

*Kranken- und  
Unfallversicherung*

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

*Assurance-maladie  
et accidents*

Jurisprudence et pratique administrative

*Assicurazione malattia  
e infortuni*

Giurisprudenza e prassi amministrativa

## Krankenversicherung Assurance-maladie / Assicurazione malattia

### **Economie du traitement**

K 988 Arrêt du TFA du 16 septembre 1997 dans la cause O. **1**

### **Fehlende sachliche Zuständigkeit des kantonalen Schiedsgerichtes**

KV 19 Urteil des EVG vom 13. November 1997 i. Sa. Ärztesgesellschaft Baselland gegen Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen **6**

### **Ausgleichspflicht des Wohnkantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 bei Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals**

KV 20 Urteil des EVG vom 16. Dezember 1997 i. Sa. Kanton Schwyz gegen H. Versicherungen AG **13**

### **Keine teilweise Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG bei Aufenthalt in einem ausserkantonalen privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital**

KV 21 Urteil des EVG vom 19. Dezember 1997 i. Sa. M. und Klinik X. gegen Kanton Schwyz **33**

### **Rechtsweg bei Streitigkeiten über Besitzstandswahrung infolge Art. 102 Abs. 2 KVG**

KV 22 Urteil des EVG vom 29. Dezember 1997 i. Sa. D. gegen Krankenkasse K. **49**

### **Franchise bei Unfall**

KV 23 Urteil des EVG vom 23. Dezember 1997 i. Sa. B. gegen Krankenkasse H. **56**

### **Mitteilungen – Communications – Comunicazioni**

Mutationen bei den Krankenversicherern / Mutations dans l'état des assureurs-maladie / Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie **61**

## Unfallversicherung Assurance-accidents / Assicurazione infortuni

### **Gain assuré maximum déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité (art. 15 al. 3 LAA; art. 22 al. 1 OLAA):**

U 290 Arrêt du TFA du 8 septembre 1997 en la cause D. B. **63**

### **Ausschliessungs- und Ablehnungsgründe für einen versicherungsinternen Gutachter (Art. 10, 12 lit. e und 19 VwVG; Art. 57, 58 und 60 BZP; Art. 22 und 23 OG):**

U 291 Urteil des EVG vom 24. September 1997 i. Sa. W. W. **67**

### **Mitteilungen – Communications – Comunicazioni**

#### **Gesetzgebung – Législation – Legislazione**

Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) **71**  
Modification de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) **105**

## Economie du traitement

K 988 Arrêt du TFA du 16 septembre 1997  
dans la cause O.

**Si plusieurs traitements sont envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais des traitements plus onéreux (cons. 3c).**

**Fallen verschiedene Behandlungsmethoden in Betracht, ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme abzuwägen. Wenn mit einer dieser Methoden das Therapieziel erheblich kostengünstiger erreicht werden kann als mit den übrigen, haben Versicherte keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten der teureren Behandlungen (Erw. 3c).**

**Se più terapie entrano in linea di conto, occorre bilanciare i relativi costi e benefici. L'assicurato non ha diritto al rimborso delle terapie più costose se una di esse, sensibilmente più economica delle altre, permette di ottenere lo scopo prefissato (cons. 3c).**

A. – O., née en 1946, fut assurée contre la maladie auprès de la caisse-maladie G. (caisse), notamment pour l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques (dite alors «assurance de base») et une assurance complémentaire des frais hospitaliers en division semi-privée. Elle souffre d'importantes séquelles d'une poliomyélite contractée en 1953. Jusqu'à sa mise à la retraite anticipée, en juin 1993, l'assurance-invalidité avait pris en charge, au titre de mesure médicale de réadaptation, plusieurs cures de bains annuelles de trois semaines à l'Institut pour paralytiques de L. (devenu la clinique S.).

En février 1994, son médecin traitant, le docteur M., a demandé à la caisse de prendre en charge pour sa patiente les frais d'une cure de réadaptation neurologique à la clinique S. Cette demande était ainsi motivée:

«Pour réduire les complications et les limitations ultérieures de diverses fonctions corporelles, réduire la spasticité, cette patiente nécessite une offre thérapeutique complète, ciblée, bien coordonnée, sous la direction et le contrôle d'un médecin spécialiste, applicable avec une intensité que seul un milieu hospitalier peut garantir. Les soins appropriés en relation avec le traitement de cette maladie ne peuvent être garantis au domicile du patient.»

Le 13 janvier 1995, la caisse a rejeté la demande, au motif que, de l'avis de son médecin-conseil, un traitement hospitalier n'était pas nécessaire dans

K  
V  
/  
A  
M

ce cas. Lors des précédentes cures annuelles, les applications thérapeutiques avaient consisté en des exercices de mobilité et d'affermissement. Or, il n'était pas nécessaire que de telles mesures fussent appliquées en milieu hospitalier. Par conséquent, un traitement ambulatoire au domicile de l'intéressée serait une mesure appropriée et économique.

B. – Par jugement du 9 novembre 1995, le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours formé contre cette décision par l'assurée.

C. – Par écriture du 20 février 1996, O. a interjeté un recours de droit administratif en concluant à l'annulation du jugement cantonal et à la prise en charge par la caisse-maladie du séjour hospitalier prescrit par le docteur M.

## II.

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

1. – Au moment du dépôt de son recours, la recourante – comme elle le précise – n'avait pas encore suivi le traitement hospitalier litigieux et tout porte à croire que cette situation ne s'est pas modifiée à ce jour. La demande que la recourante a présentée en février 1994, par l'entremise du docteur M., ne visait donc pas le remboursement de frais d'hospitalisation déjà encourus mais portait sur des frais futurs. Selon toute apparence, la recourante désirait être fixée sur la prise en charge du traitement avant de se rendre à la clinique S.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1996 est entrée en vigueur la LAMal, qui est applicable aux traitements effectués postérieurement à cette date (art. 103 al. 1 LAMal a contrario). C'est donc à la lumière du nouveau droit qu'il faut trancher le présent litige ...

2. – D'autre part, s'agissant d'un traitement qui n'a pas encore été appliqué à ce jour, le Tribunal fédéral des assurances ne saurait se prononcer sur des prétentions de la recourante qui excéderaient les prestations légales selon la LAMal (voir en particulier l'art. 34 al. 1 LAMal). En effet, contrairement à ce qui était le cas jusqu'au 31 décembre 1995 (voire 1996 compte tenu de la règle transitoire de l'art. 102 al. 2 LAMal), le contentieux relatif aux assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie – assurances qui sont désormais régies par la LCA (art. 12 al. 3 LAMal) – ressortit à la procédure civile; seul le contentieux de l'assurance-maladie sociale continue d'être régi par les normes de la procédure administrative (voir à ce sujet Spira, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, *Revue jurassienne de jurisprudence* 3/1996, p. 191 ss; *Ritter*,

Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995 p. 191 ss; *Duc*, Les voies de droit et la procédure dans l'assurance-maladie au sens de la LAMal in: Le droit en action, Recueil de travaux publié par la Faculté de Droit de l'Université de Lausanne, 1996, p. 99 ss). Il s'ensuit que la Cour de céans n'a pas à statuer sur le droit à des prestations découlant de l'assurance complémentaire pour frais hospitaliers en division semi-privée dont bénéficiait – et bénéficie peut-être encore – la recourante.

3. – Dans les limites ainsi circonscrites, le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre un traitement (principalement des mesures de physiothérapie) dispensé en milieu hospitalier ou si elle doit se faire soigner ambulatoirement.

La caisse et les premiers juges ont nié la nécessité d'un séjour à l'hôpital, qu'ils qualifient de non économique. C'est ainsi que le tribunal des assurances, qui était composé pour la circonstance d'un magistrat professionnel et de deux assesseurs médecins, considère que les études les plus récentes préconisent, dans le cas de patients atteints de séquelles de poliomyélite, outre des mesures générales de ménagement, des mouvements d'étirement musculaire et des exercices non fatigants de tonification par des efforts submaximaux de courte durée: la doctrine médicale récente privilégierait, dans ce cas, une approche physiothérapeutique régulière et ambulatoire du patient.

a) Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter celles-ci à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 LAMal, dont le contenu était analogue, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses. Ce principe d'économie du traitement ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 109 V 43 consid. 2a<sup>1</sup>, 108 V 32 consid. 3a<sup>2</sup>; cf. aussi ATF 104 V 95<sup>3</sup>; *Deschenaux*, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in *Mélanges pour le 75<sup>ème</sup> anniversaire du TFA*, p. 534).

---

<sup>1</sup> voir n° K 557 (1983) de ce recueil

<sup>2</sup> voir n° K 513 (1982) de ce recueil

<sup>3</sup> voir n° K 330 (1978) de ce recueil

Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (*Duc*, loc. cit., p. 114 s.; *Cattaneo*, *Il controllo dell'economicità delle cure prestate del medico*, in: LAMal – KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 415 ss; *Mahon*, Présentation de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, Aspects de la sécurité sociale [ASS] 3/1994, p. 13).

b) On se trouve en l'espèce en présence d'avis médicaux divergents sur la question à trancher.

Pour les motifs qu'il a indiqués dans sa demande du mois de février 1994, le médecin traitant de l'assurée considère comme nécessaire un séjour dans un établissement hospitalier. En revanche, le médecin-conseil de la caisse estime que l'indication pour une réadaptation neurologique au sens étroit n'est pas donnée; dans le cas de l'assurée, qui présente un handicap chronique, il y a lieu de prescrire une physiothérapie ambulatoire de longue durée quand les complications deviennent effectivement menaçantes (rapport du 21 mars 1995). Le 2 juin 1995, à la suite du refus de la caisse, l'assurée a pour sa part consulté le docteur L. du «Krankenheim B.», qui est un spécialiste en matière de séquelles de poliomyélite infantile. Selon ce médecin, des séjours de réhabilitation en milieu hospitalier, assortis d'une thérapie physique continue et intensive, de balnéothérapie et de remise en condition permettent d'obtenir chez le patient des phases «consolidantes» de répit; ce but ne pourrait pas être atteint par un traitement de physiothérapie ambulatoire.

Sur la base de ces avis, il n'est pas possible d'affirmer qu'un traitement hospitalier soit en l'occurrence inadéquat ou inutile. On ne saurait, sans autres motifs, écarter les avis du médecin traitant et du docteur L. au profit de celui du médecin-conseil de la caisse. D'un autre côté, des soins ambulatoires n'apparaissent pas non plus inappropriés dans ce cas. En fait, les divergences de vues entre les médecins relèvent de différences d'approche thérapeutique: certains médecins préconisent un séjour hospitalier et un traitement intensif limité dans le temps, tandis que d'autres considèrent qu'un traitement ambulatoire au long cours est plus adéquat. Une expertise qui tendrait à les départager se révélerait sans doute inutile et n'apporterait qu'un avis médical supplémentaire. On peut donc retenir que les deux types de mesures préconisées (soins ambulatoires ou hospitaliers) sont appropriés et efficaces.

c) Si plusieurs traitements sont envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le

plus onéreux (*Deschenaux*, loc. cit., p. 536; voir aussi *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 52). En l'espèce, le dossier ne permet pas de dire s'il existe ou non une différence sensible de coût entre les deux genres de traitements préconisés. La recourante suggère même qu'un traitement ambulatoire serait plus coûteux, en précisant qu'un séjour hospitalier «d'une à deux semaines» serait suffisant. Pour sa part, la caisse expose dans sa réponse au recours qu'une hospitalisation de trois semaines (c'est-à-dire de même durée que les précédents séjours) en division semi-privée à la clinique S. représente un coût de 10000 fr., tandis que le coût d'un traitement ambulatoire de physiothérapie varie entre 500 à 800 fr. par trimestre. Mais, pour les motifs ci-dessus exposés (consid. 2), la relation entre coûts et bénéfices ne doit être examinée ici que sous l'angle des dispositions de l'assurance-maladie sociale obligatoire, à l'exclusion d'une éventuelle assurance complémentaire des frais hospitaliers. Plus précisément, la question doit être tranchée en se référant au coût d'une hospitalisation en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal), jusqu'à concurrence, en principe, du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 LAMal). Or, on ignore quel établissement pourrait entrer en ligne de compte dans le cas concret et quel est le coût qui en résulterait. On ignore d'autre part quels sont les traitements qui ont été appliqués à la recourante depuis le moment où la décision litigieuse de la caisse a été rendue et, le cas échéant, quels en ont été les effets sur son état de santé. On ne connaît pas davantage les propositions thérapeutiques actuelles du docteur M. (ou d'un autre médecin traitant) au regard du catalogue légal des prestations selon la LAMal (art. 24 ss LAMal) et de la nouvelle réglementation en matière de fournisseurs de soins (art. 35 ss LAMal).

d) Dans ces circonstances, il convient d'annuler le jugement attaqué, ainsi que la décision administrative précédente, qui refusent par principe tout traitement hospitalier en raison des séquelles de poliomyélite dont souffre la recourante, et de réserver les droits de celle-ci pour le cas où elle présenterait à la caisse une nouvelle demande de prise en charge d'une cure en milieu hospitalier. Si elle est saisie d'une telle demande, la caisse rendra alors une nouvelle décision en se conformant, pour ce qui est du caractère économique de la mesure, aux considérants qui précèdent. En d'autres termes, la recourante ne pourra prétendre un traitement hospitalier que si son coût n'est pas sensiblement plus élevé qu'une thérapie ambulatoire.

...

# **Fehlende sachliche Zuständigkeit des kantonalen Schiedsgerichtes**

KV 19 Urteil des EVG vom 13. November 1997  
in Sachen Ärztegesellschaft Baselland gegen  
Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen

**Für die Prüfung der Auswirkungen der zwischen einer kantonalen Ärztegesellschaft und dem kantonalen Krankenkassenverband vereinbarten tarifvertraglichen Indexklausel, welche die Höhe des Taxpunktwertes bestimmt, ist nicht das kantonale Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG sachlich zuständig (Erw. 6; Änderung der Rechtsprechung im Lichte des KVG).**

**Le tribunal arbitral cantonal selon l'article 89 LAMal n'a pas la compétence matérielle d'examiner les effets de la clause d'indexation déterminant la valeur du point qui a été convenue entre une association de médecins cantonale et la fédération cantonale des caisses-maladie (cons. 6; changement de la jurisprudence à la lumière de la LAMal).**

**Il tribunale arbitrale cantonale di cui all'articolo 89 LAMal non ha la competenza materiale per esaminare gli effetti della clausola d'indicizzazione, determinante il valore del punto di tassazione, pattuita contrattualmente tra un'associazione medica cantonale e la federazione cantonale delle casse malati (cons. 6; cambiamento della giurisprudenza alla luce della LAMal).**

...

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist:

1. – Nach ständiger Rechtsprechung prüft das Eidgenössische Versicherungsgericht von Amtes wegen die formellen Gültigkeitserfordernisse des Verfahrens (BGE 120 V 29 Erw. 1, 111 V 346 Erw. 1a<sup>1</sup>, je mit Hinweisen). Dies gilt auch hinsichtlich des Verfahrens vor den kantonalen Schiedsgerichten nach Art. 89 KVG (vgl. BGE 119 V 324 Erw. 3<sup>2</sup> zu Art. 25 Abs. 1 KUVG). Hat die Vorinstanz übersehen, dass es an einer Prozessvoraussetzung fehlte, und hat sie materiell entschieden, ist dies im Rechtsmittelverfahren von Amtes wegen zu berücksichtigen mit der Folge, dass der ange-

<sup>1</sup> siehe Nr. K 668 (1986) dieser Sammlung

<sup>2</sup> siehe Nr. K 930 (1994) dieser Sammlung

fochtene Entscheid aufzuheben ist (BGE 120 V 29 Erw. 1, 119 V 312 Erw. 1b<sup>3</sup>, 324 f. Erw. 3<sup>4</sup>). Dem steht die allfällige sachliche Unzuständigkeit des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht entgegen (vgl. BGE 107 V 46<sup>5</sup> oben; ferner BGE 96 V 126).

2. – Im vorliegenden Fall ist vorab streitig, ob das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG zur Beurteilung der Klage der Ärztesgesellschaft gegen den Krankenkassenverband betreffend die Erhöhung des Taxpunktwertes von Fr. 1.80 auf Fr. 1.95 ab 1. Januar 1996 gestützt auf die Indexklausel in Ziff. 3 des vom Regierungsrat am 12. Dezember 1972 genehmigten Vertragstarifes vom 18. November 1971 und die Zusatzvereinbarung vom 16. Juni 1992 sachlich zuständig war. Während Vorinstanz und Beschwerdeführerin diese Frage unter Hinweis auf BGE 119 V 317<sup>4</sup> bejahen, sind Beschwerdegegner und Bundesamt für Sozialversicherung der Auffassung, dass nach neuem Recht die Kantonsregierung und zweitinstanzlich der Bundesrat aufgrund von Art. 46 Abs. 4 und Art. 53 KVG zur Beurteilung von Tarifstreitigkeiten wie der vorliegenden zuständig sind. In gleichem Sinne habe sich auch der Bundesrat im Entscheid vom 15. Januar 1997 in Sachen Ärztesgesellschaft Schaffhausen<sup>6</sup> und noch unter altem Recht in dem auch in BGE 119 V 327 Erw. 5<sup>4</sup> erwähnten Entscheid vom 12. Mai 1993 in Sachen Aargauischer Krankenkassenverband geäußert.

