dagegen vorgebrachten Kritik (Beitrag Frey/Bär, Endoprothesen und Integritätsentschädigung) festzuhalten.

- **Indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24, al. 1, et art. 25, al. 1, LAA; art. 36 OLAA):**

Malgré la critique parue dans la RSJ 2004 p. 339ss. (article de Frey/Bär, Endoprothesen und Integritätsentschädigung) à son encontre, il convient d'en rester à la jurisprudence posée dans RKUV 2001 no U 445 p. 555 et confirmée dans RKUV 2003 no U 496 p. 403 en ce qui concerne la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas d'endoprothèses.

- **Indennità per menomazione dell'integrità (art. 24 cpv. 1 e art. 25 cpv. 1 LAINF; art. 36 OAINF):**

Nonostante il commento a sfavore pubblicato in SZS 2004 p. 339 segg. (Frey/Bär, Endoprothesen und Integritätsentschädigung), per quanto riguarda il calcolo dell'indennità per menomazione dell'integrità in caso di endoprotesi ci si deve attenere alla giurisprudenza pubblicata in RAMI 2001 n. U 445 p. 555 e confermata in RAMI 2003 n. U 496 p. 403.

Auszug aus den Erwägungen:

...

2.1 Die Vorinstanz hat in einlässlicher Würdigung der Akten und mit in allen Teilen überzeugender Begründung die Schlussfolgerung der SUVA bestätigt, wonach der Unfall vom 16. März 2000 ohne nachhaltigen Einfluss auf die zumutbarerweise verwertbare Restarbeitsfähigkeit bleibt, mithin die im Jahre 1998 bezogen auf die Folgen des Unfalls vom 23. Oktober 1991 vorge-

nommene Beurteilung der Leistungsfähigkeit nach wie vor Gültigkeit behält. Danach sind dem Beschwerdeführer vorwiegend sitzende, leichte Tätigkeiten ohne Stehdauer von über einer Stunde, Zwangspositionen wie Knien und Kauern, Besteigen von Gerüsten und Leitern, Laufen auf unebenem Gelände, Überkopfarbeiten und Tragen von Lasten über 10-15 Kilo ganztags zumutbar.

Was letztinstanzlich hiegegen vorgebracht wird, ist nicht stichhaltig. Unbegründet ist namentlich der Einwand, das kantonale Gericht habe die sachbezogenen Rügen des Versicherten nicht genügend eingehend geprüft, wenn nicht gar missverstanden. Die zutreffenden vorinstanzlichen Erwägungen, worauf verwiesen wird, beziehen sich auf die nach übereinstimmender Auffassung der Parteien zentrale Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Versicherten durch den (zweiten) Unfall im Jahre 2000 verschlechtert haben. Dabei ist – was auch die Vorinstanz nicht verkennet – dem Beschwerdeführer zwar beizupflichten, dass in der Feststellung des Gesundheitsschadens gewisse Abweichungen gegenüber dem Zustand vor dem Unfall vom 16. März 2000 zu verzeichnen sind, indem im kreisärztlichen Abschlussbericht des Dr. med. W. vom 10. Juni 2002 hinsichtlich des rechten Knies ein vorderes Schubladenphänomen mit Lachmann + bis ++ sowie eine mässige bis schwere Pangoarthrose festgestellt wird, während im letzten Abschlussbericht des Kreisarztes Dr. med. B. vom 14. Oktober 1998 lediglich von einer Vorderen Schublade + und einer mässigen Pangoarthrose die Rede war. Auf solche (hier: nur geringfügig) unterschiedliche Befunde kommt es indessen, wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassungsweise richtig einwendet, aus rechtlicher Sicht nicht entscheidend an. Massgebend ist die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf das (verbleibende) Leistungsvermögen. Diesbezüglich ist mit der Vorinstanz eine relevante Verschlechterung seit 1998 zu verneinen. Insbesondere hat das kantonale Gericht in der Umschreibung des medizinisch zumutbaren Tätigkeitsprofils im Bericht vom 10. Juni 2002 («wechselhaft sitzende/gehende Tätigkeit») zu Recht keine massgebende Differenz zur Einschätzung im Bericht vom 14. Oktober 1998 («vorwiegend sitzende, leichte Tätigkeit») erblickt. Wenn sodann in der ärztlichen Leistungsfähigkeitsbeurteilung von 1998 (insoweit bestätigt durch den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 18. Dezember 2000 und das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. Juli 2002) eine maximale Stehdauer von einer Stunde als zumutbar erachtet wird, liegt darin kein Widerspruch zur Aussage im Abschlussbericht des Dr. med. W. vom 10. Juni 2002, wonach die Dauer der stehenden bzw. gehenden Position einen Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten sollte. Die Beschränkung der Stehdauer auf maximal eine Stunde gemäss Bericht vom 14. Oktober 1998 meint nichts anderes, als dass vom Versicherten kein ununterbrochenes Stehen während mehr als einer Stunde

verlangt werden kann, spätestens dann also ein Belastungswechsel angezeigt ist. Über die während eines Arbeitstages insgesamt zumutbare Stehdauer ist damit nichts Konkretes gesagt.

Besteht nach dem Gesagten kein Anlass zu einer abweichenden Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit, bleibt es im Ergebnis bei einem Invaliditätsgrad von 29% gemäss Einspracheentscheid vom 5. September 2003. Die sinngemässe Rüge des Beschwerdeführers, der bei der Ermittlung des trotz Gesundheitsschadens zumutbarerweise erzielbaren Einkommens (Invalideneinkommen) vorinstanzlich vorgenommene sog. leidensbedingte Abzug (vgl. dazu BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 67 ff. Erw. 4) von 10% sei mit Blick auf die praxisgemäss zulässige Maximalhöhe 25% zu niedrig ausgefallen, ist unbegründet. Für eine letztinstanzliche Korrektur der Ermessensausübung (vgl. Art. 132 lit. a und Art. 104 lit. c OG) bedürfte es nach der Rechtsprechung triftiger Gründe (BGE 126 V 81 Erw. 6, 123 V 152 Erw. 2); solche aber werden weder vom Beschwerdeführer dargetan noch ergeben sie sich aus den Akten.

...

Leistungskürzung; Übergangsrecht

U 563 Urteil des EVG vom 22. Juli 2005 i. Sa. M. (U 91/05)

- **Leistungskürzung; Übergangsrecht (Art. 37 Abs. 2, Art. 118 Abs. 4 UVG; Art. 21 Abs. 1, Art. 82 Abs. 1 ATSG):**

Unter Art. 37 Abs. 2 UVG in der bis 31. Dezember 1998 gültig gewesenen Fassung erfolgte Kürzungen von Leistungen der Unfallversicherung, insbesondere Invalidenrenten, bleiben auch nach Inkrafttreten des ATSG bestehen. Art. 118 Abs. 4 UVG geht Art. 82 Abs. 1 Satz 2 ATSG vor (Erw. 2).

- **Réduction des prestations; droit transitoire (art. 37 al. 2, art. 118 al. 4 LAA; art. 21 al. 1, art. 82 al. 1 LPGA):**

Les réductions de prestations pratiquées par l'assurance-accidents sous l'empire de l'art. 37 al. 2 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 1998, en particulier les rentes d'invalidité, subsistent également après l'entrée en vigueur de la LPGA. L'art. 118 al. 4 LAA prime sur l'art. 82 al. 1, 2e phrase, LPGA (cons. 2).

- **Riduzione delle prestazioni; diritto transitorio (art. 37 cpv. 2, art. 118 cpv. 4 LAINF; art. 21 cpv. 1, art. 82 cpv. 1 LPGA):**

Le riduzioni di prestazioni, segnatamente di rendite d'invalidità, praticate dall'assicurazione contro gli infortuni sotto l'imperio dell'art. 37 cpv. 2 LAINF nella sua versione in vigore fino al 31 dicembre 1998 mantengono la loro validità anche dopo l'entrata in vigore della LPGA. L'art. 118 cpv. 4 LAINF prevale sull'art. 82 cpv. 1, seconda frase, LPGA (cons. 2).

Auszug aus den Erwägungen:

...

2. Es kann sich somit einzig fragen, ob die seit Rentenbeginn am 1. März 1997 bis zum den Prüfungszeitraum begrenzenden Einspracheentscheid vom 20. September 2004 (BGE 116 V 248 Erw. 1a und SVR 2005 AHV Nr. 9 S. 31 Erw.1.1.3) erfolgten Gesetzesänderungen auf die am 9. September 1993 verfügte Kürzung der Versicherungsleistungen einen Einfluss haben. Die Vorinstanz hat dies im Wesentlichen unter Hinweis auf die einschlägigen

Vorschriften (Art. 37 Abs. 2 UVG in den Fassungen bis 31. Dezember 1998, vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2002 und ab 1. Januar 2003, sowie Art. 118 Abs. 4 UVG, in Kraft seit 1. Januar 1999, Art. 21 Abs. 1 ATSG und Art. 82 Abs. 1 Satz 2 ATSG) verneint.

2.1

2.1.1 Art. 37 Abs. 2 Satz 1 UVG in der bis 31. Dezember 1998 gültig gewesenen Fassung lautete wie folgt: «Hat der Versicherte den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt, so werden die Geldleistungen gekürzt.». Nach der Rechtsprechung konnte die Kürzung Gegenstand eines gesonderten, der Rechtskraft fähigen Entscheids sein, wobei der einmal festgesetzte Kürzungssatz in einem späteren Rentenverfahren grundsätzlich nicht mehr anfechtbar war (nicht veröffentlichtes Urteil C. vom 19. November 1998 [U67/98] Erw. 1b mit Hinweis auf EVGE 1961 S. 111).