3. – Im erwähnten BGE 119 V 317<sup>4</sup> hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht zu prüfen, ob das Schiedsgericht nach Art. 25 KUVG des Kantons Schaffhausen sachlich zuständig ist zur Prüfung der Frage, ob der Dringliche Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung auf den Schaffhauser Tarifvertrag anwendbar ist mit der Folge, dass der in Art. 6 des Tarifes vorgesehene automatische hälftige Teuerungsausgleich bei einer Erhöhung des Landesindexes der Konsumentenpreise um 5% nicht zum Zuge kommt. Das Gericht hat diese Frage bejaht, «da es vorliegend um eine Tarifvertragsstreitigkeit nach Art. 16 und Art. 22 Abs. 1 KUVG geht, welche unter die Schiedsgerichtsbarkeit gemäss Art. 25 KUVG fällt. Anders verhielte es sich nur, wenn eine genehmigungspflichtige Abänderung eines Tarifvertrages zur Debatte stünde, welche nach Art. 22 Abs. 3 und Art. 22<sup>quinquies</sup> KUVG in die Zuständigkeit der Kantonsregierungen und des Bundesrates fallen würde. Von einer solchen genehmigungspflichtigen Abänderung des Tarifvertrages (...) kann nicht die Rede sein. Dass der Bun-

---

<sup>3</sup> siehe Nr. K 917 (1993) dieser Sammlung

<sup>4</sup> siehe Nr. K 930 (1994) dieser Sammlung

<sup>5</sup> siehe Nr. K 462 (1981) dieser Sammlung

<sup>6</sup> siehe Nr. KV 5 (1997) dieser Sammlung

desrat anscheinend die gegenteilige Auffassung vertreten hat (vgl. den erwähnten, vom BSV auszugsweise zu den Akten gegebenen Beschwerdeentscheid vom 12. Mai 1993), ist für das Eidg. Versicherungsgericht nicht verbindlich. Was der Krankenkassenverband bestreitet, ist vielmehr die *Rechtsfolge*, welche sich aus der früher vereinbarten, längst genehmigten Indexklausel des Tarifvertrages ergibt. Nur (geänderte) tarifvertragliche Bestimmungen unterliegen jedoch der Genehmigungspflicht, nicht die aus Vertragsbestimmungen sich ergebenden Rechtsfolgen – eine Selbstverständlichkeit, von welcher der beschwerdeführende Kassenverband während Jahren selber ausging – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend einwendet» (Erw. 5).

Im Lichte dieser Rechtsprechung stellt sich die Frage, ob Streitigkeiten über die Anwendung einer noch unter altem Recht vereinbarten und regierungsrätlich genehmigten tarifvertraglichen Indexklausel, welche die Höhe des Taxpunktwertes bestimmt, in den Zuständigkeitsbereich der Schiedsgerichte nach Art. 89 KVG fallen.

4. – Gemäss Art. 104 Abs. 1 Satz 1 KVG werden mit dem Inkrafttreten des Gesetzes bestehende Tarifverträge nicht aufgehoben. Diese sind laut Art. 8 Abs. 1 der Verordnung vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, erlassen durch den Bundesrat gestützt auf Satz 2 der genannten Übergangsbestimmung, bis zum 31. Dezember 1997 an das neue Recht anzupassen.

Im Rahmen dieser Übergangsregelung beurteilen sich tarifvertragliche Streitigkeiten materiell nach altem Recht (vgl. Art. 102 Abs. 2 Satz 2 KVG), wobei gemäss Art. 8 Abs. 3 der genannten Verordnung Tarifierhöhungen auch ohne Anpassung der übrigen Bestimmungen an das neue Recht möglich sind. Zuständigkeit und Verfahren richten sich hingegen nach neuem Recht (vgl. BGE 111 V 47 Erw. 4 und RKUV 1997 Nr. KV 14 S. 311 Erw. 1a, je mit Hinweisen).

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

Gesetz (KVG) und Verordnung (KVV) umschreiben nicht näher, was unter Streitigkeiten im Sinne von Art. 89 KVG zu verstehen ist. Rechtspre-

chung und Lehre zum altrechtlichen Art. 25 Abs. 1 KUVG gehen von einer weiten Begriffsumschreibung aus (BGE 111 V 346 Erw. 1b<sup>7</sup> mit Hinweisen). Danach setzt die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts voraus, dass die Streitigkeit Rechtsbeziehungen zum Gegenstand hat, die sich aus dem KUVG ergeben oder die aufgrund des KUVG eingegangen worden sind (BGE 116 V 126 Erw. 2a<sup>8</sup>, 112 V 311 Erw. 3b<sup>9</sup> mit Hinweisen). So verhält es sich unter anderem, wenn die Auseinandersetzung einen Tarifvertrag im Sinne von Art. 22 Abs. 1 KUVG betrifft, nach welcher Bestimmung die Taxen für die Leistungen der Ärzte in Verträgen zwischen den Kassen und den Ärzten festgesetzt werden, es sei denn, es gehe um eine genehmigungspflichtige Abänderung eines solchen Vertrages, welche nach Art. 22 Abs. 3 und Art. 22<sup>quater</sup> Abs. 5 KUVG in die Zuständigkeit der Kantonsregierungen und letztinstanzlich des Bundesrates (Art. 22<sup>quinquies</sup> KUVG) fallen würde (BGE 119 V 326 f. Erw. 5<sup>10</sup>).

6. – Gemäss Art. 43 Abs. 4 Satz 1 KVG werden Tarife (als eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Gegen den Genehmigungsbeschluss der Kantonsregierung kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden (Art. 53 Abs. 1 KVG).

a) Die Regelung der Genehmigung von Tarifvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern durch die zuständigen Verwaltungsbehörden gemäss KVG entspricht im wesentlichen der altrechtlichen Ordnung gemäss Art. 22, 22<sup>quater</sup> und 22<sup>quinquies</sup> KUVG. Wie diese geht sie aus von der Freiheit der Tarifpartner, im gesetzlichen Rahmen die Tarifordnung weitgehend selber festzulegen (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 179; Amtl. Bull. 1992 S 1310, 1993 N 1726 f.; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 83). Dessen ungeachtet hat die Gesetzesnovelle vom 18. März 1994 neben Änderungen bloss formeller Natur (Terminologie, Systematik) inhaltlich zu einer Neuausgestaltung des Tarifvertragswesens geführt. Dies kommt vorab darin zum Ausdruck, dass der Gesetzgeber in Art. 43 Abs. 6

---

<sup>7</sup> siehe Nr. K 668 (1986) dieser Sammlung

<sup>8</sup> siehe Nr. K 840 (1990) dieser Sammlung

<sup>9</sup> siehe Nr. K 719 (1987) dieser Sammlung

<sup>10</sup> siehe Nr. K 930 (1994) dieser Sammlung

KVG ausdrücklich die Hauptzielsetzung der Tarifierung formuliert hat, nämlich eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (BBl 1992 I 174). Wie bei der Umschreibung der obligatorisch krankenpflegeversicherten Leistungen (Art. 32 Abs. 1 KVG) und im Rahmen der Leistungserbringung (Art. 56 Abs. 1 KVG) gilt somit auch im Tarifbereich der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Dementsprechend hat die Genehmigungsbehörde einen Tarifvertrag nicht mehr bloss auf seine Übereinstimmung mit dem Gesetz und der Billigkeit zu prüfen, wie dies noch unter altem Recht der Fall war (vgl. Art. 22 Abs. 3, Art. 22<sup>quater</sup> Abs. 5 KUVG); vielmehr hat sie und im Beschwerdefall der Bundesrat auch danach zu fragen, ob die Vereinbarung mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Einklang steht (BBl 1992 I 188). «Sie darf und soll dabei durchaus einen strengen Massstab anlegen, geht es doch darum (...), dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird» (BBl 1992 I 180).

b) Die in der Botschaft zum Revisionsentwurf vorgezeichnete verstärkte Kontrolle im Tarifbereich durch die zuständigen Behörden ist in den parlamentarischen Beratungen unbestritten geblieben (Amtl. Bull. 1992 S 1310, 1993 N 1726 f.) und hat neben den bereits erwähnten Gesetzesbestimmungen insbesondere auch in der dem Bundesrat in Art. 43 Abs. 6 KVG eingeräumten Kompetenz, Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufzustellen, seinen Niederschlag gefunden (Amtl. Bull. S 1992 310 f., 1993 N 1726 und 1859). Ebenfalls auf eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung, insbesondere im ambulanten ärztlichen Bereich, zielt Art. 43 Abs. 5 KVG, wonach Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen (BBl 1992 I 173 f.; Amtl. Bull. 1992 S 1284). Im weitern wird schon in der Botschaft (BBl 1992 I 180 und 182) die Anwendung des Preisüberwachungsgesetzes (PüG; Art. 14) auf Tarife, die nach dem KVG festgesetzt werden, entsprechend der früheren Praxis (vgl. die Hinweise in Erw. II/3 des in RKUV 1997 S. 122 wiedergegebenen Entscheides des Bundesrates vom 15. Januar 1997 i. S. Kantonale Ärztesgesellschaft Schaffhausen gegen Regierungsrat des Kantons Schaffhausen [RKUV 1997 Nr. KV 5 S. 136]) bestätigt. Die Genehmigungsbehörde hat somit den Preisüberwacher anzuhören, bevor sie ihren Entscheid fällt (*Maurer*, a. a. O., S. 84 unten; Amtl. Bull. 1992 S 1317). Sie führt seine Stellungnahme im Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, begründet sie dies (Art. 14 Abs. 2 PüG). Damit «sollte es möglich sein, bei Bedarf auf ein massvolles Tarifgebaren der Tarifpartner hinzuwirken» (BBl 1992 I 180), dies nicht zuletzt auch im Interesse der an der Ausgestaltung der Tarifordnung nicht

(direkt) beteiligten Versicherten und Prämienzahler (Amtl. Bull. 1993 N 1727, 1993 S 1075, 1994 S 91 f.). Mit dem Einbezug des Preisüberwachers in das Genehmigungsverfahren wird sichergestellt, dass bei der Prüfung des Tarifvertrages auf seine Übereinstimmung mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) auch «allfällige übergeordnete öffentliche Interessen» berücksichtigt werden (Art. 14 Abs. 3 PüG), insbesondere die sozialpolitischen Rahmenbedingungen für die Festsetzung oder Anpassung von Tarifen (vgl. Erw. II/9 und 10 des bundesrätlichen Entscheides vom 15. Januar 1997 [RKUV 1997 Nr. KV 5 S. 140 f.]).

c) Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass nach dem klaren Willen des Gesetzgebers die Tarifgestaltung nach wie vor in erster Linie Sache der Leistungserbringer und der Versicherer ist, dass aber unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit alle kostenrelevanten Bestandteile eines Tarifvertrages, bei Einzelleistungstarifizierung somit Tarifstruktur *und* Taxpunktwert, einer verstärkten Kontrolle durch die zuständigen Behörden unterliegen sollen. Dieser Zielsetzung widerspräche, das Instrument der Genehmigung lediglich beim (erstmaligen) Abschluss eines Tarifvertrages, jedoch nicht bei einer späteren Änderung der Vereinbarung einzusetzen, dies jedenfalls wenn und soweit die Änderung unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit als wesentlich bezeichnet werden muss. Dabei kann es nicht darauf ankommen, ob es sich um eine bloss formelle, nicht das Ergebnis konkreter Verhandlungen bildende Vertragsanpassung handelt, wie dies etwa bei der (automatischen) Erhöhung des Taxpunktwertes aufgrund einer Indexklausel der Fall ist. Vielmehr ist entscheidend, ob nach Sinn und Zweck der Tarifordnung des KVG eine Genehmigung erforderlich ist bzw. ob mit dem Verzicht auf eine Genehmigung diese Ordnung grundsätzlich in Frage gestellt würde. Ausgehend von dieser Fragestellung hat der Bundesrat im schon erwähnten, noch unter altem Recht gefällten Entscheid vom 12. Mai 1993 eine Erhöhung des Taxpunktwertes gestützt auf eine Indexklausel als eine materielle genehmigungbedürftige Vertragsänderung qualifiziert.

d) Wenn das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 119 V 327 Erw. 5<sup>1</sup> die Anpassung des Taxpunktwertes an einen Index nicht als eine genehmigungspflichtige Vertragsänderung qualifizierte, sondern lediglich als «Rechtsfolge, welche sich aus der früher vereinbarten, längst genehmigten Indexklausel des Tarifvertrages ergibt», kann an dieser Betrachtungsweise im Lichte der neuen Tarifordnung des KVG nicht mehr festgehalten werden. Die Genehmigung einer Indexklausel kann nicht als für alle ge-

---

<sup>1</sup> siehe Nr. K 930 (1994) dieser Sammlung

stützt darauf erfolgenden zukünftigen Erhöhungen des Taxpunktwertes als vorgezogene Genehmigung gelten. Eine von der zuständigen Behörde (einmal) genehmigte Indexierung des Taxpunktwertes besagt einzig, dass der Einzelleistungstarif dem Teuerungsausgleich untersteht. Die effektive Anpassung im Sinne einer Anwendung der tarifvertraglichen Indexklausel jedoch ist, wie die Änderung des Taxpunktwertes als solcher, genehmigungsbedürftig und hat unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu erfolgen. Nur so kann entsprechend der Zielsetzung des KVG («Sicherstellung hoher Qualität *und* Wirtschaftlichkeit» [BBl 1992 I 174 unten]), verstärkt auf das Tarifgeschehen eingewirkt und auf die Kostenentwicklung Einfluss genommen werden.

e) Fallen nach dem Gesagten Streitigkeiten über die Anwendung einer tarifvertraglichen Indexklausel, welche die Höhe des Taxpunktwertes bestimmt, nicht in den Zuständigkeitsbereich der Schiedsgerichte nach Art. 89 KVG, hätte die Vorinstanz mit dieser Feststellung auf Nichteintreten erkennen müssen (vgl. *Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 110 oben) und nicht das Begehren der Klägerin und jetzigen Beschwerdeführerin auf Erhöhung des Taxpunktwertes materiell behandeln und abweisen dürfen. Der angefochtene Entscheid ist daher aufzuheben. Im übrigen ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht einzutreten (Art. 129 Abs. 1 lit. b OG).

...

# **Ausgleichspflicht des Wohnkantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG bei Aufhalten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals**

KV 20 Urteil des EVG vom 16. Dezember 1997 in Sachen Kanton Schwyz gegen H. Versicherungen AG

**Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung von Art. 41 Abs. 3 KVG sind sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von Art. 128 OG und daher letztinstanzlich durch das Eidgenössische Versicherungsgericht zu beurteilen. Ein Unzulässigkeitsgrund im Sinne von Art. 129 Abs. 1 OG ist nicht gegeben (Erw. 3).**

**Partei im Streit um die Differenzzahlung nach Art. 41 Abs. 3 KVG ist neben dem Wohnkanton als Pflichtigem in erster Linie der Versicherte als Schuldner der Vergütung der vom Spital erbrachten Leistungen (System des Tiers garant). Parteistellung kommt auch dem Versicherer zu, wenn er gemäss Vereinbarung mit dem Spital die gesamte Vergütung schuldet oder wenn er als Garant dem Spital die Rechnung bezahlt hat (Erw. 4).**

**Die Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens zur Geltendmachung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Wohnkanton des Versicherten aufgrund von Art. 41 Abs. 3 KVG ist grundsätzlich Sache der Kantone. Dabei handelt es sich um selbständiges kantonales Verfahrensrecht, dessen Verletzung grundsätzlich nicht im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gerügt werden kann (Erw. 5).**

**Wortlaut, Gesetzssystematik und Materialien lassen keine andere Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG zu als diejenige, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons grundsätzlich auch besteht, wenn der Versicherte in der halbprivaten oder privaten Abteilung untergebracht ist. Mit anderen Worten genügt es, dass das Spital bzw. die betreffende Abteilung als Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zugelassen ist und die Behandlung in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen notwendig war. Dagegen kommt es für die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons wie auch des Versicherers im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht darauf an, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) der Versicherte sich aufhält und ob er eine Spitalzusatzversicherung unterhält. Grundlage für die Bemessung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bilden die Tarife für die allgemeine Abteilung für ausserkantonale Patienten und für die Einwohner des Kantons, in dem das Spital liegt (Erw. 6 und 7).**

**Bei der Differenzzahlung des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG handelt es sich um zweckgebundene finanzielle Leistungen im Sinne des Subventionsrechts, welche nicht unter den Begriff der Versicherungsleistungen nach Art. 132 OG fallen.**

**Bestätigung der Praxis, wonach dem unterliegenden Kanton keine Gerichtskosten aufzuerlegen sind (Erw. 9).**

**Les contestations sur l'interprétation et l'application de l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal appartiennent au domaine du droit des assurances sociales au sens de l'art. 128 OJ que le Tribunal fédéral des assurances connaît en dernière instance. Il n'existe pas de motif d'irrecevabilité au sens de l'art. 129, 1<sup>er</sup> al., OJ (cons. 3).**

**Outre le canton de résidence, tenu en premier lieu à apporter sa contribution, l'assuré en tant que débiteur du remboursement des prestations fournies à l'hôpital (système du tiers garant) est partie à la contestation sur le paiement de la différence des coûts selon l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal. La qualité de partie est également donnée à l'assureur lorsque, selon un accord passé avec l'hôpital, il est débiteur de l'entier de la rémunération ou lorsqu'il a payé la facture à l'hôpital en qualité de garant (cons. 4).**

**Il appartient en principe aux cantons de régler la compétence et la procédure pour que les assurés puissent revendiquer, au besoin judiciairement, des droits à l'encontre du canton de résidence sur la base de l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal. Il s'agit là d'un droit de procédure propre au canton dont la violation ne peut en principe être attaquée par la procédure du recours de droit administratif (cons. 4).**

**La lettre, la systématique de la loi et les travaux préparatoires ne permettent aucune autre interprétation de l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal que celle selon laquelle l'obligation de compensation du canton de résidence existe aussi en principe lorsque l'assuré a séjourné en division demi-privée ou privée. En d'autres termes, il suffit que l'hôpital, respectivement la division concernée, soit admis en tant que fournisseur de prestations au sens de l'art. 39, 1<sup>er</sup> al., LAMal et que le traitement dans un hôpital extra-cantonal ait été médicalement nécessaire. En revanche, la division dans laquelle séjourne l'assuré (commune, demi-privée ou privée) ou le fait que ce dernier dispose d'une assurance complémentaire d'hospitalisation n'ont pas d'incidence sur l'obligation du canton de résidence ainsi que de l'assureur de prendre en charge les coûts dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Les tarifs de la division commune pour les patients extra-cantonaux et pour les habitants du canton dans lequel est situé l'hôpital constituent la base du calcul de l'obligation de prendre en charge les différences de coûts du canton de résidence (cons. 6 et 7).**

**La rémunération de la différence de la part du canton de résidence d'après l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal est une prestation financière propre au droit de subventionnement, laquelle ne rentre pas dans la notion de prestations d'assurance selon l'art. 132 OJ.**

**Confirmation de la pratique selon laquelle le canton qui succombe est dispensé du paiement de frais judiciaires (cons. 9).**

**Le contestazioni sull'interpretazione e l'applicazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal rientrano nell'ambito del diritto in materia di assicurazioni sociali ai sensi dell'articolo 128 OG; vanno quindi decise in ultima istanza dal Tribunale federale delle assicurazioni. Non sussiste un motivo d'inammissibilità giusta l'articolo 129 capoverso 1 OG (cons. 3).**

**Oltre al Cantone di domicilio, tenuto a prestare in primo luogo, anche l'assicurato, siccome debitore delle prestazioni fornite dall'ospedale (sistema del terzo garante) è parte alla contestazione in tema di pagamento della differenza ai sensi dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal. Ha inoltre veste di parte l'assicuratore se, per accordo con l'ospedale, è debitore dell'intera remunerazione oppure se ha pagato la fattura all'ospedale in qualità di garante (cons. 4).**

**Spetta di massima ai Cantoni stabilire la competenza e la procedura per rivendicare, se del caso giudizialmente, le pretese riguardo il Cantone di domicilio dell'assicurato in applicazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal. Trattasi di un diritto autonomo di procedura cantonale la cui disattenzione non può di massima essere censurata nella procedura di ricorso di diritto amministrativo (cons. 5).**

**Lettera, sistematica della legge e strumenti preliminari non lasciano spazio ad alcuna altra interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal all'infuori di quella giusta la quale l'obbligo compensativo del Cantone di domicilio è di massima dato anche qualora l'assicurato è degente nel reparto semiprivato o privato. Detto altrimenti, è sufficiente che l'ospedale o il reparto in questione sia stato autorizzato conformemente all'articolo 39 capoverso 1 LAMal e che la cura in un ospedale extracantonale risultava necessaria per motivi d'ordine medico. Viceversa, l'obbligo di prestare del Cantone di domicilio come pure dell'assicuratore a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non dipende dal genere di reparto (comune, semiprivato o privato) in cui soggiorna l'assicurato né dal fatto che egli possenga un'assicurazione complementare d'ospedalizzazione. Le tariffe del reparto comune per i pazienti extracantonali e per gli abitanti del Cantone ove si trova l'ospedale costituiscono il fondamento per il calcolo della differenza a carico del Cantone di domicilio (cons. 6 e 7).**

**La remunerazione della differenza da parte del Cantone di domicilio di cui all'articolo 41 capoverso 3 LAMal è una prestazione finanziaria propria del diritto in materia di sussidiamento, che esula dalla nozione di prestazione assicurativa ai sensi dell'articolo 132 OG.**

**Conferma della prassi giusta la quale il Cantone soccombente è dispensato dal pagamento delle spese processuali (cons. 9).**

I.

A. – Der in T./SZ wohnhafte H. trat am 9. Januar 1996 in die Höhenklinik Y. ein, wo er an diesem und am folgenden Tag wegen einer Erkrankung der Atmungsorgane stationär behandelt wurde. Die von der Klinik in Rechnung gestellten Kosten von Fr. 2048.60 für die Behandlung und den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung übernahm seine Krankenkasse H. im Rahmen der Krankenpflegeversicherung BASIS ECO und der Spitalzusatzversicherung HOSPITAL PLUS (Abt. HU3 [Halbprivate Abteilung]) in vollem Umfang. Mit Schreiben vom 3. Mai 1996 ersuchte die Kasse die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Schwyz unter dem Titel «Rückforderung med. bedingter ausserkantonaler Mehrkosten» (Art. 41 Abs. 3 KVG) um Erstattung der Summe von Fr. 476.– gemäss folgender Abrechnung:

Schlussrechnung Höhenklinik Y.	Fr. 2 048.60
./.. Zuschlag für Halbprivat-Abteilung	<u>Fr. 1 172.60</u>
Kosten für ausserkantonale Patienten (allgemeine Abteilung)	Fr. 876.–
./.. Tagespauschale für Kantonseinwohner des Kt. Zürich (2 x Fr. 200.–)	<u>Fr. 400.–</u>
Rückforderung beim Wohnkanton (Kt. Schwyz)	Fr. 476.–

Mit Verfügung vom 4. Juni 1996 lehnte das Kantonale Amt für Gesundheit und Soziales das Begehren ab mit der Begründung, die betreffende Behandlung sei nicht, wie dies Art. 41 Abs. 3 KVG und § 7 Abs. 1 der Verordnung vom 30. April 1996 über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung voraussetzten, in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals durchgeführt worden.

Hiegegen erhob die Krankenkasse Beschwerde beim Regierungsrat des Kantons Schwyz mit den Anträgen:

«1. Die Verfügung vom 4. Juni 1996 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin den Betrag von Fr. 476.– zu zahlen.

2. Die Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung vom 30.4.1996 sei wegen Verletzung von Art. 4 BV aufzuheben. Eventuell sei die Verordnung wegen der derogativen Kraft des Bundesrechts als nicht anwendbar zu erklären. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

Das Amt für Gesundheit und Soziales beantragte in seiner Vernehmlassung, welcher ein zuhanden der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz erstelltes Gutachten vom 12. April 1996 beigelegt war, Abweisung der Beschwerde.

B. – Am 6. August 1996 überwies der Regierungsrat die Beschwerde im Sinne von § 52 der Verordnung vom 6. Juni 1974 über die Verwaltungspflege (VRP; nGS II-225) unmittelbar an das kantonale Verwaltungsgericht zur Beurteilung als Sprungbeschwerde. Am 21. Januar 1997 trat die H. Versicherungen AG (Kasse) als Rechtsnachfolgerin der Krankenkasse H. ins verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren ein.

Mit Entscheid vom 29. Januar 1997 hiess das schwyzerische Verwaltungsgericht die Beschwerde, soweit es darauf eintrat, im Sinne der Erwägungen gut, hob die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 1996 auf und verpflichtete die «Vorinstanz», der Kasse «gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG den Differenzbetrag von Fr. 476.- zu entrichten» (Dispositiv-Ziff. 1). Die Kosten des Verfahrens auferlegte es dem Kanton (Dispositiv-Ziff. 2).

C. – Der Kanton Schwyz erhebt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, der kantonale Gerichtsentscheid sei aufzuheben.

Kasse und Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beantragen je Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Der als Mitinteressierter beigeladene H. hat sich nicht vernehmen lassen.

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. – a) Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) enthält in Art. 41 die Grundsätze zur Kostenübernahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Danach gilt für die stationäre oder teilstationäre Behandlung folgende Regelung:

«<sup>1</sup> (...) Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherte die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

- <sup>2</sup> Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:
- a. (...)
  - b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.
- <sup>3</sup> Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.
- <sup>4</sup> (...)

In Ausführung von Art. 41 Abs. 3 KVG, welcher intertemporalrechtlich sofort anwendbar ist (Art. 101 Abs. 2 KVG; vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1308), hat der Regierungsrat des Kantons Schwyz am 30. April 1996 die Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonal stationärer Spitalbehandlung erlassen. Diese Verordnung regelt gemäss § 1 Abs. 1, unter welchen Voraussetzungen der Kanton Schwyz die Kosten nach Art. 41 Abs. 3 KVG übernimmt, wenn eine im Kanton wohnhafte versicherte Person die Leistungen eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals in der allgemeinen Abteilung beansprucht.

b) Bei den in Art. 41 KVG erwähnten Spitaltarifen handelt es sich um Pauschaltarife im Sinne von Art. 43 Abs. 2 lit. c und Abs. 3 KVG. Diese decken laut Art. 49 Abs. 1 KVG für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitalern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Soweit besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden, dürfen hiefür ebenfalls höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigt werden (Art. 49 Abs. 2 KVG).

c) Tarife werden laut Art. 43 Abs. 4 KVG in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom

Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Besteht für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest (Art. 47 Abs. 2 KVG).

2. – Mit dem angefochtenen Entscheid hat das schwyzerische Verwaltungsgericht das Kantonale Amt für Gesundheit und Soziales bzw. den Kanton gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG verpflichtet, von den Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt von H. in der halbprivaten Abteilung der Höhenklinik Y. am 9. und 10. Januar 1996 (Fr. 2048.60) den Betrag von Fr. 476.– zu übernehmen und diese Summe der Rechtsvorgängerin der heutigen Beschwerdegegnerin, welche die Rechnung der Klinik beglichen hat, zu bezahlen.

Der beschwerdeführende Kanton Schwyz bestreitet die ihm auferlegte Differenzzahlungspflicht zur Hauptsache mit dem Argument, Art. 41 Abs. 3 KVG sei nur anwendbar, wenn der Versicherte sich *tatsächlich* in der allgemeinen Abteilung des betreffenden ausserkantonalen Spitals aufhalte. Diese insbesondere sich aus dem Wortlaut ergebende Bedingung sei im konkreten Fall nicht erfüllt. In prozessualer Hinsicht sodann spricht er der Beschwerdegegnerin die Legitimation zur Beschwerdeführung im vorinstanzlichen Verfahren ab.

3. – Bevor auf die Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den angefochtenen kantonalen Gerichtsentscheid materiell einzugehen ist, stellt sich vorliegend die grundsätzliche Frage, ob das Eidgenössische Versicherungsgericht sachlich zuständig ist für die Beurteilung von Streitigkeiten betreffend die in Art. 41 Abs. 3 KVG statuierte teilweise Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei medizinisch begründeter (teil)stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern. Da weder Gesetz (KVG) noch Verordnung (KVV) Vorschriften über Zuständigkeit und Verfahren bei Forderungsstreitigkeiten im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG enthalten, insbesondere der Bundesrat von der ihm im letzten Satz der nämlichen Bestimmung eingeräumten Befugnis zur Regelung der Einzelheiten (noch) keinen Gebrauch gemacht hat, sind für die Prüfung der Zuständigkeit des angerufenen Gerichts die allgemeinen Grundsätze über die Zulässigkeit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gemäss den Art. 97 ff. OG heranzuziehen.

a) Gemäss Art. 128 OG beurteilt das Eidgenössische Versicherungsgericht letztinstanzlich Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 97, 98 lit. b–h und 98a OG auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Hinsichtlich des Begriffs der mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde anfechtbaren Verfügungen verweist Art. 97 OG auf Art. 5 VwVG. Nach Art. 5 Abs. 1 VwVG gelten als Verfügungen Anordnungen der Behörden im Einzelfall, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen (oder richtigerweise hätten stützen sollen; BGE 116 Ia 266 Erw. 2a) und zum Gegenstand haben: Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten oder Pflichten, Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten oder Pflichten, Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten oder Pflichten oder Nicht-eintreten auf solche Begehren (BGE 122 V 193 Erw. 1, 120 V 349 Erw. 2b<sup>1</sup>, je mit Hinweisen).

b) Der angefochtene Entscheid ist gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG ergangen, beruht somit auf bundesrechtlicher Grundlage (Art. 97 Abs. 1 OG). Die Vorinstanz ist sodann eine letzte kantonale Instanz im Sinne von Art. 98 lit. g OG. Es stellt sich daher einzig die durch Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG zu beantwortende Frage, ob das zwischen dem Wohnkanton des Versicherten und der in bezug auf den Differenzbetrag forderungsberechtigten bzw. zumindest nach Art. 103 lit. a OG beschwerdelegitimierten (natürlichen oder juristischen) Person (vgl. nachstehend Erw. 4) bestehende Rechtsverhältnis dem *Bundessozialversicherungsrecht* zuzuordnen ist.

aa) Die Regelung des Art. 41 Abs. 3 KVG soll dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen, indem der Wohnkanton durch Übernahme der Differenz zwischen den in der Regel höheren Tarifen für ausserkantonale Patienten und den Tarifen für Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, sich an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals beteiligt (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 169). Es soll ein finanzieller Ausgleich stattfinden zwischen (kleineren) Kantonen, welche aus gesundheitspolitischen Gründen bestimmte stationäre Behandlungen nicht anbieten, und Kantonen mit ausgebauter Spitalversorgung (Amtl. Bull. 1992 S 1308 [Voten *Huber*, *Berichterstatter*, und *Frick*]). Die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG weist somit wie die Beiträge der öffentlichen Hand nach kantonalem Recht im Spitalbereich, welche bei der Bemessung der Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG zu berücksichtigen sind, Subventi-

---

<sup>1</sup> siehe Nr. K 954 (1995) dieser Sammlung

onscharakter auf und stellt insoweit ein «versicherungsfremdes» Element in der Krankenversicherung dar (*Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 75; vgl. auch BBl 1992 I 183 ff.).

bb) Beweggrund und Ziel des Gesetzgebers, den Wohnkanton zur Tragung eines gesetzlich bestimmten Anteils an den Kosten für Behandlung und Aufenthalt seiner Einwohner in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital heranzuziehen, sprechen allein indessen noch nicht gegen die sozialversicherungsrechtliche Natur der den Kantonen in Art. 41 Abs. 3 KVG zugunsten der Versicherer auferlegten Differenzzahlungspflicht bei ausserkantonalen Hospitalisationen. Nach Wortlaut und Gesetzssystematik regelt Art. 41 KVG abschliessend die Kostenübernahme für Leistungen *aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Daraus ist zu folgern, dass es sich bei der Kostenübernahmepflicht des Versicherers und der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung um grundsätzlich gleichartige, somit sozialversicherungsrechtliche Verpflichtungen handelt. In bezug auf die dem Spital zu vergütenden Leistungen danach zu unterscheiden, wer (Versicherer oder Wohnkanton) und in welchem Umfang für die Kosten der medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation (Behandlung und Aufenthalt) aufzukommen hat, besteht auch deshalb kein Anlass, weil dem Wohnkanton das dem Versicherer in Art. 79 KVG eingeräumte Rückgriffsrecht «gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften», ebenfalls sinngemäss zusteht. Dabei hat der Versicherer laut Art. 82 Abs. 3 lit. a KVG dem Wohnkanton die für die Ausübung des Regresses notwendigen Auskünfte zu geben (vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1308 f., 1993 N 1729 und 1857, 1993 S 1066).

cc) Hätte im weitern der Gesetzgeber eine andere, von sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten ganz losgelöste Form der Beteiligung des Wohnkantons an der Finanzierung des «betreffenden» ausserkantonalen Spitals gewollt, hätte er eine entsprechende Regelung getroffen, um der ungleichen Lastenverteilung zwischen den Kantonen als Folge der unterschiedlichen Spitalversorgungsgrade Rechnung zu tragen. Davon hat er indessen abgesehen und es vielmehr den Kantonen selber anheimgestellt, durch interkantonale Vereinbarungen andere Abrechnungsmodi als die in Art. 41 Abs. 3 KVG vorgesehene *einzelfallweise* Kostenbeteiligung des Wohnkantons des Versicherten festzulegen (BBl 1992 I 169; *Maurer*, a. a. O., S. 75).

c) Nach dem Gesagten handelt es sich bei der Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG um eine in der obligatorischen Krankenpflege-

versicherung begründete Verpflichtung der Kantone. Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung dieser Bestimmung sind sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von Art. 128 OG und daher letztinstanzlich durch das Eidgenössische Versicherungsgericht zu beurteilen. Ein Unzulässigkeitsgrund im Sinne von Art. 129 Abs. 1 OG ist nicht gegeben.

4. – In formeller Hinsicht stellt sich weiter die Frage, ob die Beschwerdegegnerin Partei im Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht sein kann, was der beschwerdeführende Kanton sinngemäss verneint (vgl. Erw. 2 hievor).

Gemäss Art. 103 lit. a OG in Verbindung mit Art. 132 OG ist zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Nach dieser Umschreibung kann im Streit um die Differenzzahlung nach Art. 41 Abs. 3 KVG neben dem Wohnkanton als Pflichtigem in erster Linie Partei sein, wer diesem gegenüber den Tarifausgleich beanspruchen kann. In der Regel ist dies oder sollte zumindest sein der Schuldner der Vergütung der vom betreffenden ausserkantonalen Spital erbrachten Leistung, somit der Versicherte im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1 KVG) bzw. der Versicherer im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG); «sollte» deshalb, weil nach dem Gesetzeswortlaut weder diesem noch jenem ein Rückerstattungsanspruch bzw. Rückforderungsrecht gegenüber dem Wohnkanton zusteht. Dabei handelt es sich indessen um ein Versehen des Gesetzgebers, welcher bei der Übernahme der schon unter altem Recht bestandenen Regelung betreffend die Person des Schuldners der Vergütung für die Leistungen des Spitals (vgl. Art. 22<sup>quater</sup> Abs. 6 in Verbindung mit Art. 22<sup>bis</sup> Abs. 7 KUVG) ins neue Recht offensichtlich übersehen hat, dass im Unterschied zur früheren Ordnung (Art. 19<sup>bis</sup> Abs. 2–5 KUVG) im Rahmen der neuen Regelung des Art. 41 Abs. 3 KVG nicht nur der Versicherer, sondern auch der Wohnkanton zur Übernahme eines Teils der Spalkosten verpflichtet ist. Im Sinne lückenfüllender richterlicher Rechtsfindung (Art. 1 Abs. 2 ZGB; BGE 119 V 254 Erw. 3b mit Hinweisen) ist daher dem Versicherten als Schuldner der Vergütung in analoger Anwendung von Art. 42 Abs. 1 Satz 2 KVG auch gegenüber dem Wohnkanton ein gesetzlicher Rückerstattungsanspruch einzuräumen. Ebenfalls muss dem Versicherer, wenn er gemäss Vereinbarung mit dem Spital die gesamte Vergütung schuldet oder wenn er als Garant dem Spital die Rechnung bezahlt hat, ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Wohnkanton zustehen. Dieses lässt sich indessen nicht aus dem ihm mit Satz 2 von Art. 41 Abs. 3 KVG eingeräumten Rückgriffsrecht gemäss Art. 79 KVG ableiten, da dieses qualifiziert andere

Tatbestände regelt (BBJ 1992 I 207; Amtl. Bull. 1992 S 1308 f.). Vielmehr handelt es sich um ein eigenes, durch legalzessionsweisen Übergang des Rückerstattungsanspruches des Versicherten auf den Versicherer entstehendes Forderungsrecht.