2.1.2 Art. 37 Abs. 2 UVG wurde mit Bundesgesetz vom 9. Oktober 1998 geändert. Der erste Satz dieser Bestimmung lautete danach neu: «Hat der Versicherte den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt, so werden in der Versicherung der Nichtberufsunfälle die Taggelder gekürzt, die während den ersten zwei Jahren nach dem Unfall ausgerichtet werden.» Die auf eine parlamentarische Initiative zurückgehende Milderung der Kürzungsregelung bei Grobfahrlässigkeit in Bezug auf Unfallkategorie (Nichtberufsunfälle), zu kürzende Leistungen (Taggeld) und in zeitlicher Hinsicht (zwei Jahre) erfolgte u.a. deshalb, weil die dauernde und umfassende Leistungskürzung als zu hart empfunden wurde. Andererseits sollte aus Gründen der Prävention nicht von jeglicher Sanktion abgesehen werden (vgl. BBl 1997 III 619 ff. und Amtl. Bull. 1997 N 1967 f.).

Im Rahmen der parlamentarischen Beratung wurde auf Vorschlag des Ständerates als Zweitrat in Art. 118 UVG («Übergangsbestimmungen») ein neuer Absatz 4 eingefügt des Inhalts: «Versicherungsleistungen für Nichtberufsunfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 9. Oktober 1998 ereignet haben, werden nach dem bisherigen Recht gewährt. Die Geldleistungen werden jedoch nach dem neuen Recht ausgerichtet, sofern der Anspruch nach Inkrafttreten der Änderung vom 9. Oktober 1998 entsteht» (Amtl. Bull. 1998 S 789). Bei der Erläuterung dieser Ergänzung im Nationalrat führte der Sprecher der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit u.a. aus, «dass der Beschluss des Ständerates keine volle, sondern nur eine Teilrückwirkung vorsieht. Das Anliegen des Initianten ging ursprünglich dahin, die Rückwirkung auch auf die vor Inkrafttreten der Änderung gesprochenen Geldleistungen auszudehnen. Die finanziellen Konsequenzen einer vollständigen Rückwirkung werden von den Versicherern auf rund 150 Millionen Franken veranschlagt, was zusätzliches

Franken veranschlagt, was zusätzliches Deckungskapital in der gleichen Höhe verlangen würde. Einerseits wegen der grossen finanziellen Konsequenzen (...) hat die Kommission von einem weiter gehenden Vorschlag abgesehen» (Amtl. Bull. 1998 N1843). Die Vorlage war im Übrigen unbestritten.

Gestützt auf Art. 118 Abs. 4 UVG blieb die Kürzung von 10% auf der ab 1. Januar 1997 laufenden Invalidenrente des Beschwerdeführers auch nach Inkraft-Treten des revidierten Art. 37 Abs. 2 UVG am 1. Januar 1999 bestehen.

2.1.3 Mit dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist Art. 37 Abs. 2 UVG ein weiteres Mal geändert worden. Satz 1 dieser Bestimmung lautet nunmehr neu: «In Abweichung von Artikel 21 Absatz 1 ATSG werden in der Versicherung der Nichtberufsunfälle die Tagelder, die während den ersten zwei Jahren nach dem Unfall ausgerichtet werden, gekürzt, wenn der Versicherte den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt hat.» Nach Art. 21 Abs. 1 ATSG können die Geldleistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schweren Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat. Der Einschub «In Abweichung von Artikel 21 Absatz 1 ATSG» hat am materiellen Gehalt von Art. 37 Abs. 2 Satz 1 UVG nichts geändert (Urteil K. vom 2. Februar 2005 [U233/04] Erw. 1).

Im Bericht «Parlamentarische Initiative Sozialversicherungsrecht» der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999 (BBI 1999 4523 ff.) wurde bei den Ausführungen zu Art. 27 ATSG, dem heutigen Art. 21 ATSG, auf die Änderung vom 9. Oktober 1998 betreffend die «Grobfahrlässigkeitskürzungen bei Nichtberufsunfall» hingewiesen. Die Kommission schlug unter Hinweis auf Art. 37 Abs. 2 UVG vor, «dass im Grundsatz nur noch Kürzungen bei Vorsatz zugelassen, im UVG aber gewisse Ausnahmen statuiert werden müssen, um dort die heutige Regelung (...) weiterhin gelten zu lassen» resp. «in Artikel 37 Absatz 2 von der Lösung gemäss parlamentarischer Initiative auszugehen und diese als Abweichung von Art. 27 ATSG auszugestalten» (BBI 1999 4566 ff.). Im Ständerat führte der Kommissionssprecher zu Art. 27 ATSG aus, die vom Nationalrat beschlossene Regelung stelle einen breit abgestützten Kompromiss dar. Es könne an dieser Stelle wieder einmal darauf aufmerksam gemacht werden, dass mit dem Allgemeinen Teil grundsätzlich keine materiellen Änderungen der geltenden gesetzlichen Regelungen vorgenommen werden sollen. Im Bereich der Leistungskürzungen seien in letzter Zeit bereits einige Verbesserungen für die Versicherten geschaffen worden u.a. durch die aufgrund der

parlamentarischen Initiative Suter erarbeiteten Beschlüsse, die ebenfalls eine breit abgestützte Kompromisslösung darstellten. Im Hinblick auf die nach langem Ringen erzielten Kompromisse müssten weiter gehende Anträge abgelehnt werden (Amtl. Bull. 2000 S 179).

2.2 Die Übergangsbestimmungen des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts halten in Art. 82 Abs. 1 ATSG Folgendes fest: «Materielle Bestimmungen dieses Gesetzes sind auf die bei seinem Inkrafttreten laufenden Leistungen und festgesetzten Forderungen nicht anwendbar. Wegen Selbstverschulden gekürzte oder verweigerter Invaliden- oder Hinterlassenenrenten werden jedoch auf Antrag überprüft und gegebenenfalls frühestens vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an auf Grund von Artikel 21 Absatz 1 und 2 neu festgesetzt.»

Eine inhaltlich gleich lautende Regelung enthielt bereits Art. 90 Abs. 2 des ATSG-Entwurfs der Kommission des Ständerates vom 27. September 1990 (BBI 1991 II 211). Der Bundesrat hielt in seiner Stellungnahme vom 17. April 1991 hiezu fest, die mildere Wertung des Selbstverschuldens könne bei der Festsetzung neuer und Überprüfung laufender Renten hier und da nicht zu unterschätzende finanzielle Folgen haben. So rechne die SUVA beispielsweise mit einem Mehraufwand von etwa 15 Millionen Franken pro Jahr und einer eventuellen Prämienanhebung (BBI 1991 II 916). Im weiteren Gesetzgebungsverfahren erfuhr Art. 90 Abs. 2 resp. der heutige Art. 82 Abs. 1 ATSG keine für die vorliegenden Belange bedeutsame Änderung mehr (vgl. *Ueli Kieser*, ATSG-Kommentar, Rz 1 zu Art. 82).

2.3 In Art. 118 Abs. 4 UVG fehlt ein ausdrücklicher Hinweis darauf, dass Art. 82 Abs. 1 Satz 2 ATSG nicht anwendbar ist. Daraus lässt sich indessen nicht – im Umkehrschluss aus Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 UVG – folgern, gestützt auf Art. 37 Abs. 2 UVG in der bis 31. Dezember 1998 gültig gewesenen Fassung wegen Grobfahrlässigkeit gekürzte Invalidenrenten der Unfallversicherung gelangten auf Antrag ab 1. Januar 2003 voll zur Ausrichtung. Die Materialien zum Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts zeigen, dass die Kürzungsordnung im Bereich der Unfallversicherung nicht geändert werden sollte (Erw. 2.1.3). Diese Feststellung trifft wegen des engen Konnexes mit Art. 37 Abs. 2 UVG auch auf Art. 118 Abs. 4 UVG zu. Es kommt dazu, dass die unbeschränkt rückwirkende Anwendung dieser am 9. Oktober 1998 von den Räten beschlossenen Übergangsbestimmung diskussionslos wegen der finanziellen Konsequenzen abgelehnt worden war (Erw. 2.1.2). Deshalb und in Anbetracht der kurzen Zeitspanne bis zur Verabschiedung des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts am 6. Oktober 2000 hätte der Gesetzgeber unzweifelhaft Art. 118 Abs. 4 UVG

aufgehoben, wenn er Art. 82 Abs. 1 Satz 2 ATSG ohne Einschränkung auch im Bereich der Unfallversicherung angewendet haben wollte.

Art. 118 Abs. 4 UVG ist somit auch unter der Herrschaft des ATSG weiterhin anwendbar.

Verzugszinsanspruch bei Leistungsnachzahlungen

U 564 Urteil des EVG vom 17. August 2005 i. Sa. B. (U 383/04)

■ **Verzugszinsanspruch bei Leistungsnachzahlungen (Art. 26 Abs. 2 ATSG):**

Auf Leistungen, auf die der Anspruch vor mindestens 24 Monaten entstanden ist, werden für die Zeit frühestens ab 1. Januar 2003 Verzugszinsen geschuldet (Erw. 2.2)

■ **Droit à des intérêts moratoires en cas de paiement de prestations arriérées (art. 26 al. 2 LPGA):**

Sur des prestations, dont le droit est né au moins 24 mois auparavant, des intérêts moratoires sont dus au plus tôt dès le 1er janvier 2003 (cons. 2.2)

■ **Diritto a interessi di mora in caso di prestazioni arretrate (art. 26 cpv. 2 LPGA):**

Su prestazioni il cui diritto è nato almeno 24 mesi prima sono dovuti interessi di mora al più presto dal 1° gennaio 2003 (cons. 2.2)

|

A.

Mit Verfügung vom 8. Dezember 2003 und Einspracheentscheid vom 9. Januar 2004 lehnte es die Helsana Versicherungen AG ab, ihrem Versicherten B. auf den gemäss Verfügung vom 11. November 2003 für die Zeit ab 1. März 1992 bis 31. Januar 1999 zugesprochenen Taggeldern und den seit 1. Februar 1999 aufgelaufenen Rentenbeträgen, welche alle am 14. November 2003 zur Auszahlung gelangten, die geltend gemachten und mit Fr. 16'963.75 bezifferten Verzugszinsen zu gewähren.

B.

Die hiegegen erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht Basel-Landschaft mit Entscheid vom 19. Mai 2004 gut, indem es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Helsana anwies, über den dem Beschwerdeführer zustehenden Verzugszins im Sinne der Erwägungen, d.h. nach Erstellung einer Verzugszinsberechnung, neu zu verfügen.

C.

Die Helsana führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Begehren um Aufhebung des kantonalen Entscheids und Bestätigung ihres Einspracheentscheids vom 9. Januar 2004. Als Eventualantrag führt sie aus, sollte der vorinstanzliche Entscheid bestätigt werden, sei bei der Berechnung der Verzugszinsen die von den Unfallversicherern befürwortete Methode zur Anwendung zu bringen.

B. lässt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen, soweit darauf einzutreten ist. Das Bundesamt für Gesundheit trägt ebenfalls auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde an.

II

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

1.

1.1 Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Nach Art. 26 Abs. 1 ATSG sind für fällige Beitragsforderungen und Beitragsrückerstattungsansprüche Verzugs- und Vergütungszinsen zu leisten (Satz 1); der Bundesrat kann für geringe Beträge und kurzfristige Ausstände Ausnahmen vorsehen (Satz 2). Sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumgänglich nachgekommen ist, werden die Sozialversicherungen laut Abs. 2 derselben Bestimmung für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig.

1.2 Nach der bis zum In-Kraft-Treten des ATSG geltenden Rechtsprechung wurden im Bereich der Sozialversicherung grundsätzlich keine Verzugszinsen geschuldet, sofern sie nicht ausdrücklich gesetzlich vorgesehen waren. Nur ausnahmsweise hat das Eidgenössische Versicherungsgericht Verzugszinsen zugesprochen, wenn «besondere Umstände» vorlagen. Solche Umstände erachtete das Gericht als gegeben bei widerrechtlichen oder trölerischen Machenschaften der Verwaltungsorgane. Die Verzugszinspflicht setzte im Übrigen neben der Rechtswidrigkeit auch ein schuldhaftes Verhalten der Verwaltung voraus. Dabei hat es das Gericht abgelehnt, die Verzugszinspflicht generell für bestimmte Gruppen von Fällen (etwa gerichtlich festgestellte Rechtsverzögerungen) zu bejahen. Wegleitend dafür war die Überlegung,

dass die Auferlegung von Verzugszinsen im Sozialversicherungsrecht nur ausnahmsweise und in Einzelfällen gerechtfertigt ist, bei denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise berührt wird (vgl. BGE 130 V 334 Erw. 6.1, 127 V 446 Erw. 4, 119 V 81 Erw. 3a, je mit Hinweisen).

1.3 Art. 82 Abs. 1 ATSG sieht unter anderem vor, dass materielle Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bei seinem In-Kraft-Treten laufenden Leistungen und festgesetzten Forderungen nicht anwendbar sind (Satz 1). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 130 V 329 erkannt hat, kann aus dieser Bestimmung nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass für die Anwendbarkeit materieller Bestimmungen des neuen Gesetzes bezüglich im Zeitpunkt seines In-Kraft-Tretens (1. Januar 2003) noch nicht festgesetzter Leistungen der Verfügungszeitpunkt massgebend ist; abgesehen von den in Abs.1 Satz 2 der Übergangsbestimmung spezifisch normierten Tatbeständen hat man sich nach den übergangsrechtlichen Grundsätzen zu richten, welche für den Fall einer Änderung der gesetzlichen Grundlagen die Rechtssätze anwendbar erklären, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts galten (BGE 130 V 332 f. Erw. 2.2 und 2.3).

2.

Der rechtlich massgebende Sachverhalt, von welchem ein allfälliger Anspruch auf Verzugszinsen auf den am 14. November 2003 ausbezahlten Taggeld- und Renten-Nachzahlungen abhängt, hat sich teilweise vor und teilweise nach dem In-Kraft-Treten des ATSG verwirklicht. Für den Zeitraum bis 31. Dezember 2002 erfolgt die Prüfung der materiellen Anspruchsvoraussetzungen daher nach den in Erw. 1.2 hievordargelegten Grundsätzen (vgl. dazu insbesondere BGE 119 V 81 Erw. 3a). Für die Zeit danach (ab 1. Januar bis 14. November 2003) stützt sich die Beurteilung hingegen auf die Bestimmung von Art. 26 Abs. 2 ATSG (vgl. BGE 130 V 334 Erw. 6 Ingress).

2.1 Was die Zeit bis 31. Dezember 2002 anbelangt, war die Beschwerde führende Versicherungsgesellschaft zunächst der Ansicht, dem Versicherten keine Leistungen zu schulden, was schliesslich sogar zur gerichtlichen Beurteilung gelangte. Obschon das damalige Versicherungsgericht des Kantons Basel-Landschaft (heute: Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht) mit Entscheid vom 19. August 1998 und anschliessend das Eidgenössische Versicherungsgericht – letztinstanzlich – mit Urteil vom 18. Mai 2001 (RKUV 2001 Nr. U 433 S. 326 f.) die Betrachtungsweise des Unfallversicherers verwarfen und zum Schluss gelangten, dass dem Versicherten ein Anspruch auf Taggeld- und Rentenleistungen zustehe, kann nicht gesagt werden, dass die Auffassung des Versicherers nicht vertretbar und die durchgeführten Gerichtsverfahren daher für ihn von vornherein

aussichtslos gewesen wären, sodass das Beharren auf seinem Standpunkt als trölerisches oder gar widerrechtliches Verhalten qualifiziert werden müsste. Nach Erlass des letztinstanzlichen Urteils am 18. Mai 2001 (RKUV 2001 Nr. U 433 S. 326 f.) dauerte es auch nicht unangemessen lange, bis die noch notwendigen Abklärungen durchgeführt und die geschuldeten Leistungen ermittelt worden waren und schliesslich am 11. November 2003 darüber auch verfügt wurde. Nach der bis 31. Dezember 2002 massgebend gewesenen Rechtsprechung (Erw. 1.2 hievor) waren die Voraussetzungen für die Zusprechung von Verzugszinsen demnach nicht erfüllt.

2.2 Zutreffend ist die vorinstanzliche Feststellung, dass ab 1. Januar 2003 auf Grund des auf diesen Zeitpunkt in Kraft gesetzten Art. 26 Abs. 2 ATSG Verzugszinsen geschuldet sind. Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführenden Versicherungsgesellschaft beginnen diese nicht erst nach Ablauf von 24 Monaten seit dem In-Kraft-Treten des ATSG am 1. Januar 2003 zu laufen. Vielmehr ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass die Verzugszinspflicht ab 1. Januar 2003 für alle Leistungen gilt, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG erfüllt sind. Art. 26 Abs. 2 ATSG knüpft für die Bestimmung des Beginns des Verzugszinsanspruchs an den Zeitpunkt der Entstehung des Leistungsanspruchs an (vgl. *Kieser*, ATSG-Kommentar, N 18 zu Art. 26). Damit wollte der Gesetzgeber erreichen, dass Versicherte während der teils sehr langen Dauer, welche mitunter für die Abklärung des Leistungsanspruchs benötigt wird und unter Umständen bis zu dessen rechtskräftigen Festsetzung in einem oder mehreren gerichtlichen Verfahren verstreicht, zumindest in Form eines Verzugszinses – nach Ablauf von 24 Monaten – einen gewissen Schadensausgleich erhalten (BBl 1991 II 258, 1999 4579 f.; vgl. dazu *Kieser*, a.a.O., N 1, 16 und 19 zu Art. 26). Auch sollte damit der gegenüber der früheren Gerichtspraxis verschiedentlich geäusserten Kritik begegnet werden (BBl 1999 4579; vgl. *Kieser*, a.a.O., N 4 f. zu Art.26).

Entsprechend der mit Art. 26 Abs. 2 ATSG verfolgten Zielsetzung sind Verzugszinsen demnach ab 1. Januar 2003 auf sämtlichen Leistungen geschuldet, auf welche am 1. Januar 2003 bereits seit mindestens 24 Monaten ein Anspruch besteht (vgl. *Kieser*, a.a.O., N 19 f. zu Art. 26). Es betrifft dies im vorliegenden Fall einerseits sämtliche Taggelder (abzüglich allfälliger Akontozahlungen) sowie andererseits die für die Zeit bis 31. Dezember 2000 geschuldeten Rentenbeträge. Da der Versicherte seit 1999 Anspruch auf eine monatlich im Voraus zahlbare Invalidenrente hat, sind auch die jeweiligen Rentenbeträge für die Zeit nach dem 31. Dezember 2000 ab dem Zeitpunkt zu verzinsen, in welchem die seit Anspruchsbeginn verstrichene Zeitspanne 24 Monate erreicht hat (vgl. *Kieser*, a.a.O., N 20 zu Art. 26).