Es steht fest, dass die Rechtsvorgängerin der Beschwerdegegnerin die von der Höhenklinik Y. für die stationäre Behandlung von H. am 9. und 10. Januar 1996 in Rechnung gestellten Kosten vollumfänglich beglich. Dieser kommt somit Parteistellung im Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht zu. Gleiches gilt für das kantonale Verfahren, da gemäss Art. 98a Abs. 3 OG (in Verbindung mit Art. 128 OG) die Beschwerdelegitimation im Verfahren vor der letzten kantonalen Instanz mindestens im gleichen Umfang wie für die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht gewährleistet ist.

5. – Wie bereits in Erw. 3 hievordargelegt, regeln weder Gesetz (KVG) noch Verordnung (KVV) Zuständigkeit und Verfahren zur Geltendmachung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Wohnkanton des Versicherten aufgrund von Art. 41 Abs. 3 KVG (vgl. *Spira*, *Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit*, in: *Revue jurassienne de jurisprudence*, RJJ 3/1996, S. 191 ff.). Die Verfahrens- und Rechtspflegebestimmungen gemäss Art. 80 ff. KVG beschlagen lediglich Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherern bzw. Versicherern unter sich oder mit Dritten (Art. 80–87 KVG) sowie Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Art. 89 KVG). Die Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens auf kantonaler Ebene im Anwendungsbereich von Art. 41 Abs. 3 KVG ist somit grundsätzlich Sache der Kantone. Dabei handelt es sich um selbständiges kantonales Verfahrensrecht, dessen Verletzung grundsätzlich nicht im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gerügt werden kann (BGE 123 II 361 Erw. 1a/aa, 122 II 243 Erw. 2a, 112 V 110 ff. Erw. 2c<sup>2</sup> mit zahlreichen Hinweisen auf die Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts; *Gygi*, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2. Aufl., S. 93 f.).

Der kantonalen Verfahrensautonomie sind von Bundesrechts wegen insofern Schranken gesetzt, als die Kantone als letzte Instanz eine richterliche Behörde zu bestellen haben (Art. 98a Abs. 1 OG) und Beschwerdelegitimation sowie Beschwerdegründe mindestens im gleichen Umfang wie für die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht zu gewährleisten sind (Art. 98a Abs. 3 in Verbindung mit Art. 128

---

<sup>2</sup> siehe Nr. K 689 (1986) dieser Sammlung

OG). Schliesslich darf das Verfahren nicht in der Weise ausgestaltet werden, dass die Durchsetzung des bundesrechtlichen Differenzzahlungsanspruches übermässig erschwert oder gar vereitelt würde.

Der beschwerdeführende Kanton Schwyz hat in den §§ 4 ff. der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung vom 30. April 1996 Zuständigkeit und Verfahren geregelt. Danach hat, wer Leistungen aus Art. 41 Abs. 3 KVG beansprucht, ein entsprechendes Gesuch um Kostengutsprache beim Amt für Gesundheit und Soziales einzureichen. Dieses erlässt eine Verfügung, womit es über das Begehren entscheidet. Hiegegen kann nach Massgabe der Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege Beschwerde erhoben werden.

6. – In materieller Hinsicht ist als Frage des Bundesrechts frei zu prüfen (Art. 104 lit. a OG), ob die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG den *tatsächlichen* Aufenthalt des Versicherten in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals voraussetzt. Die Vorinstanz hat diese Frage im wesentlichen aufgrund des Wortlautes und der Entstehungsgeschichte dieser Norm, aus gesetzessystematischen Gründen sowie mit Blick auf die Zielsetzung der Kostenbeteiligung des Wohnkantons verneint. Der beschwerdeführende Kanton seinerseits kommt in Anwendung der gleichen Auslegungselemente zum gegenteiligen Schluss. Überdies macht er geltend, der Wortlaut des Art. 41 Abs. 3 KVG sei nicht klar und eindeutig, so dass keine genügende gesetzliche Grundlage «für eine Belastung des Wohnkantons» bestehe.

a) Das Gesetz muss in erster Linie aus sich selbst heraus, d. h. nach Wortlaut, Sinn und Zweck und den ihm zugrunde liegenden Wertungen ausgelegt werden. Eine historisch orientierte Auslegung ist für sich allein nicht entscheidend (BGE 122 III 325 Erw. 7a, 120 II 247 Erw. 3e). Andererseits vermag aber nur sie die Regelungsabsicht des Gesetzgebers aufzuzeigen, welche wiederum zusammen mit den zu ihrer Verfolgung getroffenen Wertentscheidungen verbindliche Richtschnur des Richters bleibt, auch wenn er das Gesetz mittels teleologischer Auslegung oder Rechtsfortbildung veränderten Umständen anpasst oder es ergänzt (BGE 115 II 162 Erw. 3a, 114 Ia 196 Erw. 3b/bb; vgl. auch BGE 121 III 224 Erw. 1d/aa).

Die Gesetzesmaterialien können namentlich dann, wenn eine Bestimmung unklar ist oder verschiedene, einander widersprechende Auslegungen zulässt, ein wertvolles Hilfsmittel sein, um den Sinn der Norm zu erkennen und damit falsche Auslegungen zu vermeiden. Wo die Materialien keine klare Antwort geben, sind sie als Auslegungshilfe nicht dienlich. Insbesondere bei verhältnismässig jungen Gesetzen darf der Wille des histori-

schen Gesetzgebers nicht übergangen werden. Hat dieser Wille jedoch im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden, so ist er für die Auslegung nicht entscheidend. Ist in der Gesetzesberatung insbesondere ein Antrag, das Gesetz sei im Sinne einer nunmehr vertretenen Auslegungsmöglichkeit zu ergänzen, ausdrücklich abgelehnt worden, dann darf diese Auslegungsmöglichkeit später nicht in Betracht gezogen werden (BGE 115 V 349 Erw. 1c mit Hinweisen auf die Rechtsprechung und Lehre; vgl. auch BGE 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, 120 II 247 Erw. 3e, 117 II 526, 116 Ia 368, 116 II 415 Erw. 5b und 527 Erw. 2b).

b) Das Gesetz verwendet den Begriff der allgemeinen Abteilung an verschiedenen Stellen, insbesondere bei der Umschreibung der allgemeinen Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG). Danach umfassen die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, laut Abs. 2 lit. e dieser Bestimmung auch den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals. Art. 34 Abs. 1 KVG sodann bestimmt, dass die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25–33 übernehmen dürfen. Dies spricht dafür, dass der Begriff der allgemeinen Abteilung im Sinne des tatsächlichen Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung zu verstehen ist. Es bestehen indessen gewichtige Gründe, dass der Wortlaut von Art. 25 Abs. 2 lit. e und Art. 34 Abs. 1 KVG im Lichte der Kostenübernahmeregelung gemäss Art. 41 KVG nicht den wahren Sinn ausdrückt.

aa) Vorab fällt auf, dass der Begriff der allgemeinen Abteilung in Art. 41 KVG nicht vorkommt. Anknüpfungspunkt für die Kostenübernahmepflicht bei einer (teil)stationären Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist das Spital. Darunter sind gemäss Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG eine Anstalt oder deren Abteilungen zu verstehen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Erfüllt das Spital oder eine Abteilung davon die weiteren in lit. a–e aufgezählten Kriterien, wird es als Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Mit dieser Regelung hat das Gesetz die altrechtliche Zulassungspraxis bei Heilanstalten übernommen (BB1 1992 I 166 und Amtl. Bull. 1992 S 1307; vgl. Art. 101 Abs. 2 KVG; ferner *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 68 Fn 174) und diese durch die in lit. d und e von Art. 39 Abs. 1 KVG genannten planerischen Elemente («Spitalplanung» und «Spitalliste») ergänzt.

bb) Wie der Begriff des zugelassenen Spitals nach neuem Recht, setzte der altrechtliche Heilanstaltsbegriff nach Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG nicht

die Führung einer allgemeinen Abteilung voraus (BGE 120 V 201 Erw. 5a<sup>3</sup> mit Hinweisen; *Maurer*, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, S. 369). Selbst bei einer medizinisch indizierten Hospitalisation gemäss Art. 19<sup>bis</sup> Abs. 5 KUVG in einer ausserkantonalen Privatklinik, welche über keine allgemeine Abteilung verfügte, bestand grundsätzlich eine Leistungspflicht im Rahmen der Grundversicherung (BGE 98 V 150<sup>4</sup>, 96 V 8<sup>5</sup>; vgl. auch RKUV 1989 Nr. K 799 S. 123, 1985 Nr. K 648 S. 260). Dieser Zulassungspraxis lag die Überlegung zugrunde, dass es stossend wäre, den Pflichtleistungscharakter einer stationären Behandlung einzig deshalb zu verneinen, weil die Heilanstalt keine allgemeine Abteilung in dem Sinne führe, dass mehrere Patienten in einem Zimmer untergebracht sind (BGE 96 V 12 Erw. 3a<sup>5</sup>). Aus dieser Erkenntnis folgte das Eidgenössische Versicherungsgericht, wie auch die Vorinstanz richtig erkannt hat, dass die zahlreichen Hinweise des Gesetzes auf die allgemeine Abteilung (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2, Art. 19<sup>bis</sup> Abs. 2–5 und Art. 22<sup>quater</sup> Abs. 3 KUVG) lediglich dazu dienen, den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen im Falle der stationären Behandlung zu umschreiben (BGE 96 V 12 Erw. 3a<sup>5</sup>; vgl. auch BGE 98 V 153 Erw. 2<sup>4</sup> sowie *Maurer*, a. a. O., S. 327 Fn 737a).

cc) Diese funktionale, nicht die Örtlichkeiten, sondern die Qualität der Behandlung und Pflege als solche betonende Bedeutung des Begriffs der allgemeinen Abteilung als ein wenn auch wichtiger Faktor für die Bemessung der Kostenübernahmepflicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt auch im neuen KVG. Dies bringt vorab Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG zum Ausdruck, wonach die Versicherten unter den zugelassenen Spitälern, *die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind*, frei wählen können. Beansprucht beispielsweise ein Versicherter nicht aus medizinischen Gründen einen «auswärtigen» Leistungserbringer, berührt dies nicht den Anspruch auf Kostenübernahme als solchen, sondern lediglich den Umfang, indem bei der Bemessung der Tarif im Wohnkanton zur Anwendung gelangt (Art. 41 Abs. 1 Satz 3 KVG; BBl 1992 I 169). Dabei gilt der Tarifschutz gemäss Art. 44 und 49 Abs. 4 KVG, womit die Einhaltung der festgelegten Tarife für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sichergestellt werden soll (BBl 1992 I 175 und 186 unten), auch in bezug auf den in der Regel höheren Tarif für ausserkantonale Patienten (BBl 1992 I 169, 175 unten f.; vgl. auch *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 81, wonach der Tarifschutz bei Privatpatienten, die sich in einem Privatspital behandeln lassen, darin besteht, «dass der Versicherer

---

<sup>3</sup> siehe Nr. K 942 (1994) dieser Sammlung

<sup>4</sup> siehe Nr. K 153 (1972) dieser Sammlung

<sup>5</sup> siehe Nr. K 67 (1970) dieser Sammlung

nach KVG jene Kosten übernehmen muss, welche sich ergeben würden, wenn der Versicherte in der allgemeinen Abteilung behandelt worden wäre»). Sodann wird in Art. 49 Abs. 1 KVG betreffend die Spitaltarife klar unterschieden zwischen dem Gegenstand der Vergütung (stationäre Behandlung *einschliesslich Aufenthalt in einem Spital*; Satz 1) und der Bemessung der Vergütung (nach Pauschalen), welche zu Lasten der Krankenversicherung geht (höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten *je Patient oder je Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung*; Satz 2).

dd) Aus den vorstehenden Ausführungen folgt, dass der Gesetzgeber an der altrechtlichen Konzeption, wonach eine Kostenübernahmepflicht bei (teil)stationärer Behandlung in dem durch Art. 41 KVG festgelegten Umfang lediglich die Zulassung des Spitals bzw. der Abteilung, in welcher der Versicherte sich aufhält und behandelt wird, gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG voraussetzt, nichts ändern wollte und auch nichts änderte (vgl. *Duc, L'établissement médico-social et la LAMal*, in: *LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, Lausanne 1997, S. 271 ff., S. 279 ff.). Davon geht auch der beschwerdeführende Kanton aus. Dies bedeutet, dass Hospitalisationskosten grundsätzlich auch dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind, wenn der Versicherte sich in der halbprivaten oder privaten Abteilung aufhält. Dabei wird mit der in Art. 59 Abs. 3 KVV statuierten Verpflichtung der Spitäler, in der Rechnung die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen von anderen Leistungen klar zu unterscheiden, sichergestellt, dass beim Aufenthalt in der (halb)privaten Abteilung lediglich die Kosten entsprechend den Taxen für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals verrechnet werden, wie wenn sich der Versicherte in der allgemeinen Abteilung aufgehalten hätte. Führt das Spital keine allgemeine Abteilung, kommen die von den Tarifparteien vereinbarten und genehmigten oder die von der zuständigen Genehmigungsbehörde festgesetzten Referenztarife für die allgemeine Abteilung zum Zuge (vgl. Art. 46 f. KVG).

c) aa) Art. 41 Abs. 3 KVG unterscheidet sich nun zwar insofern grundlegend von den übrigen in Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung geregelten Tatbeständen (teil)stationärer Behandlung und von dem ähnliche Sachverhalte regelnden Art. 19<sup>bis</sup> Abs. 5 KUVG, als der Wohnkanton des Versicherten bei einer Hospitalisation in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital aus medizinischen Gründen zur Übernahme eines Teils der «in Rechnung gestellten Kosten» verpflichtet wird. Es finden sich indessen vorab in den Gesetzesmaterialien keine Anhaltspunkte, dass diese Differenzzahlungspflicht nicht bestehen soll, wenn sich der Versicherte (aus

medizinischen Gründen) in der (zugelassenen) halbprivaten oder privaten Abteilung des betreffenden Spitals aufhält. Wollte der Gesetzgeber die Kostenübernahmepflicht je nach Spitalklasse (allgemein, halbprivat, privat) für den Versicherer und den Wohnkanton je verschieden geregelt haben, hätte er dies unzweifelhaft um so mehr getan, als es neben der mit Art. 41 Abs. 3 KVG bezweckten Beteiligung des Wohnkantons an der Finanzierung des ausserkantonalen Spitals eines der Ziele der Revision war, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sicherzustellen (Art. 43 Abs. 6 KVG; BBI 1992 I 174) und gleichzeitig einen «breiteren Schutz als im Rahmen der Grundversicherung nach bisherigem Recht» zu gewähren (BBI 1992 I 140 unten; in diesem Sinne *Duc, L'hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour, et LAMal*, in: *LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, Lausanne 1997, S. 329 ff., S. 349 ff.). Eine solche Regelungsabsicht bestand indessen nicht.

In der Botschaft wird an mehreren Stellen klar und ohne jede Einschränkung ausgeführt, dass der Wohnkanton eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif für Kantonseinwohner und demjenigen für ausserkantonale Versicherte zu übernehmen habe, soweit die ausserkantonale Behandlung *aus medizinischen Gründen* notwendig war (BBI 1992 I 169, 176 und 184). In den parlamentarischen Beratungen sodann hat die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons des Versicherten zu keinen weiteren Diskussionen Anlass gegeben, weder in grundsätzlicher Hinsicht noch in bezug auf ihren Umfang (vgl. Amt. Bull. 1992 S 1308 f., 1993 N 1857, 1993 S 1066). Im übrigen spricht auch der Umstand, dass es sich bei der Kostenübernahme des Versicherers und der Differenzzahlung des Wohnkantons gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG um grundsätzlich gleichartige Leistungen handelt (vgl. Erw. 3b/bb hievore), dagegen, in bezug auf die Frage, ob die Ausgleichspflicht des Kantons, nicht aber die Leistungspflicht des Versicherers, den tatsächlichen Aufenthalt des Versicherten in einer allgemeinen Abteilung voraussetzt, danach zu unterscheiden, wer in welchem Umfang für die Kosten der ausserkantonalen Hospitalisation aufzukommen hat.

bb) Ebenfalls bieten der Wortlaut und die Gesetzssystematik keine Stütze für die vom beschwerdeführenden Kanton vertretene Auffassung, dass die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG nur bei einem tatsächlichen Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung Platz greifen kann. Zum einen wird dieser Begriff, wie bereits erwähnt, hier nicht verwendet. Zum anderen kann unter den «in Rechnung gestellten Kosten» klarerweise nur der Tarif für die allgemeine Abteilung des betreffenden Spitals bzw. bei Fehlen einer solchen Abteilung der entsprechende Referenztarif für ausserkantonale Patienten verstanden werden. Diese Ta-

rife werden wie diejenigen für die Kantonseinwohner durch die Tarifparteien (Versicherer und Spital) vereinbart und durch die Regierung des Kantons, in dem das Spital liegt, genehmigt oder bei Fehlen eines Tarifvertrages durch diese festgesetzt (Art. 49 Abs. 1 KVG e contrario und Art. 47 Abs. 2 KVG; BBl 1992 I 176 oben, 180 unten).