Eine Rückwirkung des Gesetzes – wie von der Beschwerdeführerin befürchtet – ist damit nicht verbunden, wird eine solche doch bereits dadurch ausgeschlossen, dass für die Zeit vor dem 1. Januar 2003 kein Verzugszins geschuldet ist (*Kieser*, a.a.O., N 26 zu Art. 26; vgl. auch Satz 2 von Rz 10512 der vom Bundesamt für Sozialversicherung [BSV] herausgegebenen Wegleitung über die Renten [RWL, in der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung]).

3.

Nachdem die Beschwerdeführerin die Verzugszinspflicht schon grundsätzlich verneint hat, wurde von ihr auch keine Verzugszinsberechnung durchgeführt. Um dies nachzuholen, hat die Vorinstanz die Sache im angefochtenen Entscheid an den Unfallversicherer zurückgewiesen. Soweit sich das kantonale Gericht zu unterschiedlichen Methoden der Verzugszinsberechnung, nämlich einerseits zu der vom BSV – vornehmlich für den AHV/IV-Bereich – empfohlenen und andererseits zu der offenbar von einigen Unfallversicherern angewendeten Variante äussert, ohne festzulegen, welcher derselben im konkreten Fall der Vorzug zu geben ist, bleibt es der Beschwerdeführerin anheim gestellt, einen diesbezüglichen Entscheid zu treffen. Da darüber noch gar nie verfügt worden ist, fehlte es im kantonalen Beschwerdeverfahren an einem Anfechtungsobjekt und damit an einer unabdingbaren Sachurteilsvoraussetzung, sodass sich das vorinstanzliche Vorgehen nicht beanstanden lässt. Es liegt demnach zunächst an der Beschwerdeführerin, darüber zu befinden, wie die Verzugszinsen im konkreten Fall zu berechnen sind, und eine entsprechende – wiederum anfechtbare – Verfügung zu erlassen. Soweit in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde als Eventualantrag sinngemäss eine Feststellung des Inhalts verlangt wird, dass die «Berechnungsmethode der Unfallversicherer» zur Anwendung gelangt, kann darauf im jetzigen Verfahrensstadium nicht eingetreten werden.

Fristenstillstand bei negativer kantonaler Regelung (BGE 131 V 325)

U 565 Urteil des EVG vom 26. August 2005 i. Sa. M. (U 308/03)

- **Fristenstillstand bei negativer kantonaler Regelung (Art. 38, Art. 60 Abs. 2, Art. 82 Abs. 2 ATSG; Art. 106 UVG; Art. 104 MVG):**

Keine Anwendung des Fristenstillstandes gemäss ATSG auf mehrmonatige Beschwerdefristen, wenn die kantonale Regelung dies (noch) nicht vorsieht. Insofern umfasst die Übergangsbestimmung des Art. 82 Abs. 2 ATSG auch negative kantonale Regelungen (Erw. 4.2 f.)

- **Suspension des délais en cas de réglementation cantonale négative (art. 38, art. 60 al. 2, art. 82 al. 2 LPGA; art. 106 LAA; art. 104 LAM):**

Pas d'application de la suspension des délais selon la LPGA à des délais de recours de plusieurs mois lorsque la réglementation cantonale ne le prévoit pas (encore). Dans cette mesure, la disposition transitoire de l'art. 82 al. 2 LPGA vise également les cas de réglementation cantonale négative (cons. 4.2 sv.)

- **Sospensione dei termini in caso di regolamentazione cantonale negativa (art. 38, art. 60 cpv. 2, art. 82 cpv. 2 LPGA; art. 106 LAINF; art. 104 LAM):**

Nessuna applicazione della sospensione dei termini secondo la LPGA a dei termini di ricorso di più mesi se l'ordinamento cantonale non lo prevede (ancora). In questa misura, la disposizione transitoria dell'art. 82 cpv. 2 LPGA si estende ugualmente alle regolamentazioni cantonali negative (cons. 4.2 seg.)

Auszug aus den Erwägungen:

...

4.

4.1 Das UVG in der bis Ende 2002 geltenden Fassung kannte im Gegensatz zu Art. 96 AHVG (in Kraft bis Ende 2002), welcher die Art. 20 bis 24 VwVG anwendbar erklärte, keine Vorschrift, wonach die Bestimmungen über die Fristen gemäss VwVG auch im kantonalen Beschwerdeverfahren gemäss Art.

108 UVG anwendbar seien. Insbesondere fand die mit der Revision des OG vom 4. Oktober 1991 auf den 15. Februar 1992 in Kraft getretene Bestimmung des Art. 22a VwVG über den Fristenstillstand im Verwaltungsverfahren auf das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren nach UVG keine Anwendung (RKUV 1994 Nr. U 194 S. 208). Andererseits schloss das UVG die Anwendung kantonalrechtlicher Fristenstillstandsbestimmungen im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren nicht aus (BGE 116 V 265). Es war somit bisher den Kantonen anheimgestellt, ob sie für das Beschwerdeverfahren nach Art. 108 UVG Gerichtsferien vorsehen wollten oder nicht (SVR 1998 UV 10 S. 26 Erw. 2a).

4.2 Der Wortlaut des Art. 82 Abs. 2 ATSG ist insoweit klar, als Gegenstand der übergangsrechtlichen Ordnung bisherige kantonalrechtliche Bestimmungen zur Rechtspflege sind und sich die Übergangsfrist auf die Art. 56 bis 61 ATSG bezieht (*Kieser*, a.a.O., N 14 zu Art. 82). Davon erfasst ist daher auch Art. 60 ATSG über die Beschwerdefrist, der in Abs. 2 die Art. 38 bis 41 ATSG für sinngemäss anwendbar erklärt. Art. 38 Abs. 4 ATSG normiert, wann gesetzliche oder behördliche Fristen, die nach Tagen oder Monaten bestimmt sind, still stehen. Die primäre Bedeutung des Art. 82 Abs. 2 ATSG liegt darin, dass die kantonalrechtlichen Verfahrensvorschriften über den 1. Januar 2003 hinaus Geltung beanspruchen dürfen und dass sich das Beschwerdeverfahren bis zur Änderung der kantonalen Gerichtsorganisation, spätestens bis 31. Dezember 2007, nach kantonalem Verfahrensrecht richtet. Darin erschöpft sich nun allerdings die Bedeutung des Art. 82 Abs. 2 ATSG nicht, denn mit dieser Norm wird auch die intertemporalrechtliche Anwendbarkeit der Rechtspflegebestimmungen der Art. 56 ff. ATSG entsprechend eingeschränkt, und zwar in dem Masse, als es den Kantonen erlaubt wird, gestützt auf Art. 82 Abs. 2 ATSG an ihren – allenfalls mit den Rechtspflegebestimmungen des ATSG kollidierenden – Verfahrensnormen festzuhalten (vgl. auch Urteil D. vom 26. November 2003, I 371/03, Erw. 1.1, hinsichtlich Parteientschädigung).

Es stellt sich nun die Frage, was unter «bisherigen kantonalen Vorschriften» («les dispositions cantonales en vigueur», «le prescrizioni cantonali in vigore precedentemente») über die Rechtspflege im Sinne des Art. 82 Abs. 2 Satz 2 ATSG zu verstehen ist. Diese umfassen nicht nur bisherige positive, sondern auch negative kantonale Regelungen, da es sich in beiden Fällen um bisherige kantonale Vorschriften handelt, unabhängig davon, ob ein Rechtsinstitut gesetzlich normiert ist oder nicht. Denn ein Kanton kann ein Rechtsinstitut in der Weise regeln, dass er es positiv im Gesetzestext vorsieht oder ausschliesst oder dass er es im Erlass gar nicht erwähnt, welche negative Regelung zu einer Nichtanwendbarkeit dieses Institutes führt. Da der Kanton

Zürich für die nach Monaten bestimmten Fristen bis Ende 2004 keine Regelung des Fristenstillstandes kannte – mithin eine negative Regelung aufwies – und ihm von Gesetzes wegen fünf Jahre zustanden, um den in Art. 60 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 38 Abs. 4 ATSG auch für solche Fristen vorgesehenen Fristenstillstand einzuführen, gilt diese (negative) Regelung spätestens bis Ende Dezember 2007 resp. bis zur vorher erfolgten Einführung des Fristenstillstandes auch für die nach Monaten bestimmten Fristen auf Januar 2005 hin. So ist in BGE 130 V 324 Erw. 2.1 in einem Streitfall über die Erläuterung kantonaler Urteile denn auch festgehalten worden, das Verfahrensrecht des Kantons Zürich genüge *bereits heute* den vom ATSG aufgestellten Minimalanforderungen an die kantonalen Beschwerdeverfahren. Ein weiterer Anhaltspunkt in dieser Richtung ergibt sich auch aus den Materialien (vgl. dazu BGE 130 V 476 Erw. 6.5.1), hält doch der Bericht der Kommission des Ständerates vom 27. September 1990 fest, dass bis «zur Neufassung der kantonalen Vorschriften ... Beschwerden nach bisherigem Recht behandelt» werden (BBl 1991 II 271; Sonderdruck S. 87), während sich sowohl der Bundesrat in seiner vertieften Stellungnahme vom 17. August 1994 (vgl. BBl 1994 V 962; Sonderdruck S. 42) wie auch die Kommission des Nationalrats für soziale Sicherheit und Gesundheit im Bericht vom 26. März 1999 (vgl. BBl 1999 V 4671; Sonderdruck S. 149) dazu nicht geäußert haben. Die Aussage im Bericht der Kommission des Ständerates ist allerdings insofern zu relativieren, als darin für die neu zu regelnden Verfahrensbestimmungen allein auf die Art. 63 und 67 des VE-ATSG (entsprechend Art. 57 und 61 ATSG) verwiesen wird; wäre allerdings beabsichtigt gewesen, nur diese beiden Bereiche des vorinstanzlichen Verfahrens der Übergangsfrist des Art. 90 VE-ATSG resp. des Art. 82 Abs. 2 ATSG zu unterwerfen, hätte dies einerseits im Gesetzestext seinen Niederschlag gefunden und andererseits wäre im Bericht der Kommission auch begründet worden, weshalb nicht alle, sondern nur bestimmte Normen des vorinstanzlichen Verfahrens der Übergangsfrist zu unterstellen seien.