Die Tarife für ausserkantonale Patienten sind also ebenfalls generell-abstrakter Natur und haben sich in Berücksichtigung des mit der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG bezweckten Lastenausgleichs nach dem ausdrücklich im Gesetz verankerten Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 43 Abs. 6 KVG; vgl. auch Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG) zu richten (BBl 1992 I 129). Da diese Tarife im Unterschied zum alten Recht (Entscheide des Bundesrates vom 27. April 1994 [VPB 59.20] und 8. November 1995 in Sachen Rehabilitationszentrum Basel für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte gegen Regierungsrat des Kantons Solothurn) dem KVG unterstehen, ist auf sie das Preisüberwachungsgesetz (PüG) anwendbar. Die zuständige Behörde hat somit den Preisüberwacher anzuhören, bevor sie den Tarifentscheid fällt (Art. 14 Abs. 1 PüG). Sie führt seine Stellungnahme im Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, begründet die Behörde dies (Art. 14 Abs. 2 PüG). Damit «sollte es möglich sein, bei Bedarf auf ein massvolles Tarifgebaren der Tarifpartner hinzuwirken» (BBl 1992 I 180), dies nicht zuletzt auch im Interesse der an der Ausgestaltung der Tarifordnung nicht (direkt) Beteiligten, davon aber Betroffenen, wie namentlich die Versicherten (als Prämienzahler) und die anderen Kantone (als potentiell Differenzzahlungspflichtige gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG). Mit dem Einbezug des Preisüberwachers in das Tariffestsetzungsverfahren wird sichergestellt, dass bei der Prüfung des Tarifvertrages auf seine Übereinstimmung mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) auch «allfällige übergeordnete öffentliche Interessen» berücksichtigt werden (Art. 14 Abs. 3 PüG), insbesondere die sozialpolitischen Rahmenbedingungen für die Festsetzung oder Anpassung von Tarifen (vgl. Erw. 6c des zur Publikation in BGE 123 V bestimmten Urteils Ärztesgesellschaft des Kantons B. vom 13. November 1997 [K 148/96]<sup>6</sup> mit Hinweisen auf die Materialien und den in RKUV 1997 S. 122 ff. wiedergegebenen Entscheid des Bundesrates vom 15. Januar 1997 in Sachen Kantonale Ärztesgesellschaft Schaffhausen gegen Regierungsrat des Kantons Schaffhausen; vgl. auch Amtl. Bull. 1992 S 1308, wo der Berichterstatter der ständerätlichen Kommission auf die Notwendigkeit hinweist, «dass die Kantone bei der Festsetzung der Tarife für ausserkantonale Patienten vernünftig sind»).

<sup>6</sup> siehe Nr. KV 19 (1998) dieser Sammlung

cc) Schliesslich lässt sich auch aus dem bei den Akten liegenden Gutachten vom 12. April 1996 nichts zugunsten des beschwerdeführenden Kantons ableiten. Im Gegenteil bestätigen die Aussagen des Gutachters die vorstehenden Ausführungen. Dies betrifft insbesondere die Feststellung, dass das KVG den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (abschliessend) regelt und die Zusatzversicherungen nicht erfasst (Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG; BBl 1992 I 140; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 8). Damit ist zum einen gesagt, dass es sich bei der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG um eine ausschliesslich den obligatorischen Bereich betreffende Frage handelt (vgl. Amtl. Bull. 1993 S 1066 [Votum Huber, Berichterstatter]), die daher für alle Versicherten, mit oder ohne Zusatzversicherung, gleich zu beantworten ist. Zum anderen ist, wie auch im Gutachten eingeräumt wird, insbesondere im Lichte des in Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG verankerten Gleichbehandlungsgebotes kein sachlicher Grund erkennbar, welcher eine Differenzierung danach, ob der Versicherte sich in der allgemeinen oder in der halbprivaten oder privaten Abteilung aufhält, rechtfertigen würde, immer vorausgesetzt, es liegen medizinische Gründe für eine ausserkantonale Hospitalisation vor und die betreffende Abteilung als Leistungserbringerin zugelassen ist. Dass die Finanzlage der Kantone «äusserst» angespannt ist, mag zutreffen, wenn wohl auch nicht auf alle Kantone. Dies kann indessen nicht dazu führen, «die Beschränkung der Differenzbeiträge gemäss Art. 41.3 KVG auf die allgemeine Abteilung [dem lege artis gewonnenen klaren Auslegungsergebnis] vorzuziehen» (Gutachten S. 32). Nicht weiter einzugehen braucht in diesem Zusammenhang auf den Vergleich mit dem in die kantonale Hoheit fallenden obligatorischen Primarschulwesen, da dieser, wie bereits die Vorinstanz festgehalten hat, auf der unrichtigen und das gewünschte Ergebnis vorausnehmenden Prämisse beruht, Art. 41 Abs. 3 KVG verpflichte die Kantone, «für ihre Wohnbevölkerung eine genügende Spitalversorgung im Rahmen der allgemeinen Abteilung bereitzustellen» (Gutachten S. 27). Im übrigen stellt nach zutreffender Auffassung des Gutachters Art. 41 Abs. 3 KVG «fraglos» eine genügende gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar (zum Gebot der Bestimmtheit von Rechtssätzen vgl. BGE 123 I 5 Erw. 4b mit Hinweisen, 109 Ia 282 ff. Erw. 4d).

7. – Art. 41 Abs. 3 KVG soll, wie in Erw. 3b/aa hievor dargelegt, dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen, indem der Wohnkanton durch Übernahme der Differenz zwischen den in der Regel höheren Tarifen für ausserkantonale Patienten und den Tarifen für Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, sich an der

Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals beteiligt. Diesem Zweck widerspricht der vom beschwerdeführenden Kanton verfochtene Standpunkt, dass die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons lediglich bestehe, wenn der Versicherte sich tatsächlich in der allgemeinen Abteilung aufhalte, ebensowenig nicht wie die gegenteilige Auffassung der Vorinstanz, welche im übrigen auch das BSV teilt. Wortlaut, Gesetzssystematik und Materialien lassen indessen keine andere Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG zu als diejenige, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons grundsätzlich auch besteht, wenn der Versicherte in der halbprivaten oder privaten Abteilung untergebracht ist. Mit anderen Worten genügt es, dass das Spital bzw. die betreffende Abteilung als Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zugelassen ist und die Behandlung in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen notwendig war. Dagegen kommt es für die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons wie auch des Versicherers im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht darauf an, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) der Versicherte sich aufhält und ob er eine Spitalzusatzversicherung unterhält. Grundlage für die Bemessung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bilden die Tarife für die allgemeine Abteilung für ausserkantonale Patienten und für die Einwohner des Kantons, in dem das Spital liegt.

8. – Die Vorinstanz hat in Erw. 8 des angefochtenen Entscheides § 1 der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonomer stationärer Spitalbehandlung (vgl. Erw. 1) für bundesrechtswidrig erklärt und dieser Bestimmung im konkreten Fall die Anwendung versagt.

Art. 41 Abs. 3 KVG regelt abschliessend die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bei stationärer oder teilstationärer Behandlung in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital. Kantonales materielles Ausführungsrecht ist dieser Bestimmung untergeordnet und wird im Ergebnis von ihr miterfasst. Den entsprechenden kantonalen Vorschriften kommt keine selbständige, über Art. 41 Abs. 3 KVG hinausgehende Bedeutung zu; ob sie richtig oder zu Recht nicht angewendet wurden, ist daher im Rahmen der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zu prüfen (BGE 112 V 113 Erw. 2d<sup>7</sup>; vgl. BGE 122 II 243, 121 V 286 Erw. 1b, 118 Ib 130, 112 Ib 44 Erw. 1d, 166 oben).

Soweit nach § 1 der genannten Verordnung die Differenzzahlung des Kantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG voraussetzt, dass die «versicherte Person die Leistungen eines (...) Spitals in der allgemeinen Abteilung beansprucht», widerspricht dies, wie gezeigt, Bundesrecht. Da die fragliche

---

<sup>7</sup> siehe Nr. K 689 (1986) dieser Sammlung

ausserkantonale Hospitalisation unbestrittenermassen aus medizinischen Gründen erfolgte, hat die Vorinstanz daher zu Recht dieser Verordnungsbestimmung die Anwendung versagt (Art. 2 ÜbBest. BV) und die masslich ebenfalls nicht bestrittene Kostenübernahmepflicht des beschwerdeführenden Kantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG bejaht. Nicht zu prüfen ist im übrigen die materiell nicht beanstandete Kostenaufgabe zu Lasten des Kantons (vgl. Erw. 5 hievor).

9. – Der Differenzzahlung des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG kommt, wie in Erw. 3b/aa hievor dargelegt, Subventionscharakter zu. Es handelt sich insoweit um zweckgebundene finanzielle Leistungen, welche nicht unter den Begriff der Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG fallen (vgl. BGE 122 V 198 Erw. 4a, 106 V 98 Erw. 3). Das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht ist daher kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Dem unterliegenden Kanton sind indessen praxismässig keine Gerichtskosten aufzuerlegen (Art. 156 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG; nicht publizierte Erw. 8 des Urteils *Fondation T.* vom 19. Juni 1991 [BGE 117 V 136], bestätigt im unveröffentlichten Urteil *Association S.* vom 25. März 1992 [I 75/91]).

10. – Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht nach ständiger Praxis, von welcher abzugehen vorliegend kein Anlass besteht, keine Parteientschädigung zu (BGE 118 V 169 Erw. 7 und 112 V 362).

# **Keine teilweise Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG bei Auf- enthalten in einem ausserkantonalen privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital**

KV 21 Urteil des EVG vom 19. Dezember 1997

in Sachen M. und Klinik X. gegen Kanton Schwyz

**Beschwerdelegitimation einer (privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten) Klinik bzw. ihres Rechtsträgers bejaht im (erstmaligen) Streit zwischen einem Versicherten, welcher aus medizinischen Gründen in diesem Spital stationär behandelt wurde, und dem Wohnkanton, der die teilweise Übernahme der Hospitalisationskosten nach Art. 41 Abs. 3 KVG verweigert mit der Begründung, diese Bestimmung komme lediglich bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zur Anwendung (Erw. 3b/bb).**

**Die vom klaren Wortlaut und der Systematik des Gesetzes ausgehende, am Normzweck, wie er sich aus den Materialien ergibt, orientierte Auslegung des Art. 41 Abs. 3 KVG führt zum eindeutigen Ergebnis, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei teilstationärer oder stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen nur bei Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Begibt sich der Versicherte in ein privates, nicht öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital, entfällt die teilweise Kostenübernahmepflicht des Kantons.**

**Es liegt weder eine im Rahmen freier richterlicher Rechtsfindung zu füllende (echte) Lücke vor, noch bleibt Raum für eine verfassungskonforme Auslegung. Es besteht kein Anlass, eine allfällige Verfassungswidrigkeit des Art. 41 Abs. 3 KVG, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Handels- und Gewerbefreiheit (Art. 31 BV), zu prüfen, da ein richterliches Eingreifen aufgrund der Komplexität der sich stellenden rechtlichen sowie wirtschafts- und sozialpolitischen Fragen ausser Betracht fällt (Erw. 4–6).**

**La qualité pour recourir d'une clinique (privée, non publique ou non subventionnée par les pouvoirs publics), respectivement la personne juridique qui la représente, est accordée dans le litige (sans précédent) opposant un assuré qui a été hospitalisé dans cet établissement pour des raisons médicales et le canton de résidence qui refuse la prise en charge partielle des coûts hospitaliers d'après l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal au motif que cette disposition ne s'applique qu'en relation avec des établissements hospitaliers publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (cons. 3b/bb).**

L'interprétation de l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal résultant de la lettre claire, de la systématique de la loi, du but de la norme, ainsi que des travaux préparatoires conduit à la conclusion sans équivoque que l'obligation de compensation du canton de résidence en cas de traitement semi-hospitalier ou hospitalier des habitants de ce canton dans un hôpital extra-cantonal pour des raisons médicales n'existe qu'en cas de séjour dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics. L'obligation de prise en charge partielle des coûts de la part du canton tombe si l'assuré se rend dans un hôpital privé, non public ou non subventionné par les pouvoirs publics.

Il n'y a ni une lacune (proprement dite) devant être comblée par le juge dans les limites de sa libre appréciation, ni un espace pour une interprétation conforme à la constitution. Il n'existe aucun motif d'examiner une éventuelle inconstitutionnalité de l'art. 41, 3<sup>e</sup> al., LAMal, en particulier sous l'angle de la liberté du commerce et de l'industrie (art. 31 cst.); en effet, en raison de la complexité des questions qui se posent sur le plan juridique, économique et de politique sociale, une intervention du juge n'entre pas en ligne de compte (cons. 4 à 6).

Affermata la legittimazione ricorsuale di una clinica (privata, non pubblica o sussidiata dall'ente pubblico) rispettivamente del proprio rappresentante legale nella (prima) contestazione tra un assicurato ivi curato stazionariamente e il Cantone di domicilio che ha rifiutato la parziale assunzione dei costi ospedalieri in virtù dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal, adducendo che questa disposizione è solo applicabile in relazione ad ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico (cons. 3b/bb).

L'interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal in esito allo scopo risultante dagli strumenti preliminari e scaturita dal chiaro testo letterale nonché dalla sistematica della legge, conduce inequivocabilmente alla conclusione che l'obbligo compensativo del Cantone di domicilio in caso di cura semistazionaria o stazionaria degli abitanti del Cantone in un ospedale extracantonale per motivi d'ordine medico esiste unicamente riguardo ad un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. L'obbligo di remunerazione parziale del Cantone decade se l'assicurato si fa ricoverare in un ospedale privato, non pubblico o sussidiato dall'ente pubblico.

Non è data né una lacuna (propria) che il giudice deve colmare nei limiti del libero apprezzamento né spazio per un'interpretazione dal profilo della conformità costituzionale. Non v'è motivo di esaminare se eventualmente l'articolo 41 capoverso 3 violi la Costituzione, segnatamente nei limiti della libertà di commercio e d'industria (art. 31 Cost); in effetti, considerata la complessità dei quesiti d'ordine giuridico, economico e sociopolitico, un intervento del giudice non entra in linea di conto (cons. 4-6).

## I.

A. – Der in S./SZ wohnhafte M. hielt sich am 5. und 6. Februar 1996 zwecks Abklärung eines Herzleidens in der allgemeinen Abteilung der Klinik X. in Zürich auf. Am 15. Februar 1996 erteilte die Krankenkasse K., bei welcher er obligatorisch krankenpflegeversichert war, der Klinik Kostengutsprache im Umfang der «Kosten der allgemeinen Abteilung für Kantonseinwohner». Gemäss Rechnung vom 23. Februar 1996 beliefen sich die Kosten für Behandlung und Aufenthalt auf insgesamt Fr. 4892.20. Am 3. März 1996 trat M. erneut in die Klinik X. ein, wo er noch am selben Tag am Herz operiert und am 16. März 1996 entlassen wurde.

Mit Schreiben vom 7. Juni 1996 ersuchte die Klinik X. das Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz unter Hinweis auf Art. 41 Abs. 3 KVG um Übernahme der Kosten im Umfang von Fr. 4078.20 (= Fr. 4892.20 – Fr. 814.– [«2 Tage x Fr. 407.–»]). Mit Verfügung vom 17. Juni 1996 lehnte das Amt das Gesuch ab mit der Begründung, weil es sich bei der Klinik X. um ein nicht öffentliches bzw. nicht öffentlich subventioniertes Spital handle, und die Behandlung des Patienten auch in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital möglich gewesen wäre, sei der Wohnkanton nicht verpflichtet, die Tariffdifferenz nach Art. 41 Abs. 3 KVG und § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Kostenübernahme bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung vom 30. April 1996 zu übernehmen.

B. – Hiegegen liessen M. und die Klinik X. gemeinsam Beschwerde beim Regierungsrat des Kantons Schwyz erheben mit den Rechtsbegehren:

«1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben.

2. Dem Beschwerdeführer 1 sei für seine Behandlung bei der Beschwerdeführerin 2 vom 7. bis 16. März 1996 eine Kostengutsprache gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG zu erteilen, bzw. der Kanton Schwyz sei dazu zu verpflichten, den Kostenanteil gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG zu übernehmen.

3. Es sei in vorliegender Beschwerdesache ein Entscheid zu erlassen, den die Beschwerdeführer an das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK weiterziehen können;

unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Staatskasse.»

Die Klinik verlangte überdies den Erlass vorsorglicher Massnahmen. Das Amt für Gesundheit und Soziales beantragte in seiner Vernehmlassung, die Beschwerde des M. sei abzuweisen, auf jene der Klinik X., da nicht Verfügungsadressatin, nicht einzutreten, eventuell diese abzuweisen und das Gesuch um vorsorgliche Massnahmen ebenfalls abzulehnen. Am 6. Au-

gust 1996 überwies der Regierungsrat die Beschwerde im Sinne von § 52 der Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Juni 1974 (VRP; nGS II-225) unmittelbar an das kantonale Verwaltungsgericht zur Beurteilung als Sprungbeschwerde.

Mit Eingabe vom 13. September 1996 reichte der Rechtsvertreter von M. und der Klinik X. eine korrigierte Fassung der Beschwerde ein. Unter anderem änderte er Ziffer 2 der Rechtsbegehren, indem neu und in Übereinstimmung mit der angefochtenen Verfügung die teilweise Kostenübernahme durch den Kanton für die Behandlung vom 5. und 6. Februar 1996 beantragt wurde. Am 25. September 1996 erliess das angerufene Gericht einen Zwischenbescheid, womit es die Beschwerdebefugnis der Klinik X. bejahte und das Begehren um vorsorgliche Massnahmen, soweit darauf einzutreten war, abwies. In den weiteren Rechtsschriften hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest.

Mit Entscheid vom 29. Januar 1997 wies das schwyzerische Verwaltungsgericht die Beschwerde im Sinne der Erwägungen ab (Dispositiv-Ziff. 1) und auferlegte die Kosten des Verfahrens M. ( $\frac{1}{4}$ ) und der Klinik X. ( $\frac{3}{4}$ ) unter gegenseitiger solidarischer Haftung (Dispositiv-Ziff. 2).

C. – M. (Beschwerdeführer 1) und die Klinik X. (Beschwerdeführerin 2) führen gemeinsam Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Rechtsbegehren:

«1. Der angefochtene Entscheid sei aufzuheben.

2. Der Beschwerdegegner sei anzuweisen, den kantonalen Kostenanteil für die Behandlung des Beschwerdeführers 1 bei der Beschwerdeführerin 2 vom 6. und 7. Februar 1996, nämlich den Betrag von CHF 4332.20 zuzüglich Zins von 5% seit 8. Juli 1996, gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG zu bezahlen.