4.3 Die Argumente der Versicherten, welche für die Anwendung des ATSG und seiner Bestimmungen zum Fristenstillstand plädiert (vgl. Erw. 3.2 hievor), dringen nicht durch. Art. 82 Abs. 2 ATSG räumt dem kantonalen Gesetzgeber für die Anpassung an das ATSG eine Übergangsfrist von fünf Jahren ein, kantonale Bestimmungen, die mit Bundesrecht (insbesondere mit Art. 60 und 61 ATSG) nicht vereinbar sind, anzupassen (vgl. Erw. 4.2 hievor). Mit dieser einzigen verfahrensrechtlichen Übergangsbestimmung hat sich der Gesetzgeber für eine kantonal unterschiedliche Verfahrensordnung während längerer Zeit entschieden. Er hat damit insbesondere auch in Kauf genommen, dass der Fristenstillstand in der Sozialversicherungsrechtspflege je nach kantonalen Verfahrensordnung unterschiedlich ausfällt. Es geht nicht darum,

dass die Kantone damit befugt wären, über das In-Kraft-Treten des Bundesrechts zu bestimmen, denn spätestens am 1. Januar 2008 müssen die kantonalen Regelungen an das ATSG angepasst worden sein; der Bundesgesetzgeber hat die intertemporalrechtliche Weichenstellung in Art. 82 Abs. 2 ATSG vorgenommen. Das ATSG ist zwar darauf angelegt, dass formelle Bestimmungen (z.B. für das Verwaltungsverfahren) grundsätzlich sofort in Kraft treten, jedoch besteht eine Ausnahme in Art. 82 Abs. 2 ATSG, welche für das Rechtspflegeverfahren zwingend ist, auch wenn damit *während der Übergangszeit* das angestrebte Ziel der Rechtseinheit (noch) nicht erreicht wird. Die Argumentation mit «Sinn und Zweck» des ATSG ist in diesem Zusammenhang untauglich, weil dieses Auslegungselement im intertemporalrechtlichen Kontext nicht mit der Wünschbarkeit einer einheitlichen Regelung der Fristberechnung inkl. Fristenstillstand gleichgesetzt werden darf (vgl. BGE 116 V 270 Erw. 5a).

Wenn die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, nach § 13 GSVGer seien die Fristen den Parteien in der Rechtsmittelbelehrung anzuzeigen, ist darauf hinzuweisen, dass diese kantonale Regelung die SUVA als eidgenössische Institution nicht bindet, da sie im Rahmen des Verwaltungsverfahrens – zu welchem auch der Erlass des Einspracheentscheides gehört – nicht dem kantonalen Recht unterworfen ist. Ob dies bei einer kantonalen Behörde – wie z.B. der IV-Stelle – anders ist, braucht hier nicht entschieden zu werden.

4.4 § 13 Abs. 3 GSVGer in der bis Ende 2004 geltenden Fassung unterwirft lediglich die nach Tagen bestimmte Frist dem Fristenstillstand. Daraus hat sich eine konstante zürcherische und vom Eidgenössischen Versicherungsgericht geschützte Praxis entwickelt, wonach Monatsfristen wie diejenige von drei Monaten gemäss Art. 106 Abs. 1 UVG in der bis Ende 2002 gültigen Fassung dem Regime des Fristenstillstandes nicht unterworfen sind (SVR 1998 UV Nr. 10 S. 27 Erw. 2c). Diese negative Regelung hat längstens bis Ende 2007 resp. bis zur vorher erfolgten Einführung des Fristenstillstands für Monatsfristen Bestand (vgl. Erw. 4.2 f. hievor). Deshalb ist die vorinstanzliche Beschwerde offensichtlich verspätet eingereicht worden und das kantonale Gericht zu Recht darauf nicht eingetreten.

Fristenstillstand nach ATSG bei mehrmonatigen Beschwerdefristen (BGE 131 V 314)

U 566 Urteil des EVG vom 26.08.2005 i. Sa. Z. (U 268/03)

- **Fristenstillstand nach ATSG bei mehrmonatigen Beschwerdefristen (Art. 38 Abs. 4, Art. 60 Abs. 2, Art. 82 Abs. 2 ATSG; Art. 106 UVG; Art. 104 MVG):**

Der Fristenstillstand nach ATSG ist auch bei mehrmonatigen Beschwerdefristen zu berücksichtigen (Erw. 4.3–4.5)

Die Anzahl Tage des Fristenstillstandes nach ATSG sind nach Ablauf der Rechtsmittelfrist hinzuzuzählen (Erw. 4.6)

In casu intertemporalrechtlicher Vorbehalt des Art. 82 Abs. 2 ATSG zu Gunsten kantonalen Rechts: keine Anwendung des Fristenstillstandes gemäss ATSG auf mehrmonatige Beschwerdefristen, wenn die kantonale Regelung dies (noch) nicht vorsieht; insofern umfasst die Übergangsbestimmung des Art. 82 Abs. 2 ATSG auch negative kantonale Regelungen (Erw. 5)

- **Suspension des délais selon la LPGA en cas de délais de recours de plusieurs mois (art. 38 al. 4, art. 60 al. 2, art. 82 al. 2 LPGA; art. 106 LAA; art. 104 LAM) :**

La suspension des délais selon la LPGA vaut aussi pour les délais de recours de plusieurs mois. (cons. 4.3–4.5)

Le nombre de jours qui tombent durant la suspension des délais selon la LPGA doivent être ajoutés après la fin du délai de recours. (cons. 4.6)

Dans le cas d'espèce, réserve intertemporelle de l'art. 82 al. 2 LPGA en faveur du droit cantonal: pas d'application de la suspension des délais selon la LPGA aux délais de recours de plusieurs mois si la réglementation cantonale ne le prévoit pas (encore); dans cette mesure, la disposition transitoire de l'art. 82 al. 2 LPGA vise également les cas de réglementation cantonale négative. (cons. 5)

- **Sospensione dei termini secondo la LPGA in caso di termini di ricorso di più mesi (art. 38 cpv. 4, art. 60 cpv. 2, art. 82 cpv. 2 LPGA; art. 106 LAINF; art. 104 LAM):**

La sospensione dei termini secondo la LPGA vale anche per i termini di ricorso di più mesi (cons. 4.3–4.5)

I giorni di sospensione secondo la LPGA devono essere aggiunti alla scadenza del termine di ricorso. (cons. 4.6)

Nel caso di specie, riserva intertemporale dell'art. 82 cpv. 2 LPGA in favore del diritto cantonale: nessuna applicazione della sospensione dei termini secondo la LPGA a dei termini di ricorso di più mesi se l'ordinamento cantonale non lo prevede (ancora); in questa misura, la disposizione transitoria dell'art. 82 cpv. 2 LPGA si estende ugualmente alle regolamentazioni cantonali negative. (cons. 5)

Auszug aus den Erwägungen:

...

4.

Streitig ist, ob der Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 4 ATSG im Rahmen der dreimonatigen Beschwerdefrist nach Art. 106 UVG zu berücksichtigen ist oder nicht.

4.1 Das kantonale Gericht hat erwogen, dass gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG die Bestimmungen des ATSG insoweit anwendbar seien, als das UVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vorsehe. Nach Art. 60 Abs. 1 ATSG müsse eine Beschwerde grundsätzlich innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung des Einspracheentscheides beim zuständigen Gericht eingereicht werden, wobei die Beschwerdefrist nach Art. 60 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern stillstehe. In Abweichung von Art. 60 ATSG und in Weiterführung der bis zum 31. Dezember 2001 (recte: 2002) geltenden Regelung lege Art. 106 UVG die Beschwerdefrist bei Einspracheentscheiden über Versicherungsleistungen einer Unfallversicherung auf drei Monate fest. Entgegen der Vernehmlassung der SUVA ergebe sich einerseits bereits aus dem Wortlaut des Art. 106 UVG, dass sich diese Abweichung von Art. 60 ATSG ausschliesslich auf die Fristenlänge und nicht auch auf die für Beschwerdefristen analog anwendbaren Bestimmungen des Art. 38 ATSG betreffend Berechnung und

Stillstand der Fristen beziehe. Andererseits sei der Bundesgesetzgeber klarerweise bestrebt gewesen, im ATSG die bislang unterschiedlichen Regelungen des Fristenstillstandes und der Fristenberechnung zu vereinheitlichen, was ebenfalls zu einer Beschränkung der in Art. 106 UVG statuierten Ausnahme von den in Art. 60 ATSG definierten Fristenregelungen auf die Länge der Beschwerdefrist führen müsse (Hinweis auf Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, N 10 zu Art. 60 und N 6 zu Art. 38). Für die Anfechtung des am 22. März 2003 zugestellten Einspracheentscheides habe die Frist nach Art. 106 UVG am 23. März 2003 zu laufen begonnen. Die Beschwerdefrist sei gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG ab dem 13. April 2003 bis und mit dem 27. April 2003 stillgestanden, was fünfzehn Tagen entspreche. Somit habe sich die Beschwerdefrist – welche gemäss Art. 106 UVG grundsätzlich am 22. Juni 2003 endete – um fünfzehn Tage verlängert, weshalb die Beschwerde am 7. Juli 2003 rechtzeitig erhoben worden sei.

4.2 Die SUVA beanstandet die Anwendung des Art. 38 Abs. 4 ATSG auf die Berechnung der Beschwerdefrist nach Art. 106 UVG. Diese Vorschrift sei im Sozialversicherungs-, nicht jedoch im Rechtspflegeverfahren anwendbar. Art. 60 ATSG erkläre zwar die Verfahrensbestimmungen der Art. 38 bis 41 ATSG als sinngemäss anwendbar, jedoch derogiere Art. 106 UVG den Art. 60 ATSG, indem diese Bestimmung «in Abweichung von Art. 60 ATSG» bei Einspracheentscheiden eine Beschwerdefrist von drei Monaten vorsehe. Da Art. 106 UVG eine «Abweichung von Art. 60 ATSG» beinhalte und nicht bloss eine Abweichung von Art. 60 Abs. 1 ATSG, werde damit auch die Verweisungsnorm des Art. 60 Abs. 2 ATSG für das Rechtspflegeverfahren im Bereich des UVG «ausser Kraft gesetzt». Der wörtlichen Auslegung der Vorinstanz könne nicht gefolgt werden. Die Art. 106 UVG und Art. 60 ATSG seien mit «Beschwerdefrist» überschrieben und in Art. 106 UVG sei die Abweichung vom gesamten Art. 60 ATSG (und nicht lediglich hinsichtlich dessen Absatz 1) aufgeführt. Damit gelte im UVG-Rechtspflegeverfahren einzig und allein eine dreimonatige Frist zur Erhebung der Beschwerde. Es mache durchaus Sinn, dass zum Beispiel Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG, welcher im Verwaltungsverfahren einen Fristenstillstand von einem Monat vorsehe, für die Beschwerdefrist im Bereich des UVG, welche schon mehr als dreimal länger dauere als jede andere Rechtsmittelfrist, keine Geltung habe. Denn diesfalls könnten gegen Einspracheentscheide, die zwischen dem 16. April und dem 15. Juli erlassen werden, innerhalb von vier Monaten Rechtsmittel eingelegt werden. *Kieser*, a.a.O., scheine zwar eine gegenteilige Ansicht zu vertreten. Allein der Wortlaut des Art. 106 UVG sei klar und eindeutig. Er beziehe sich nicht bloss auf Art. 60 Abs. 1 ATSG, sondern auf die ganze Bestimmung, von welcher er keine abweichende Regelung enthalte. Der Text sei klar und keiner Ausle-

gung zugänglich. Die Dauer der Rechtsmittelfrist werde somit allein vom UVG bestimmt. Dies sei auch aufgrund der folgenden Überlegungen richtig:

«a) Die vorgeschlagene Lösung ist klar und einfach handhabbar und trägt damit zur Rechtssicherheit bei (Art. 61 ATSG).

b) Gemäss bisheriger Praxis waren bei der Bestimmung der Beschwerdefrist kantonale Regelungen zu berücksichtigen (vgl. EVGE vom 21.3.1994 i. S. M.D. [U198/93], E. 2b am Schluss); neu wollte man mit dem ATSG eine Vereinheitlichung der Praxis herbeiführen, womit für kantonale Regelungen in diesem Bereich kein Raum mehr bleibt.

c) Bisher galten im Kanton Basel-Landschaft keine kantonalen Fristenstillstandsgründe, womit das ATSG keine Neuerung einführte, was der Rechtssicherheit dient.

d) Dem gesetzgeberischen Willen nach Vereinheitlichung wird Rechnung getragen.

e) Es folgt keine Vermischung von Tages- und Monatsfristen mit dem Ergebnis, dass Unklarheiten hinsichtlich der konkreten Fristberechnung vermieden werden (wie wäre die Frist sonst konkret zu berechnen?). Die vom VG BL im angefochtenen Entscheid vorgenommene Fristberechnung ist nicht eindeutig und zeigt diese Problematik auf.»

Deshalb sei, schliesst die SUVA, durch Gesetzesauslegung nach Wortlaut, Systematik, Sinn und Praktikabilität des Art. 106 UVG von einer dreimonatigen Beschwerdefrist auszugehen, bei welcher weder kantonale noch eidgenössische Fristenstillstandsbestimmungen zu beachten seien. Damit ergebe sich eine einfache und klar handhabbare Regelung.

4.3 Der Wortlaut des Art. 106 UVG, wonach «in Abweichung von Art. 60 ATSG» («en dérogation à l'article 60 LPG» resp. «in deroga all'articolo 60 LPG») die Beschwerdefrist bei Einspracheentscheiden über Versicherungsleistungen drei Monate beträgt, ist insofern nicht klar, als Art. 60 ATSG zwei Absätze enthält, wobei im ersten die Beschwerdefrist und im zweiten die sinngemässe Anwendbarkeit der Art. 38 bis 41 ATSG geregelt ist. Es ist zumindest nicht eindeutig, ob sich Art. 106 UVG auch auf den zweiten Absatz bezieht oder nicht. Dagegen spricht, dass die Abweichung vom ATSG ausdrücklich auf die Beschwerdefrist Bezug nimmt und die UVG-Bestimmung unter der Überschrift «Besondere Beschwerdefrist» steht.

Die Materialien (vgl. zu deren Bedeutung BGE 130 V 476 Erw. 6.5.1) zum jungen Erlass ATSG sprechen eine klare Sprache: Die Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit führte in ihrem Bericht vom 26. März 1999 aus, dem praxiskonformen Antrag des Bundesrates, in Art. 46 VE-ATSG einen neuen Absatz 4 über den Stillstand der Fristen aufzunehmen, sei zuzustimmen. Zu beachten sei allerdings, dass Artikel 104 Abs. 1 MVG und Art. 106 UVG dreimonatige Beschwerdefristen kennen. Die Kommission beantrage daher eine Ergänzung der Absätze 1 und 4, welche diesem Umstand Rechnung trage (BBl 1999 V 4596; Sonderdruck S. 74). Dieser Antrag passierte in den Räten diskussionslos (Amtl. Bull. NR 1999 S. 1244, Amtl. Bull. SR 2000 S. 181). Daraus folgt umgekehrt, dass der Gesetzgeber bei der Neufassung des Art. 106 UVG im Zusammenhang mit der Anpassung an das ATSG bewusst davon ausgegangen ist, dass auch diese dreimonatige Beschwerdefrist dem Fristenstillstand unterworfen ist. Wenn der Gesetzgeber in Art. 106 UVG im Sinne von Art. 1 Abs. 1 UVG ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG hinsichtlich Art. 38 Abs. 4 ATSG oder gar der gesamten Fristenregelung nach Art. 38 bis 41 ATSG hätte schaffen wollen, dann wäre dieser Artikel anders abgefasst worden, denn die redaktionelle Fassung «in Abweichung von Artikel 60 ATSG» («en dérogation à l'article 60 LPGA» resp. «in deroga all'articolo 60 LPGA») – ohne Einschränkung auf Absatz 1 – würde die Absicht des Gesetzgebers, nur die Dauer der Beschwerdefrist abweichend vom ATSG zu regeln, unzureichend wiedergeben. Die Interpretation des kantonalen Gerichts ist indessen durch die Entstehungsgrundlagen des Gesetzes klar gedeckt. Sie entspricht auch dem Grundanliegen des ATSG, die Verfahrensregeln für das Rechtspflegeverfahren teilweise zu vereinheitlichen (Art. 1 lit. b ATSG) und das Institut des Fristenstillstandes – ungeachtet der Länge und Natur der Fristen (Tages-, Monats- oder Mehrmonatsfristen) – integral einzuführen (Art. 60 Abs. 2 ATSG).

4.4 Dieses Auslegungsergebnis entspricht der einhelligen Lehrmeinung, wonach bei der Berechnung der Einhaltung der Frist gemäss Art. 106 UVG der Fristenstillstand nach Art. 38 Abs. 4 ATSG zu berücksichtigen ist:

– *Kieser* (a.a.O., N 11 zu Art. 38 und N 10 zu Art. 60) verweist auf die Materialien. Weil in den sozialversicherungsrechtlichen Verfahren neben nach Tagen bestimmten Fristen insbesondere in Beschwerdeverfahren auch nach Monaten bestimmte Fristen zu beachten seien, z.B. Art. 106 UVG und Art. 104 MVG, sei es erforderlich gewesen, die Massgeblichkeit des Fristenstillstandes auch für letztere Fristen ausdrücklich festzulegen. Die bisherige Rechtsprechung (SVR 1998 UV Nr. 10 S. 25) habe es zugelassen, dass für Monatsfristen vom sonst für Fristen geltenden Fristenstillstand abgewichen werde,

welche Rechtsprechung angesichts von Art. 38 Abs. 4 ATSG nicht weitergeführt werden könne.