3. Eventuell, nämlich im Falle der Abweisung der Anträge 1 und/oder 2, sei Dispositiv-Ziff. 2 der angefochtenen Verfügung aufzuheben, und es seien den Beschwerdeführern keine Kosten für die vorinstanzlichen und für das vorliegende Verfahren aufzuerlegen;

unter Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdegegners.»

In der Begründung wird zum geltend gemachten Differenzbetrag von Fr. 4332.20 (ohne Verzugszins) ausgeführt, dass die K. von den gesamten Kosten von Fr. 4892.20 nicht wie im Gesuch vom 7. Juni 1996 angenommen den Betrag von Fr. 814.–, sondern lediglich Fr. 560.– entsprechend dem Pauschaltarif «für die Behandlung von Kantonseinwohnern in einem Schwyzer öffentlichen Spital» übernehme.

Der Kanton Schwyz, vertreten durch das Kantonale Amt für Gesundheit und Soziales, und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beantragen je Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

## II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist:

1. – a) Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) enthält in Art. 41 die Grundsätze zur Kostenübernahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Danach gilt für die stationäre oder teilstationäre Behandlung folgende Regelung:

«<sup>1</sup>(...) Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherte die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

<sup>2</sup> Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

a. (...)

b. bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton oder in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e aufgeführten ausserkantonalen Spital.

<sup>3</sup> Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

<sup>4</sup> (...)

b) Unter den Begriff des Spitals fallen gemäss Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG jede Anstalt oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Um (als Leistungserbringer) zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuge-

lassen zu werden, muss das Spital die in lit. a–e aufgezählten Kriterien erfüllen, insbesondere also der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung mit einzu beziehen sind (lit. d), und auf der nach Leistungsaufträgen gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein (lit. e).

Intertemporalrechtlich sind laut Art. 101 Abs. 2 Satz 1 KVG Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, als Leistungserbringer zugelassen, solange der Kanton die Spitalliste noch nicht erstellt hat. Gemäss Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG vom 12. April 1995, erlassen durch den Bundesrat gestützt auf Art. 107 Abs. 2 KVG, sind die Spitalplanung und die Spitallisten bis zum 1. Januar 1998 zu erstellen.

c) Bei den in Art. 41 KVG erwähnten Spitaltarifen handelt es sich um Pauschaltarife im Sinne von Art. 43 Abs. 2 lit. c und Abs. 3 KVG. Diese decken laut Art. 49 Abs. 1 KVG für Kantonseinwohner und -inwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung. Soweit besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden, dürfen hiefür ebenfalls höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigt werden (Art. 49 Abs. 2 KVG).

2. – Mit dem angefochtenen Entscheid vom 29. Januar 1997 hat das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, in Bestätigung der Verfügung des Kantonalen Amtes für Gesundheit und Soziales vom 17. Juni 1996, die teilweise Kostenübernahmepflicht des Kantons für die Behandlung und den Aufenthalt von M. in der allgemeinen Abteilung der ausserkantonalen Klinik X. in Zürich am 5. und 6. Februar 1996 gestützt auf Art. 41 Abs. 3 KVG verneint. Hauptstreitpunkt bildet die von der Vorinstanz bejahte grundsätzliche Frage, ob die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons im Sinne dieser Gesetzesbestimmung entfällt, wenn der Versicherte sich, wie im vorliegenden Fall, in ein privates, nicht öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital begibt.

3. – Bevor auf die materielle Begründung des kantonalen Gerichtsent-scheidendes und die hiegegen vorgetragenen Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde näher einzugehen ist, stellt sich die von Amtes wegen zu prüfende Eintretensfrage (BGE 122 V 195 Erw. 3, 118 V 17 Erw. 1, 115 V 396 Erw. 1).

a) In dem zur Publikation in BGE 123 V bestimmten Urteil vom 16. Dezember 1997 in Sachen Kanton Schwyz gegen H. Versicherungen AG (K 38/97)<sup>1</sup> hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass es sich bei der Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG um eine in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begründete Verpflichtung der Kantone handelt. Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung dieser Bestimmung sind sozialversicherungsrechtlicher Natur im Sinne von Art. 128 OG. Ein Unzulässigkeitsgrund im Sinne von Art. 129 Abs. 1 OG ist nicht gegeben. Hat darüber, wie im vorliegenden Fall, eine letzte kantonale Instanz im Sinne von Art. 98 lit. g OG entschieden, kann die Sache mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen werden. Die Sachzuständigkeit des angerufenen Gerichts ist somit gegeben.

b) Zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht befugt ist gemäss Art. 103 lit. a OG in Verbindung mit Art. 132 OG, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Nach der Rechtsprechung gilt als schutzwürdig jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einer Verfügung betroffene Person an deren Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht somit im praktischen Nutzen, den die Gutheissung der Beschwerde dem Betroffenen verschaffen würde, oder – anders ausgedrückt – im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen die angefochtene Verfügung mit sich bringen würde (BGE 120 V 39 Erw. 2b mit Hinweisen; *Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 151 ff.). Immerhin ist zu verlangen, dass der Beschwerdeführer durch den angefochtenen Entscheid stärker als jedermann betroffen ist und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache steht. Diesem Erfordernis kommt dann eine ganz besondere Bedeutung zu, wenn nicht der Verfügungsadressat im materiellen Sinn, sondern ein Dritter den Entscheid anfiicht (BGE 123 II 378 Erw. 2, 120 Ib 51 Erw. 2a, je mit Hinweisen).

aa) Im Lichte dieser Grundsätze ist die Legitimation des Beschwerdeführers 1 zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde ohne weiteres zu bejahen. Als Schuldner der Vergütung der von der Beschwerdeführerin 2 erbrachten Leistungen (System des Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 KVG) steht ihm in sinnvoller Anwendung von Satz 2 dieser Bestimmung ein gesetzlicher

---

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

Rückerstattungsanspruch gegen seinen Wohnkanton und Beschwerdegegner zu (Erw. 4 des erwähnten Urteils vom 16. Dezember 1997 [K 38/97]<sup>2</sup>).

bb) Ebenfalls zu bejahen ist die Beschwerdelegitimation der Klinik bzw. ihres Rechtsträgers. Es erscheint zwar fraglich, ob die Beschwerdeführerin 2, wie sie geltend macht, dadurch unmittelbar berührt und eine spezifische Beziehungsnähe zur Streitsache hat, dass der Wohnkanton aufgrund des Rückerstattungsanspruches des Versicherten als Vergütungsschuldner «dem leistungserbringenden Spital mit der garantierten Kostenübernahme durch Dritte indirekt Sicherheit» bietet. Zum einen ist sie, obschon formell Adressatin der Verfügung, lediglich als Dritte im Sinne der Rechtsprechung zu betrachten, so dass an das Rechtsschutzinteresse erhöhte Anforderungen zu stellen sind. Zum andern besteht die Schuldpflicht des Versicherten gegenüber dem Spital im System des Tiers garant unbeding und ohne irgendeine Einschränkung. In diesem Zusammenhang gilt auch zu beachten, dass der Antrag der vorberatenden Kommission des Nationalrates, wonach in Abweichung vom Entwurf des Bundesrates (BB1 1992 I 170 und 268) für die stationär erbrachten Spitalleistungen ausschliesslich das System des Tiers payant (Art. 41 Abs. 2 KVG) gelten soll, abgelehnt wurde (Amtl. Bull. 1993 N 1729 und 1857 f.; vgl. auch RKUV 1989 Nr. K 803 S. 151 Erw. II/2a, wonach unter altem Recht dem Spital im Leistungsstreit zwischen Versicherer und Versichertem keine Parteistellung zukam).

In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird nun aber mit Recht geltend gemacht, dass die Verneinung der Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 KVG bei (teil)stationären Behandlungen in (nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten) Privatspitalern zur Folge haben wird, dass die weitere Aufnahme und Behandlung von ausserkantonalen Patienten «gefährdet» ist, und zwar unabhängig davon, ob es sich um bloss obligatorisch krankpflegeversicherte Personen handelt oder um solche mit einer Zusatzversicherung. In der Tat ist davon auszugehen, dass die Bestätigung des angefochtenen Gerichtsentseides faktisch, wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen, die gleichen Wirkungen haben wird oder schon zeitigt hat wie die Nichtaufnahme in die Spitalliste eines Kantons und damit die Nichtzulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankpflegeversicherung (vgl. Art. 35 und 39 Abs. 1 lit. e KVG) für einen grossen Versichertenkreis. Ist aber ein Spital befugt, gegen eine Spitalliste, auf welcher es nicht figuriert, Verwaltungsbeschwerde beim Bundesrat einzulegen (vgl. RKUV 1996 S. 227 Erw. II/2), muss es sich auch zur Wehr setzen können, wenn die zuständige ausserkantonale Behörde erstmals in

---

<sup>2</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

einem konkreten Anwendungsfall die Kostenübernahme des Wohnkantons des Versicherten im Rahmen von Art. 41 Abs. 3 KVG verweigert mit der Begründung, diese Bestimmung komme bei stationären Behandlungen in nicht öffentlich subventionierten Privatspitälern nicht zum Zuge. Diese besonderen Umstände rechtfertigen es, auch der Beschwerdeführerin 2 das Beschwerderecht zuzusprechen.

c) Da die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten.

4. – Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich des Zwecks, des Sinnes und der dem Text zugrunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d. h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, unter anderem dann nämlich, wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit andern Vorschriften ergeben (BGE 123 III 91 Erw. 3a, 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, 122 V 364 Erw. 4a, 121 III 224 Erw. 1d/aa, 412 Erw. 4b, 465 Erw. 4a/bb, 121 V 24 Erw. 4a, 60 Erw. 3b, 126 Erw. 2c, 120 V 102 Erw. 4b, 338 Erw. 5a, 525 Erw. 3a, je mit Hinweisen; *Imboden/Rhinow/Krähenmann*, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Nr. 21 B IV).

Die Gesetzesmaterialien im besonderen können namentlich dann, wenn eine Bestimmung unklar ist oder verschiedene, einander widersprechende Auslegungen zulässt, ein wertvolles Hilfsmittel sein, um den Sinn der Norm zu erkennen und damit falsche Auslegungen zu vermeiden. Wo die Materialien keine klare Antwort geben, sind sie als Auslegungshilfe nicht dienlich. Insbesondere bei verhältnismässig jungen Gesetzen darf der Wille des historischen Gesetzgebers nicht übergangen werden. Hat dieser Wille jedoch im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden, so ist er für die Auslegung nicht entscheidend. Ist in der Gesetzesberatung insbesondere ein Antrag, das Gesetz sei im Sinne einer nunmehr vertretenen Auslegungsmöglichkeit zu ergänzen, ausdrücklich abgelehnt worden, dann darf diese Auslegungsmöglichkeit später nicht in Betracht gezogen werden (BGE 115 V 349 Erw. 1c mit Hinweisen auf die Rechtsprechung und Lehre; vgl. auch BGE 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, 120 II 247 Erw. 3e, 117 II 526, 116 Ia 368, 116 II 415 Erw. 5b und 527 Erw. 2b).

a) Im vorliegenden Fall besteht nach dem klaren Wortlaut des Art. 41 Abs. 3 KVG, welcher intertemporalrechtlich sofort anwendbar ist (Art. 101 Abs. 2 KVG; vgl. Amtl. Bull. 1992 S 1308), die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bei einer ausserkantonalen Hospitalisation aus medizinischen Gründen nur, wenn die Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital durchgeführt wird. In dieser Bestimmung nicht erwähnt werden die nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler mit privater Trägerschaft im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, wozu auch die Beschwerdeführerin 2 gehört.

b) Die Differenzierung nach den Spitalkategorien «öffentlich oder öffentlich subventioniert» und «privat und nicht öffentlich oder öffentlich subventioniert» in Art. 41 Abs. 3 KVG war vom Gesetzgeber, wie die Vorinstanz richtig erkannt hat, bewusst gewollt. Dieser Schluss ergibt sich aus dem Gesetz selber, insbesondere aus dem in Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG verankerten Grundsatz, wonach die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen können, sowie aus der Kostenübernahmepflicht der Versicherer in dem in Abs. 1 bis 3 von Art. 41 KVG festgelegten Umfang, welche im Unterschied zur Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons in keinem Fall teilstationärer oder stationärer Behandlung die Wahl einer bestimmten Spitalkategorie voraussetzt. Vielmehr genügt, dass das betreffende Spital oder eine Abteilung davon zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist (Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 lit. h sowie Art. 39 Abs. 1 KVG). Die wörtliche Anknüpfung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bei einer ausserkantonalen Hospitalisation aus medizinischen Gründen nach Art. 41 Abs. 3 KVG an die Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals stimmt sodann mit dem Normzweck, wie er sich aus den Materialien ergibt, überein. Diese Verpflichtung soll dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen, indem der Wohnkanton durch Übernahme der Differenz zwischen den in der Regel höheren Tarifen für ausserkantonale Patienten und den Tarifen für Einwohner des Kantons, in welchem das Spital liegt, sich an der Finanzierung des betreffenden ausserkantonalen Spitals beteiligt (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 169). Es soll ein finanzieller Ausgleich stattfinden zwischen (kleineren) Kantonen, welche aus gesundheitspolitischen Gründen bestimmte stationäre Behandlungen nicht anbieten, und Kantonen mit ausgebauter, durch die Steuern seiner Einwohner mitfinanzierter Spitalversorgung (BBl 1992 I 127; Amtl. Bull. 1992 S 1308 und 1314; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 72).

c) Dass im weitern die Tarife für die allgemeine Abteilung öffentlicher oder öffentlich subventionierter Spitäler für ausserkantonale Patienten höher sein können und dürfen als für Kantonseinwohner und so überhaupt erst eine «Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons» bzw. eine teilweise Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons besteht, ergibt sich im übrigen auch aus Art. 49 Abs. 1 KVG. Die in Abs. 1 Satz 2 dieser Bestimmung festgelegte Quote von «höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung» für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital und die entsprechenden Mindestbeiträge der öffentlichen Hand nach kantonalem Recht gilt ebenfalls ausdrücklich bloss für die Spitalkategorien «öffentlich» oder «öffentlich subventioniert», nicht aber für private, nicht öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler (vgl. Erw. 11.1 des in RKUV 1997 S. 257 ff. auszugsweise wiedergegebenen Entscheides des Bundesrates vom 25. Juni 1997 in Sachen Spital- und Pflegezentrum Y. AG gegen Regierungsrat des Kantons Z.; ferner *Maurer*, a. a. O., S. 88). Bei diesen dürfen umgekehrt und folgerichtig höhere Deckungsquoten vereinbart werden. «Dies erscheint insofern angemessen, als diese Spitäler nicht aus Steuergeldern mitfinanziert werden.» (BBl 1992 I 185; *Duc*, L'hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour, et LAMal, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 329 ff., S. 374 ff. [vgl. SZS 40/1996 S. 257 ff., S. 296 oben]; vgl. auch Amtl. Bull. 1992 S 1315 f., wo aus verfassungsrechtlicher Sicht Bedenken gegen die Ausklammerung der «Privatspitäler» in Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG angemeldet wurden).

d) Schliesslich ist das Art. 41 Abs. 3 und Art. 49 Abs. 1 sowie Art. 39 Abs. 1 KVG zugrunde gelegte Konzept in dem Sinne in sich konsistent und widerspruchsfrei, dass in den (zugelassenen) nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Privatspitälern die Tarife für ausserkantonale Patienten und für Patienten aus dem Standortkanton in der Regel gleich hoch sind, die «in Rechnung gestellten Kosten» also den «Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons» entsprechen, sich somit die Frage der Differenzzahlung des Wohnkantons gar nicht erst stellen kann.

5. – Die vom klaren Wortlaut und der Systematik des Gesetzes ausgehende, am Normzweck, wie er sich aus den Materialien ergibt, orientierte Auslegung des Art. 41 Abs. 3 KVG führt zum eindeutigen Ergebnis, dass die Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei teilstationärer oder stationärer

Behandlung von Kantonseinwohnern in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen nur bei Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Begibt sich der Versicherte in ein privates, nicht öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital, entfällt die teilweise Kostenübernahmepflicht des Kantons.