– *Andreas Freivogel* (Zu den Verfahrensbestimmungen des ATSG, in: *René Schaffhauser/Ueli Kieser* [Hrsg.], Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], St. Gallen 2003, S. 98) ist ebenfalls der Auffassung, dass Art. 38 ATSG gemäss Art. 60 Abs. 2 ATSG auf die nach Monaten bestimmten Beschwerdefristen anwendbar sei.

– Nach *Ulrich Meyer-Blaser* (Die Rechtspflegebestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], in: HAVE 2002 S. 331) erklärt Art. 60 Abs. 2 ATSG die Art. 38 bis 41 ATSG für sinngemäss anwendbar. Gegenstand dieser Verweisung seien unter anderem die Berechnung und der Stillstand der Fristen (Art. 38 ATSG). Die Verweisung habe zur Folge, dass beispielsweise die Fristenstillstände nach Art. 38 Abs. 4 lit. a bis c ATSG auch im Rechtspflegeverfahren nach Art. 56 ff. ATSG gelten, weshalb kein Raum für abweichende kantonale rechtliche Fristenstillstandsbestimmungen bestehe. Allerdings unterscheidet dieser Autor nicht zwischen nach Tagen und nach Monaten bestimmten Fristen.

4.5 Die Einwendungen der SUVA (Erw. 4.2 hievor) sind nicht geeignet, diesen Schluss abzuwenden. Bei mehrmonatigen Beschwerdefristen einen Fristenstillstand zu gewähren, läuft zwar dem Prinzip der Raschheit des Verfahrens zuwider. Der gesetzgeberische, im ATSG verdichtete Wille zur Verfahrensharmonisierung ist für die Gerichte jedoch bindend (Art. 191 BV) und fällt deshalb stärker ins Gewicht als der Grundsatz der Raschheit des Verfahrens; dies spricht für die Geltung des Fristenstillstandes auch bei der Beschwerdefrist gemäss Art. 106 UVG. Die Einführung sogenannter Gerichtsferien ist übrigens nicht allein eine Frage der Dauer der Fristen. Die Vermischung von Tages- und Monatsfristen ist zwar ungewöhnlich, aber praktisch umsetzbar. Diese Frage ist im Folgenden zu prüfen.

4.6 Das fristauslösende Ereignis – die Zustellung des Einspracheentscheides – ist bei Monatsfristen für die Bestimmung des Fristablaufs massgebend, da die Frist an dem Tag endet, der demjenigen der Zahl des Empfanges der Mitteilung entspricht resp. – wenn ein entsprechender Kalendertag fehlt – am letzten Tag des entsprechenden Monats (BGE 125 V 39 Erw. 4a; vgl. auch Urteil V. vom 24. Februar 2005, U 244/02, Erw. 2, sowie ARV 2003 Nr. 27 S. 253 Erw. 2.3). Aus der Festsetzung des Tages, an dem eine Frist zu Laufen beginnt, ergibt sich aber noch nicht schlüssig, wie der Lauf der Frist zu berechnen ist (ARV 2003 Nr. 27 S. 253 Erw. 2.3.1 mit Hinweis). In einem ersten Schritt ist deshalb anhand des Tages der Mitteilung des Einsprache-

entscheidet das Ende der Frist zu bestimmen. Weil die Frist durch den Fristenstillstand aber teilweise am Laufen gehindert wird, muss die entsprechende Anzahl Tage anschliessend an den Ablauf der Frist hinzugezählt werden. Bei dieser Berechnungsweise erübrigt es sich, auf eine schematische Monatsdauer von dreissig Tagen abzustellen (so aber *Kieser*, a.a.O., N 12 zu Art. 38).

Die Vorinstanz hat für das Eidgenössische Versicherungsgericht verbindlich festgestellt (Art. 105 Abs. 2 OG), dass der Einspracheentscheid am 22. März 2003 der Beschwerdegegnerin zugestellt worden ist; damit ist das Ende der Frist in einem ersten Schritt auf den 22. Juni 2003 zu legen. Über die Osterfeiertage stand die Frist gemäss Art. 38 Abs. 4 ATSG vom 13. April bis zum 27. April 2003, d.h. während fünfzehn Tagen, still. Diese fünfzehn Tage sind zum Datum des 22. Juni 2003 hinzuzuzählen, so dass der Fristablauf auf den 7. Juli 2003 fällt. Nicht zu berücksichtigen ist dabei, dass der Fristablauf ohne Berücksichtigung des Fristenstillstandes auf einen Sonntag (den 22. Juni 2003) gefallen wäre: Art. 38 Abs. 3 ATSG sieht zwar vor, dass die Frist am nächsten Werktag endet, wenn der letzte Tag (unter anderem) auf einen Sonntag fällt, jedoch ist damit klarerweise nur der letzte Tag der Gesamtfrist gemeint; wäre im Jahr 2003 der 7. Juli deshalb auf einen Sonntag gefallen (was nicht der Fall gewesen ist), wäre die Frist erst am 8. Juli 2003 abgelaufen.

4.7 Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass die Regelung des Fristenstillstandes gemäss Art. 38 Abs. 4 ATSG auch bei mehrmonatigen Fristen anwendbar ist und zur Berechnung der Beschwerdefrist die Anzahl Tage des Fristenstillstandes nach dessen Ablauf hinzuzuzählen sind.

5.

Vorliegend ist jedoch zusätzlich die Übergangsproblematik zu berücksichtigen.

5.1 Vorinstanz und SUVA übersehen in ihrer Argumentation, dass der Kanton Basel-Landschaft keine gesetzliche Regelung des Fristenstillstandes kennt (vgl. Erw. 3.4 hievor). Art. 82 Abs. 2 ATSG sieht vor, dass die Kantone ihre Bestimmungen über die Rechtspflege innerhalb von fünf Jahren seit Inkraft-Treten des ATSG diesem Gesetz anzupassen haben und dass bis dahin die bisherigen kantonalen Vorschriften gelten («Dans l'interalle, les dispositions cantonales en vigueur restent applicables»/«Fino a quel momento sono valide le prescrizioni cantonali in vigore precedentemente»).

5.2 Der Wortlaut des Art. 82 Abs. 2 ATSG ist insoweit klar, als Gegenstand der übergangsrechtlichen Ordnung bisherige kantonalrechtliche Bestimmungen zur Rechtspflege sind und sich die Übergangsfrist auf die Art. 56 bis 61 ATSG bezieht (*Kieser*, a.a.O., N 14 zu Art. 82). Davon erfasst ist daher auch Art. 60 ATSG über die Beschwerdefrist, der in Abs. 2 die Art. 38 bis 41 ATSG für sinngemäss anwendbar erklärt. Art. 38 Abs. 4 ATSG normiert, wann gesetzliche oder behördliche Fristen, die nach Tagen oder Monaten bestimmt sind, stillstehen. Die primäre Bedeutung des Art. 82 Abs. 2 ATSG liegt darin, dass die kantonalrechtlichen Verfahrensvorschriften über den 1. Januar 2003 hinaus Geltung beanspruchen dürfen und dass sich das Beschwerdeverfahren bis zur Änderung der kantonalen Gerichtsorganisation, spätestens bis 31. Dezember 2007, nach kantonalem Verfahrensrecht richtet. Darin erschöpft sich nun allerdings die Bedeutung des Art. 82 Abs. 2 ATSG nicht, denn mit dieser Norm wird auch die Anwendbarkeit der Rechtspflegebestimmungen der Art. 56 ff. ATSG intertemporalrechtlich entsprechend eingeschränkt, und zwar in dem Masse, als es den Kantonen erlaubt wird, gestützt auf Art. 82 Abs. 2 ATSG an ihren – allenfalls mit den Rechtspflegebestimmungen des ATSG kollidierenden – Verfahrensnormen festzuhalten (vgl. auch Urteil D. vom 26. November 2003, I 371/03, Erw. 1.1, hinsichtlich Parteientschädigung).

Es stellt sich nun die Frage, was unter «bisherigen kantonalen Vorschriften» («dispositions cantonales en vigueur», «prescrizioni cantonali in vigore precedentemente») über die Rechtspflege im Sinne des Art. 82 Abs. 2 Satz 2 ATSG zu verstehen ist. Diese umfassen nicht nur bisherige positive, sondern auch negative kantonale Regelungen, da es sich in beiden Fällen um bisherige kantonale Vorschriften handelt, unabhängig davon, ob ein Rechtsinstitut gesetzlich normiert ist oder nicht. Denn ein Kanton kann ein Rechtsinstitut in der Weise regeln, dass er es positiv im Gesetzestext vorsieht oder ausschliesst oder dass er es im Erlass gar nicht erwähnt, welche negative Regelung zu einer Nichtanwendbarkeit dieses Institutes führt. Da der Kanton Basel-Landschaft keine Regelung des Fristenstillstandes kennt (§ 46 GOG BL) – mithin eine negative Regelung aufweist – und ihm von Gesetzes wegen (maximal) fünf Jahre zustehen, um den von Art. 60 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 38 Abs. 4 ATSG vorgesehenen Fristenstillstand einzuführen, gilt diese (negative) Regelung spätestens bis Ende Dezember 2007 (oder bis zu einer allfällig früheren Einführung durch den kantonalen Gesetzgeber). Dies ergibt sich auch aus den Materialien (vgl. dazu BGE 130 V 476 Erw. 6.5.1), hält doch der Bericht der Kommission des Ständerates vom 27. September 1990 fest, dass bis «zur Neufassung der kantonalen Vorschriften ... Beschwerden nach bisherigem Recht behandelt» werden (BBI 1991 II 271; Sonderdruck S. 87), während sich sowohl der Bundesrat in seiner vertieften

Stellungnahme vom 17. August 1994 (vgl. BBl 1994 V 962; Sonderdruck S. 42) wie auch die Kommission des Nationalrats für soziale Sicherheit und Gesundheit im Bericht vom 26. März 1999 (vgl. BBl 1999 V 4671; Sonderdruck S. 149) dazu nicht geäußert haben. Die Aussage im Bericht der Kommission des Ständerates ist allerdings insofern zu relativieren, als darin für die neu zu regelnden Verfahrensbestimmungen nur auf die Art. 63 und 67 des VE-ATSG (entsprechend Art. 57 und 61 ATSG) verwiesen wird; wäre allerdings beabsichtigt gewesen, nur diese beiden Bereiche des vorinstanzlichen Verfahrens der Übergangsfrist des Art. 90 VE-ATSG resp. des Art. 82 Abs. 2 ATSG zu unterstellen, hätte dies einerseits im Gesetzestext seinen Niederschlag gefunden und andererseits wäre im Bericht der Kommission auch begründet worden, weshalb nicht alle, sondern nur bestimmte Normen des vorinstanzlichen Verfahrens der Übergangsfrist zu unterwerfen seien.