6. – a) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird die Richtigkeit dieser Interpretation bestritten. Der Gesetzgeber habe zwar die Privatspitäler bewusst nicht in Art. 41 Abs. 3 KVG «integriert», dabei aber bloss Finanzausgleichs- und Spitalplanungsüberlegungen angestellt. Mit den sonst relevanten Zusammenhängen, welche bei der Nichterwähnung von Privatspitälern zu beachten wären, habe er sich nicht befasst. Diese «gesetzgeberische Fehlleistung» habe zunächst eine Mehrbelastung der Versicherer zur Folge, indem «nun» die Gesamtheit der Prämienzahler und nicht die Steuerzahler des Wohnkantons die Kosten der medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisation der kantonseigenen Einwohner zu bezahlen hätten. Dies verletze das Solidaritätsprinzip. Überdies würde dadurch unweigerlich ein entsprechender Prämiendruck entstehen, der die Versicherer veranlassen werde, mit den ihnen vom Gesetz selber zur Verfügung gestellten Instrumenten die versicherten Patienten in öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler zu lenken. Dies wiederum führe zu vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten Wettbewerbsverzerrungen und zu einer Fehlallokation von Spitalressourcen. Die Störung des Wettbewerbs falle insbesondere auf dem Marktsegment der zusatzversicherten Patienten «krass» ins Gewicht. Schliesslich würden auch kaum zu rechtfertigende, jedenfalls aber ungewollte Anreize auf seiten der Wohnkantone geschaffen, indem diese sinngemäss versucht sein könnten, durch eine entsprechende Ausgestaltung des Bewilligungsverfahrens darauf hinzuwirken, «dass zur Entlastung ihres Finanzhaushalts der individuelle Leistungseinkauf (ausserhalb des Kantons aus medizinischen Gründen) bei Privatspitälern und damit voll zu Lasten der KV erfolgt». Allein eine Gleichbehandlung aller Spitalkategorien stehe daher im Einklang mit allen relevanten übergeordneten Grundsätzen und Zielsetzungen des KVG. Dies führe zu der insbesondere bezüglich der Handels- und Gewerbefreiheit allein verfassungskonformen und mit dem Bundesgesetz über den Binnenmarkt (BGBM) vereinbaren Auslegung von Art. 41 Abs. 3 KVG, welche Privatspitäler gleichberechtigt mit berücksichtigt. Sollte im übrigen das angerufene Gericht sich dieser Auslegung nicht anschliessen können, so wäre die Beschwerde auf dem Wege der Lückenfüllung gutzuheissen.

b) aa) Der Auffassung der Beschwerdeführer kann nicht beigespflichtet werden. Beim Entscheid, dass die Deckungsquote von «höchstens 50 Pro-

zent der anrechenbaren Kosten» für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital nach Art. 49 Abs. 1 KVG lediglich bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern, nicht aber bei den privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern gelten soll, war sich der Gesetzgeber bewusst, dass dies (nur) zu Lasten der sozialen Krankenversicherung gehen kann und sich allenfalls in erhöhten Prämien niederschlagen wird (vgl. die Hinweise in Erw. 4c hievore, insbesondere Amtl. Bull. 1992 S 1316 und *Maurer*, a. a. O., S. 88 unten). In dieser Regelung allein kann sodann in dem Sinne kein Widerspruch zu den obersten Zielsetzungen des neuen Krankenversicherungsrechts, insbesondere dem Gebot der Kosteneindämmung (BB1 1992 I 126 f.; Amtl. Bull. 1992 S 1272, 1993 N 1726; vgl. auch RKUV Nr. K 952 S. 300 Erw. 3b) erblickt werden, als eines der Hauptziele der Revision auch die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung war (Art. 43 Abs. 6 KVG; BB1 1992 I 174 und 183). Auf dieser Linie liegt unzweifelhaft Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, wonach private Trägerschaften von den Kantonen in die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung angemessen einzubeziehen sind (vgl. *Duc*, Statut des assurés dans des établissements médico-sociaux selon la LAMal, in: SZS 40/1996, S. 257 ff., S. 292 ff.). Fraglich erscheint schliesslich, inwiefern die von der Beschwerdeführerin 2 angerufene Handels- und Gewerbefreiheit (Art. 31 BV) im Rahmen des KVG spielt (vgl. Erw. II/4.2 und 11.3 des in RKUV 1997 S. 257 ff. auszugsweise publizierten Entscheides des Bundesrates vom 25. Juni 1997 in Sachen Spital- und Pflegezentrum Y. AG gegen Regierungsrat des Kantons Z.; vgl. auch BGE 122 V 95 Erw. 5b/bb/aaa<sup>3</sup>). Diese Frage kann indessen offenbleiben.

bb) Ist der Gesetzeswortlaut klar und stimmt der Wortsinn mit dem Rechtssinn der Norm, wie er sich eindeutig aus der in den Materialien dokumentierten Regelungsabsicht des Gesetzgebers ableiten lässt (BGE 121 III 225 f. Erw. 4d/aa), überein, liegt weder eine im Rahmen freier richterlicher Rechtsfindung zu füllende (echte) Lücke vor (Art. 1 Abs. 2 ZGB; BGE 119 V 255 Erw. 3b mit Hinweisen), noch bleibt Raum für eine verfassungskonforme Auslegung (BGE 122 V 93 Erw. 5a/aa<sup>3</sup>, 119 V 130 Erw. 5b, 111 V 364 Erw. 3b<sup>4</sup>, je mit Hinweisen). Dies schliesst zwar eine Prüfung der in Frage stehenden Gesetzesvorschrift, im vorliegenden Fall Art. 41 Abs. 3 KVG, auf ihre Übereinstimmung mit der Verfassung grundsätzlich nicht aus. Art. 113 Abs. 3 BV und Art. 114<sup>bis</sup> Abs. 3 BV, wonach es den rechtsanwendenden Behörden untersagt ist, Bundesgesetze auf ihre Verfassungsmässigkeit zu überprüfen, statuieren lediglich ein Anwendungsgebot, nicht ein Prüfungs-

<sup>3</sup> siehe Nr. K 980 (1996) dieser Sammlung

<sup>4</sup> siehe Nr. K 652 (1985) dieser Sammlung

verbot (BGE 123 II 11 Erw. 2, 122 V 93 Erw. 5a/aa<sup>5</sup> mit Hinweisen). Vorliegend besteht indessen kein Anlass, eine allfällige Verfassungswidrigkeit von Art. 41 Abs. 3 KVG zu prüfen.

cc) Es kann hier nicht bloss darum gehen, die privaten, nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler in den Art. 41 Abs. 3 KVG, unter welchem Rechtstitel auch immer, einzubeziehen. Dem steht schon der Wortlaut dieser Norm und die Gesetzessystematik entgegen, indem sich bei Privatspitalern mit in der Regel nicht nach Kantonszugehörigkeit abgestuften Tarifen für die Bemessung der Vergütung für die erbrachten Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mangels eines Tarifunterschiedes die Frage der Differenzzahlung des Wohnkantons überhaupt nicht stellt (vgl. Erw. 4d hievor). Es kommt dazu, dass die beanstandete Unterscheidung in Art. 41 Abs. 3 KVG danach, ob das ausserkantonale Spital öffentlich ist oder öffentlich subventioniert wird, ebenfalls bei der Tarifierung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG spielt, eine Änderung somit weitere Fragen aufwirft, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Zulassung von Spitalern mit privater Trägerschaft (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG). Es geht letztlich, wie gerade die einer gewissen Überzeugungskraft nicht entbehrenden Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zeigen, um nicht mehr und nicht weniger als die «Definition» des Status der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler einerseits und der «Privatspitäler» andererseits im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ihr Verhältnis untereinander und in Berücksichtigung der Zusatzversicherungen (vgl. in diesem Zusammenhang die im Auftrag des Konkordates erstellte Studie «Spitalleistungen ausserhalb des Wohnsitzkantons. Eine Evaluation des Artikels 41.3 KVG aus ökonomischer Sicht» des Institutes für empirische Wirtschaftsforschung der Universität Zürich [Verfasser: *Crivelli/Hauser/Zweifel*], S. 41–54). Es handelt sich hierbei um eine vorab rechtspolitische und, wie bereits die parlamentarischen Beratungen deutlich machten (vgl. Amtl. Bull. 1993 S 1314 ff.) und die parlamentarische Initiative Hochreutener vom 13. Dezember 1996 (96.463) betreffend die Revision von Art. 41 Abs. 3 Satz 1 KVG, welcher der Nationalrat am 25. September 1997 mit 71 zu 53 Stimmen Folge gab, bestätigt, um eine in gleicher Weise rechtlich wie wirtschafts- und sozialpolitisch kontroverse Frage, deren Lösung nicht Aufgabe des Richters sein kann und darf (vgl. BGE 117 V 322 ff. Erw. 3–6 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

c) Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid, welcher ebenfalls zum Ergebnis gelangt ist, dass die Ausgleichspflicht des Wohn-

---

<sup>5</sup> siehe Nr. K 980 (1996) dieser Sammlung

kantons bei teilstationärer oder stationärer Behandlung von Kantonseinwohnern in einem ausserkantonalen Spital aus medizinischen Gründen nur bei Inanspruchnahme eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht, als rechtens. Dass die Vorinstanz die Frage offengelassen hat, wer im Falle der Verneinung der Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons bei Inanspruchnahme eines nicht öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals «den durch Art. 41 Abs. 3 KVG vorgesehen Anteil des Wohnkantons» zu übernehmen hat, ist ebenfalls von Bundesrechts wegen nicht zu beanstanden. Es fehlt diesbezüglich, auch in diesem Verfahren, am Anfechtungsgegenstand und damit an einer Sachurteilsvoraussetzung, weshalb auf das entsprechende Begehren in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht eingetreten werden kann (BGE 119 Ib 36 Erw. 1b, 118 V 313 Erw. 3b, je mit Hinweisen). Daran ändert die Bedeutung dieser Frage für die Beschwerdeführer nichts.

7. – In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird im Eventualstandpunkt die Aufhebung von Dispositiv-Ziffer 2 des angefochtenen Entscheides, womit den Beschwerdeführern (im Verhältnis 1:3) gestützt auf § 72 VRP/SZ die Verfahrenskosten auferlegt worden sind, beantragt im wesentlichen mit der Begründung, gemäss Art. 87 lit. a KVG und Art. 134 OG gelte der Grundsatz der Kostenfreiheit. Dem kann nicht beigespflichtet werden.

Die Argumentation der Beschwerdeführer geht von der unrichtigen Annahme aus, bei der teilweisen Kostenübernahme des Wohnkantons bei ausserkantonalen Hospitalisationen von Einwohnern des Kantons aus medizinischen Gründen nach Art. 41 Abs. 3 KVG handle es sich um Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG (vgl. BGE 122 V 136 Erw. 1, 120 V 448 Erw. 2a/bb). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat indessen im schon erwähnten Urteil vom 16. Dezember 1997 in Sachen Kanton Schwyz gegen Krankenkasse H. (K 38/97)<sup>6</sup> festgestellt, dass die Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons wie die Beiträge der öffentlichen Hand nach kantonalem Recht im Spitalbereich, welche bei der Bemessung der Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG zu berücksichtigen sind, Subventionscharakter aufweist. Es handelt sich insoweit um zweckgebundene finanzielle Leistungen, welche nicht unter den Begriff der Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG fallen (vgl. BGE 122 V 198 Erw. 4a, 106 V 98 Erw. 3).

Im nämlichen Entscheid hat das Eidgenössische Versicherungsgericht sodann festgehalten, dass weder Gesetz (KVG) noch Verordnung (KVV)

---

<sup>6</sup> siehe Nr. KV 20 (1998) dieser Sammlung

Zuständigkeit und Verfahren zur Geltendmachung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Wohnkanton des Versicherten aufgrund von Art. 41 Abs. 3 KVG regeln (vgl. *Spira*, *Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit*, in: *Revue jurassienne de jurisprudence*, RJJ 3/1996, S. 191 ff.). Die Verfahrens- und Rechtspflegebestimmungen gemäss Art. 80 ff. KVG beschlagen lediglich Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherern bzw. Versicherern unter sich oder mit Dritten (Art. 80–87 KVG) sowie Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Art. 89 KVG). Die Regelung der Zuständigkeit und des Verfahrens auf kantonaler Ebene im Anwendungsbereich von Art. 41 Abs. 3 KVG ist somit grundsätzlich Sache der Kantone. Dabei handelt es sich um selbständiges kantonales Verfahrensrecht, dessen Verletzung grundsätzlich nicht im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gerügt werden kann (BGE 123 II 361 Erw. 1a/aa, 122 II 243 Erw. 2a, 112 V110 ff. Erw. 2c<sup>7</sup> mit zahlreichen Hinweisen auf die Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts; *Gygi*, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2. Aufl., S. 93 f.). Selbst wenn im vorliegenden Fall auf die Rüge, die vorinstanzliche Kostenaufgabe verletze Bundesrecht, eingetreten werden wollte, könnte ihr im Rahmen der Willkürprüfung (BGE 114 V 205 Erw. 1a, 111 V 54 Erw. 4c, 110 V 136 Erw. 6) kein Erfolg beschieden sein.

8. – Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Dem Prozessausgang entsprechend sind die Gerichtskosten zu einem Viertel dem Beschwerdeführer 1 und zu drei Vierteln der Beschwerdeführerin 2 aufzulegen (Art. 156 in Verbindung mit Art. 135 OG).

9. – Das Begehren des Beschwerdegegners um Zusprechung einer Parteientschädigung ist abzuweisen (Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG).

---

<sup>7</sup> siehe Nr. K 689 (1986) dieser Sammlung

# **Rechtsweg bei Streitigkeiten über Besitzstandswahrung infolge Art. 102 Abs. 2 KVG**

KV 22 Urteil des EVG vom 29. Dezember 1997  
in Sachen D. gegen Krankenkasse K.

**Streitigkeiten betreffend die Besitzstandswahrung (Pflicht der Krankenversicherer zur Gewährleistung des Versicherungsschutzes im bisherigen Umfang; Artikel 102 Absatz 2 KVG) sind auf dem Zivilrechtsweg (Artikel 47 VAG) und nicht im verwaltungsrechtlichen Anfechtungsverfahren zu entscheiden.**

**Les contestations relatives à la garantie des droits acquis (obligation des assureurs-maladie de garantir une couverture d'assurance de même étendue que précédemment; article 102, 2<sup>e</sup> alinéa, LAMal) doivent être tranchées selon la voie de la procédure civile (art. 47 LSA) et non selon la procédure de recours du droit administratif.**

**Le controversie in materia di salvaguardia dei diritti acquisiti (obbligo dell'assicuratore di garantire la precedente copertura assicurativa; art. 102 cpv. 2 LAMal) vanno decise secondo la procedura civile (art. 47 LSA) e non secondo la procedura per il ricorso di diritto amministrativo.**

I.

A. – D., wohnhaft in X., ist Mitglied der Krankenkasse K. (Kasse). Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) teilte die Kasse die Versicherte per 1. Januar 1996 u. a. von der auf 31. Dezember 1995 aufgehobenen Privatpatienten-Versicherung PPV, welche Versicherten in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen bei Entfallen des Tarifschutzes gemäss den kantonalen Ansätzen sowie bei Rechnungen von Nichtkassenärzten die Kosten der ärztlichen Behandlung nach den von der Kasse anerkannten Privattarifen abdeckte, um in die Zusatzversicherung Diversa plus, mit der 75% der Kosten von Ärzten, die ihre Leistungen nicht gemäss KVG erbringen (sog. Ausstandsärzte), jährlich höchstens 2000 Franken, gedeckt werden. Eine Versicherung der Kostendifferenz zum Privattarif für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen bot die Kasse ab 1. Januar 1996 nicht mehr an, da mit dem Inkrafttreten des KVG die Möglichkeit der höheren Rechnungstellung entfallte.

D. war mit dieser Umteilung nicht einverstanden, da sie den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes als nicht mehr gewährleistet erachtete, worauf die Kasse am 19. Februar 1996 eine entsprechende Verfügung und

am 27. März 1996 einen die Verfügung bestätigenden Einspracheentscheid erliess. Die Rechtsmittelbelehrung enthielt den Hinweis auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das kantonale Versicherungsgericht des schweizerischen Wohnsitzes der Versicherten oder an das Versicherungsgericht des Kantons Luzern.

B. – Mit Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Luzern beantragte die Versicherte, es sei die Kasse in Aufhebung des Einspracheentscheides sowie der Verfügung zu verpflichten, ihr einen Versicherungsvertrag anzubieten, welcher mindestens den bis 31. Dezember 1995 bestehenden Umfang des Versicherungsschutzes gewähre. Da es sich um eine Streitigkeit über eine dem Privatrecht unterstellte Zusatzversicherung zur Krankenversicherung handle, äusserte die Versicherte Bedenken hinsichtlich des von der Kasse eingeschlagenen bzw. in der Rechtsmittelbelehrung vorgezeichneten Rechtsweges. Mit Entscheid vom 11. Juli 1997 trat das kantonale Versicherungsgericht auf die Beschwerde ein, da die Kasse ihre Versicherung Diversa plus, in die die Versicherte per 1. Januar 1996 umgeteilt worden war und deren Bestimmungen Ausgangspunkt für die Streitsache bildeten, bis zum 31. Dezember 1996 nach dem bisherigen Recht weitergeführt hatte, so dass sich der verwaltungsrechtliche Rechtsmittelweg als zutreffend erweise. Das Gericht wies die Beschwerde ab mit der Begründung, die von der Versicherten gewünschten (Mehr-)Leistungen könnten lediglich von einem Privatversicherer (zusatz)versichert werden. Lasse sich eine Person von einem Leistungserbringer behandeln, der sich dem Tarifschutz nicht unterziehen wolle, so verzichte sie auf die vom KVG festgelegte obligatorische Grunddeckung und dürfe dafür finanziell nicht durch eine Zusatzversicherung des Krankenversicherers abgesichert werden.

C. – Gegen diesen Entscheid erhebt die Versicherte Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Erneuerung des vorinstanzlich gestellten Antrags; eventualiter sei festzustellen, dass die Kasse auch über den 31. Dezember 1995 hinaus und jedenfalls bis 31. Dezember 1996 den bisherigen Versicherungsschutz zu gewähren habe. Zur Begründung wird angeführt, dass der Versicherungsschutz durch die Umteilung von der Privatpatienten-Versicherung PPV in die Abteilung Diversa plus eingeschränkt worden sei und dass die Versicherte Anspruch auf Besitzstandswahrung durch Zusatzversicherungen habe; bis 31. Dezember 1996, auf welchen Zeitpunkt hin die Kasse ihre Zusatzversicherungen als privatrechtliche Versicherungen ausgestaltet habe, sei der frühere Versicherungsschutz schon deshalb zu gewährleisten, weil die Privatpatienten-Versicherung PPV per 31. Dezember 1995 nicht auf dem rechtlich vorgeschriebenen Weg aufgehoben worden sei, wonach sich die Rechte und Pflichten der Versicherten bis zur Anpassung an das neue

Recht nach dem bisherigen Recht richten. Der vorliegend streitige Übergang von einer Versicherungsart gemäss KUVG zu einer andern gemäss bisherigem Recht sei auf dem Rechtsweg gemäss KVG zu beurteilen. Die Kasse schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

D. – Die Versicherte reichte am 21. Januar 1997 bei dem für Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gemäss kantonalem Recht an sich zuständigen Sozialversicherungsgericht des Kantons X. eine Klage gegen die Kasse über das bereits vor Verwaltungsgericht des Kantons Luzern erhobene Rechtsbegehren ein. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht erläutert die Versicherte hiezu, dass sich diese Klage auf den Übergang von den Zusatzversicherungen gemäss KUVG zu denjenigen gemäss VVG, den die Kasse per 1. Januar 1997 vollzogen habe, beziehe. Mit Beschluss vom 13. Mai 1997 trat das Sozialversicherungsgericht des Kantons X. auf die Klage nicht ein, da die Streitigkeit eine derart nahe Beziehung zum Recht der sozialen Krankenversicherung aufweise, dass sie gemäss den Verfahrensvorschriften des KVG zu beurteilen sei; von einer Rückweisung an die Kasse zum Erlass einer Verfügung und eines allfälligen Einspracheentscheides wurde Abstand genommen, nachdem die Kasse vorgängig im damals beim Verwaltungsgericht des Kantons Luzern hängigen Verfahren verfügt hatte. Gegen diesen Nichteintretensentscheid erhob die Versicherte zivilrechtliche Berufung beim Schweizerischen Bundesgericht. Ein zwischen diesem und dem Eidgenössischen Versicherungsgericht durchgeführter Meinungs-austausch zeitigte hinsichtlich der Frage des Rechtsweges die übereinstimmende Auffassung, dass die beim Eidgenössischen Versicherungsgericht anhängig gemachte Streitsache nicht auf dem Sozialversicherungs-, sondern dem Zivilrechtsweg zu entscheiden sei.