5.3 Indem das kantonale Gericht vor Ablauf der Übergangszeit des Art. 82 Abs. 2 ATSG direkt auf den Fristenstillstand des ATSG abstellt, wendet es deshalb fälschlicherweise Bundesrecht statt kantonales Recht an, was eine Verletzung von Bundesrecht darstellt (BGE 116 Ib 171 Erw. 1 mit Hinweis). Auf kantonaler Ebene ist im für den Fristenlauf massgebenden § 46 GOG BL kein Fristenstillstand vorgesehen. § 5 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung vom 16. Dezember 1993 (SGS 271) sieht zwar vor, dass Beschwerden und Klagen «innert der gesetzlich vorgeschriebenen Frist» schriftlich einzureichen seien, jedoch stellt dies einen Verweis auf das kantonale Recht dar, da den Kantonen in Art. 82 Abs. 2 ATSG fünf Jahre Zeit eingeräumt wird, ihre Gesetzgebung an die neuen Bundesvorschriften anzupassen und während der Übergangszeit die bisherige Normierung anwendbar bleibt, was auch für negative Regelungen gilt (vgl. Erw. 5.2 hievor). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass die Abschaffung des Fristenstillstandes im GOG des Kantons Basel-Landschaft schon deshalb nicht etwa im Hinblick auf die Regelung im ATSG erfolgt sein kann, weil die kantonale Gesetzesänderung auf den 1. April 2002 in Kraft getreten ist, während das ATSG – auch dem kantonalen Gesetzgeber bekannt – erst auf Januar 2003 in Kraft gesetzt worden ist. Damit kann kein impliziter Verweis auf Bundesrecht vorliegen. Wegen des auf kantonaler Ebene nicht vorgesehenen Fristenstillstandes ist die vorinstanzliche Beschwerde in der Folge klarerweise verspätet eingereicht worden. Damit ist die Auffassung der SUVA im Ergebnis rechtens.

Mitteilungen

Communications

Comunicazioni

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

Einbindeaktion für die RKUV

Die Buchbinderei Reinauer GmbH in Zumikon führt eine Einbindeaktion für den Jahrgang 2005 der RKUV durch. Das Einbinden in eine blaue Einbanddecke mit Rückenprägung RKUV/RAMA/RAMI 2005 kostet Fr. 49.00 zuzügl. MwSt. und Porto.

Zum gleichen Preis können auch frühere Jahrgänge eingebunden werden. Bitte senden Sie die vollständigen Jahrgänge direkt an die Buchbinderei:

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

Possibilité de faire relier les numéros de notre revue

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

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

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

Possibilità di rilegare la RAMI

La ditta Reinauer S.a.g.l. di Zumikon offre la possibilità di rilegare i fascicoli 2005 della RAMI. La rilegatura di colore blu con impressa la scritta RKUV/RAMA/RAMI 2005 sul dorso costa Fr. 49.00 (+ IVA e porto).

Per lo stesso prezzo possono essere rilegate le collezioni annue precedenti. Le collezioni annue complete vanno inviate direttamente a:

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

Sachverzeichnis 2005: UVG

<i>A. Rechtsprechung</i>	<i>Seite</i>
Adäquater Kausalzusammenhang.....	228, 242, 322
Anspruch auf rechtliches Gehör.....	391
Arbeitsunfähigkeit.....	242, 398
Ärztliches Gutachten: Tragung der Kosten.....	221
ATSG.....	57, 448, 452
Aussergewöhnliche Gefahren.....	311
Einsprachelegitimation.....	393
Ersatzkasse UVG, Leistungspflicht.....	209
Fristenstillstand.....	448, 452
Integritätsentschädigung.....	435
Komplementärrenten.....	123
Leistungseinstellung.....	388
Leistungskürzung.....	306, 311, 438
Leistungsnachzahlung.....	443
Prämientarif, Bonus-Malus-System.....	400
Psychische Fehlentwicklung.....	228
Rentenrevision.....	40, 217
Rückfall.....	388
Schleudertrauma der HWS.....	236
Schreckereignis.....	144, 212
Taggeld.....	398,
Übergangentschädigung.....	151
Übergangsrecht.....	217, 438
Unterstellung eines Betriebes unter die SUVA.....	44
Unfallbegriff.....	119
Valideneinkommen.....	40, 112, 315,
Verfahren.....	57, 217, 393,
	448, 452
Versicherten in fortgeschrittenem Alter.....	242
Versicherter Verdienst.....	51, 137,,299,
	328
Versicherungsobligatorium.....	59
Verzugszins.....	443
Wagnis.....	306
 <i>B. Mitteilungen</i>	
Rechtspflege in der Unfallversicherung.....	66
Mutationen bei den Unfallversicherern.....	67, 405
Einbindeaktion für die RKUV.....	461

Table des matières 2005: LAA

<i>A. Jurisprudence</i>	<i>Page</i>
Accident, notion d'.....	119
Accident de type « coup du lapin » à la colonne cervicale.....	236
Assurance obligatoire.....	59
Assuré d'âge avancé.....	242
Caisse supplétive LAA, obligation de la	209
Causalité adéquate, lien de.....	228, 242, 322
Dangers extraordinaires.....	311
Droit d'être entendu.....	391
Droit transitoire.....	217, 438
Entreprise téméraire absolue.....	306
Événement effroyable, terrifiant.....	144, 212
Expertise, prise en charge des frais.....	221
Gain assuré.....	51, 137, 299, 328
Incapacité de travail.....	242, 398
Indemnité journalière.....	398,
Indemnité pour atteinte à l'intégrité.....	435
Indemnité pour changement d'occupation.....	151
Intérêts moratoires.....	443
LPGA.....	57, 448, 452
Opposition, qualité pour former	393
Prestations arriérées.....	443
Procédure.....	57, 217, 393, 448, 452
Rechute.....	388
Réduction des prestations en espèces.....	306, 311, 438
Rentes complémentaires.....	123
Révision de rentes	40, 217
Revenu de personne valide.....	40, 112, 315,
Soumission d'une entreprise auprès de la CNA.....	44
Suspension des délais.....	448, 452
Suspension des prestations.....	388
Tarif des primes, système bonus-malus.....	400
Trouble du développement psychique.....	228
 <i>B. Communications</i>	
Jurisprudence en matière d'assurance-accidents.....	66
Mutations dans l'état des assureurs-accidents.....	67, 405
Possibilité de faire relier la RAMA.....	461

Indice delle materie 2005: LAINF

<i>A. Giurisprudenza</i>	<i>pagina</i>
Assicurati in età avanzata.....	242
Assoggettamento di un'impresa all'INSAI.....	44
Atto temerario.....	306
Avvenimento terrificante.....	144, 212
Cassa suppletiva LAINF: obbligo della cassa.....	209
Diritto a interessi di mora.....	443
Diritto all'indennità per cambiamento d'occupazione.....	151
Diritto di essere sentito.....	391
Diritto transitorio.....	217, 438
Disfunzione psichica.....	228
Guadagno assicurato.....	51, 137, 299, 328
Incapacità lavorativa.....	242, 398
Indennità giornaliera.....	398,
Indennità per menomazione dell'integrità.....	435
Legittimazione a interporre opposizione.....	393
LPGA.....	57, 448, 452
Nesso causale adeguato.....	228, 242, 322
Nozione di infortunio.....	119
Obbligo d'essere assicurato.....	59
Pericoli straordinari.....	312
Perizia medica: Portatori dei costi.....	221
Prestazioni arretrate.....	443
Procedura.....	57, 217, 393, 448, 452
Reddito realizzato da una persona non invalida.....	40, 112, 315,
Rendite complementari.....	123
Revisione della rendita.....	40, 217
Ricaduta.....	388
Riduzione delle prestazioni.....	306, 311, 438
Sospensione dei termini.....	448, 452
Sospensione delle prestazioni.....	388
Tariffe dei premi, sistema bonus-malus.....	400
Traumatismo cervicale di contraccolpo.....	236
 <i>B. Comunicazioni</i>	
Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni.....	66
Mutazioni concernenti gli assicuratori-infortuni.....	66, 405
Possibilità di rilegari la RAMI.....	461