## II.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen in dem Sinne gutgeheissen, dass der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Luzern und der Einspracheentscheid der Kasse aufgehoben werden:

1. – Nach ständiger Rechtsprechung prüft das Eidgenössische Versicherungsgericht von Amtes wegen die formellen Gültigkeitserfordernisse des Verfahrens, insbesondere auch die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht auf die Beschwerde oder Klage eingetreten ist. Hat die Vorinstanz übersehen, dass es an einer Prozessvoraussetzung fehlte, und hat sie materiell entschieden, ist dies im Rechtsmittelverfahren von Amtes wegen zu berücksichtigen mit

der Folge, dass der angefochtene Entscheid aufzuheben ist (BGE 122 V 322 Erw. 1, 373 Erw. 1, 120 V 29, 119 V 312 Erw. 1b<sup>1</sup>, 324 Erw. 3<sup>2</sup>, je mit Hinweisen).

2. – Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe durch die im Zusammenhang mit der Inkraftsetzung des KVG auf 1. Januar 1996 erfolgte Umteilung von der Privatpatienten-Versicherung PPV in die Versicherungsabteilung Diversa plus eine Einschränkung der Versicherungsdeckung erfahren. Insbesondere habe der Versicherer im Rahmen der Versicherungsabteilung Diversa plus nur noch 75% der Rechnungen von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, jährlich höchstens 2000 Franken, zu übernehmen, während die bis 31. Dezember 1995 bestehende Grundversicherung gemäss KUVG in Verbindung mit der Privatpatienten-Versicherung PPV die vollen Kosten gedeckt habe. Diese Einschränkung sei in Missachtung der Besitzstandswahrung gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG erfolgt. Streitig ist somit, ob die Versicherte die Weitergeltung des bis 31. Dezember 1995 bestehenden Versicherungsschutzes auch nach der Umteilung beanspruchen kann.

3. – a) Krankenkassen betreiben die obligatorische Krankenversicherung gemäss den Bestimmungen des KVG (Art. 11 lit. a und Art. 12 Abs. 1 KVG). Zusatzversicherungen, die die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung gemäss KVG anbieten dürfen, unterliegen dem VVG (Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG). Streitigkeiten darüber sind privatrechtlicher Natur, die erstinstanzlich im Verfahren gemäss Art. 47 VAG zu beurteilen sind (*Spira*, Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung, Soziale Sicherheit 5/1995 S. 258; ders., Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, SVZ 1995 S. 198; *Ritter*, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, SVZ 1995 S. 213; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 135 f. und 171; *Kieser*, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, AJP/PJA 1997 S. 17).

b) Gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG sind die Krankenkassen bei der Anpassung ihrer Bestimmungen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Artikel 34 Abs. 1 KVG hinausgehen, verpflichtet, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren (Art. 102 Abs. 2 Satz 1 und 3 KVG; Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 214; *Spira*, SVZ, a. a. O., S. 195 ff.; *Maurer*, a. a. O., S. 137; *Kieser*, a. a. O., S. 14 f.). Aus Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG ist

---

<sup>1</sup> siehe Nr. K 917 (1993) dieser Sammlung

<sup>2</sup> siehe Nr. K 930 (1994) dieser Sammlung

zu schliessen, dass die Kassen insoweit, als der bisherige Versicherungsschutz über den durch die soziale Krankenversicherung gemäss KVG gewährleisteten Schutz hinausging, den Besitzstand durch das Angebot entsprechender Zusatzversicherungen gemäss VVG wahren. Streitigkeiten darüber, welche Zusatzversicherungen die Krankenkassen den Versicherten zwecks Besitzstandswahrung anzubieten haben, sind damit ebenfalls privatrechtlicher Natur. Daran ändert nichts, dass die Verpflichtung zum Abschluss und der Mindestinhalt der Zusatzversicherung durch eine Übergangsbestimmung des zum Bundessozialversicherungsrecht gehörenden KVG vorgeschrieben ist. Die Rechtsordnung kennt zahlreiche Schranken, die die Vertragsfreiheit in dieser oder jener Hinsicht einschränken, namentlich durch Kontrahierungspflichten, die regelmässig auch den Inhalt des abzuschliessenden Vertrages beschlagen, ohne dass der gestützt darauf abzuschliessende Vertrag seinen privatrechtlichen Charakter verlieren würde (*Gauch/Schluep*, Schweizerisches Obligationenrecht, 6. Aufl., N 619 ff. und N 1104 ff.; *Kramer*, Zürcher Kommentar N 95 und N 103 ff. zu Art. 19 OR). Hätte die Kasse die Anpassung der Versicherungsverhältnisse mit ihren bisherigen Versicherten auf einen einzigen, bestimmten Zeitpunkt hin vorgenommen, indem die bisherigen Versicherungsverhältnisse einerseits durch die soziale Krankenversicherung gemäss KVG und andererseits durch die Zusatzversicherungen gemäss VVG abgelöst worden wären, könnte kein Zweifel darüber bestehen, dass Streitigkeiten über den Umfang der zur Besitzstandswahrung anzubietenden Zusatzversicherungen nicht im Verfahren gemäss den Rechtspflegebestimmungen des KVG, sondern des VAG zu beurteilen wären (so beiläufig *Spira*, SVZ, a. a. O., S. 197).

c) Nun hat aber die Kasse die Anpassung in zwei Etappen vorgenommen, indem sie auf 1. Januar 1996 nach ihren Angaben die Privatpatienten-Versicherung PPV auflöste und den Versicherten dieser Abteilung die Umteilung in die Abteilung Diversa plus anbot. Dabei soll es sich um eine ihrer «Zusatzversicherungen (nach bisherigem Recht)» handeln (Art. 1.4.4 AVB e contrario). Ob die Abteilung auf 1. Januar 1996 neu geschaffen wurde, ist nicht ersichtlich; immerhin wurden die die Zusatzversicherung nach bisherigem Recht regelnden Satzungen unter Bezugnahme auf Art. 102 Abs. 2 KVG auf diesen Zeitpunkt abgeändert (Art. 1.1 und Art. 42 AVB, Art. 33 Reglement Versicherung Diversa) und deren Geltungsdauer auf 31. Dezember 1996 befristet (Art. 1.1 und Art. 41 AVB). Ob die Kasse bereits vor diesem Zeitpunkt Zusatzversicherungen nach VVG führte (vgl. Art. 1.4.4 AVB), ist nicht bekannt. Jedenfalls macht sie nicht geltend, sie habe der Beschwerdeführerin den Abschluss einer solchen anstelle der Umteilung in die Abteilung Diversa plus angeboten. Aufgrund der Befristung der

Geltungsdauer der genannten AVB ist davon auszugehen, dass in einer zweiten Anpassungsetappe per 31. Dezember 1996, innert der von Art. 102 Abs. 2 KVG gesetzten Frist, die Zusatzversicherungen gemäss KUVG dahinfielen und die Kasse ihren bisherigen Versicherten Zusatzversicherungen gemäss VVG anbot.

Da sowohl die Änderung der Versicherungsverhältnisse per 1. Januar 1996 wie auch per 1. Januar 1997 zwecks Anpassung an das neue Recht erfolgte, ist nicht nur der Wechsel von den Zusatzversicherungen gemäss bisherigem Recht zu denjenigen gemäss VVG, sondern auch bereits derjenige von der Privatpatienten-Versicherung PPV zur Abteilung Diversa plus – als sog. Zusatzversicherung gemäss bisherigem Recht – unter dem Gesichtspunkt von Art. 102 Abs. 2 KVG zu prüfen. Eine andere Betrachtungsweise, nämlich die Prüfung der auf 1. Januar 1996 erfolgten Änderung ausschliesslich unter dem Gesichtspunkt der Vorschriften zur Versicherungsänderung gemäss bisherigem Recht und die Prüfung lediglich der auf 1. Januar 1997 erfolgten Änderung unter dem Gesichtspunkt von Art. 102 Abs. 2 KVG, könnte dazu führen, dass die Versicherten der Kasse der Besitzstandsgarantie verlustig gingen.

Ob die Kasse berechtigt war, im Zusammenhang mit der Anpassung an das neue Recht auf den 1. Januar 1996 noch Zusatzversicherungen nach bisherigem Recht zu schaffen, so dass Streitigkeiten aus der Versicherungsabteilung Diversa plus im verwaltungsgerichtlichen Verfahren zu beurteilen wären, kann offenbleiben, da vorliegend gerade der durch die genannte Versicherungsart nicht gewährleistete Versicherungsschutz streitig ist.

d) Die Streitfrage, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 102 Abs. 2 Satz 3 KVG per 1. Januar 1996 Anspruch auf einen weitergehenden Versicherungsschutz hat, als ihr mit der Umteilung in die Abteilung Diversa plus angeboten wurde, ist damit privatversicherungsrechtlicher Natur. Die Kasse durfte deshalb weder eine Verfügung im Sinne von Art. 80 KVG noch einen Einspracheentscheid im Sinne von Art. 85 KVG erlassen. Ebensovienig war der verwaltungsgerichtliche Weg gemäss Art. 86 KVG gegeben (BGE 107 V 45<sup>3</sup>). Vielmehr hätte die Streitsache durch Klage gemäss Art. 47 VAG beim zuständigen Gericht anhängig gemacht werden müssen.

e) Das gemäss Art. 47 VAG zuständige Gericht wird vorfrageweise auch zum Einwand der Beschwerdeführerin Stellung zu nehmen haben, ob (und allenfalls auf welchen Zeitpunkt) sie zulässigerweise von der Privatpatienten-Versicherung PPV in die Abteilung Diversa plus umgeteilt werden

---

<sup>3</sup> siehe Nr. K 462 (1981) dieser Sammlung

konnte (vgl. die analoge Rechtsprechung zur Zuständigkeit der BVG-Rechtspflegeinstanzen bezüglich Sachverhalten aus der Zeit vor Inkrafttreten des Gesetzes: BGE 120 V 18 Erw. 1a, 117 V 50 Erw. 1 und 341 Erw. 1b, 116 V 220 Erw. 1a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung).

4. – Trotz materieller Unzuständigkeit des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zur Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (Art. 97 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 128 OG; Maurer, a. a. O., S. 135 f.; *Spira*, SVZ, a. a. O., S. 198; *Ritter*, a. a. O., S. 213 f.; *Kieser*, a. a. O., S. 16 f.) ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten; denn diese ist auch zulässig, wenn das vorinstanzliche Gericht zu Unrecht Bundessozialversicherungsrecht angewendet hat (BGE 107 V 45<sup>4</sup>, 105 V 296<sup>5</sup>). Gemäss den vorstehenden Erwägungen hat jedoch das Eidgenössische Versicherungsgericht die materielle Seite nicht zu prüfen, sondern sich darauf zu beschränken, die zu Unrecht in Anwendung von Bundessozialversicherungsrecht ergangenen Entscheide der Kasse und der Vorinstanz aufzuheben und die Beschwerdeführerin auf den Zivilweg zu verweisen.

5. – Eine Überweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das zur Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständige Bundesgericht (*Maurer*, a. a. O., S. 136; *Spira*, SVZ, a. a. O., S. 198; *Ritter*, a. a. O., S. 214; *Kieser*, a. a. O., S. 16 f.) kommt nicht in Frage, da die Vorinstanz die bei ihr anhängig gemachte Beschwerde nicht als Klage im Sinne von Art. 47 VAG entgegennahm und hiezu auch nicht befugt war; gemäss § 5 Abs. 1 der Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 12. Dezember 1995 sind im Kanton Luzern die Zivilgerichte zur Beurteilung von Streitigkeiten zwischen Versicherern und Versicherten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KVG zuständig.

---

<sup>4</sup> siehe Nr. K 462 (1981) dieser Sammlung

<sup>5</sup> siehe Nr. K 408 (1980) dieser Sammlung

## Franchise bei Unfall

KV 23 Urteil des EVG vom 23. Dezember 1997  
in Sachen B. gegen Krankenkasse H.

**Vereinbart eine erwachsene versicherte Person, welche die Deckung des Unfallrisikos nicht sistiert hat (Art. 8 Abs. 1 KVG), gestützt auf Art. 62 Abs. 2 KVG eine höhere als die gesetzliche (minimale) Jahresfranchise, gelangt die erhöhte Franchise nicht nur bei Krankheit, sondern auch bei Unfall zur Anwendung.**

**Une franchise plus élevée que la franchise légale (minimale) annuelle convenue selon l'art. 62, 2<sup>e</sup> al., LAMal par un assuré adulte qui n'a pas suspendu la couverture des accidents (art. 8, 1<sup>er</sup> al., LAMal) s'applique non seulement en cas de maladie, mais également en cas d'accident.**

**La franchigia superiore a quella legale annua (minima), stipulata giusta l'articolo 62 capoverso 2 LAMal da un assicurato adulto che non abbia sospeso il rischio infortuni (art. 8 cpv. 1 LAMal) è applicabile non solo in caso di malattia ma anche d'infortunio.**

I.

A. – B., geboren 1925, ist seit 1. Juli 1993 bei der Krankenkasse H. (Kasse) versichert. Seit 1. Januar 1996 ist er der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angeschlossen, wobei die Unfalldeckung nicht sistiert und eine Jahresfranchise von Fr. 1200.– vereinbart ist.

Am 24. Januar 1996 erlitt B. einen Skiunfall mit Schulterluxation. Die Kasse erstattete die Behandlungskosten, unter Abzug der Jahresfranchise von Fr. 1200.–. Da B. sich mit dem Abzug nicht einverstanden erklärte, erliess die Kasse eine Verfügung, mit welcher sie am Abzug festhielt. Diese Verfügung bestätigte sie auf Einsprache hin.

B. – Hiegegen erhob B. Beschwerde mit dem Begehren, die Kasse habe die Unfallversicherungsleistungen unter Abzug einer Jahresfranchise von lediglich Fr. 150.– zu gewähren. Das kantonale Versicherungsgericht wies die Beschwerde ab.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde erneuert B. sein vorinstanzliches Rechtsbegehren.

Die Kasse und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

II.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. – a) Nach Art. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, gewährt die soziale Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung [nachfolgend Krankenpflegeversicherung] und freiwillige Taggeldversicherung) Leistungen bei Krankheit, Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt, und Mutterschaft. Nach Art. 28 KVG übernimmt die Krankenpflegeversicherung bei Unfällen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

b) Die Versicherten haben sich in der Krankenpflegeversicherung an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen zu beteiligen (Art. 64 Abs. 1 KVG). Die Kostenbeteiligung besteht einerseits aus einem festen Jahresbetrag (Franchise), andererseits aus einem Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Behandlungskosten (Art. 64 Abs. 2 KVG). In der *ordentlichen Krankenpflegeversicherung* (siehe zum Begriff Art. 93–98 KVV [Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995] beträgt die Franchise 150 Franken je Kalenderjahr (Art. 103 Abs. 1 KVV; auf 1. Januar 1998 wurde die Franchise auf 230 Franken erhöht [AS 1997 II 2435]).

Nach Art. 62 Abs. 2 KVG und Art. 93 Abs. 1 KVV können die Versicherer neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung u.a. die Pflegeversicherung mit wählbaren Franchisen (im folgenden *Franchisenversicherung*) anbieten, in welcher sich die Versicherten gegen eine Prämienermässigung stärker als in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung an den Kosten beteiligen (Art. 62 Abs. 2 lit. b KVG: «stärker als nach Art. 64 [KVG]»; Art. 93 Abs. 1 KVV: «höhere Franchise als nach Art. 103 Abs. 1 [KVV]»). Für Erwachsene sind Franchisen von 300, 600, 1200 oder 1500 Franken zulässig (Art. 93 Abs. 1 KVV; ab 1. Januar 1998 lauten die Beträge: 400, 600, 1200 oder 1500 Franken [AS 1997 II 2274]). Je nach vereinbarter Franchise dürfen die Prämien um höchstens 10, 20, 35 oder 40 Prozent reduziert werden (Art. 95 Abs. 2 KVV; ab 1. Januar 1998 gelten folgende Prozentsätze: 8, 15, 30 oder 40 Prozent [AS 1997 II 2274]).

Auf den Leistungen für Mutterschaft dürfen die Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben (Art. 64 Abs. 7 KVG).

c) Nach Art. 8 Abs. 1 KVG können Versicherte, die obligatorisch nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) versichert sind, die Sistierung der Unfallddeckung beantragen; diesfalls wird die Prämie um den entsprechenden «Prämienanteil» (Art. 10 Abs. 2 KVG) herabgesetzt.

Ruht die Unfallddeckung, hat der Versicherer gegenüber dem Versicherten «die Prämie für den Einschluss des Unfallrisikos gesondert aufzuführen» (Art. 89 lit. a KVV).

2. – a) Aus der dargestellten gesetzlichen Ordnung ergibt sich zunächst, dass aus der Krankenpflegeversicherung nicht nur bei Krankheit und Mutterschaft, sondern auch bei Unfall Leistungen erbracht werden, sofern die Unfalldeckung nicht sistiert ist. Gesetzlich bestimmt ist im weitern, dass sich der Versicherte an den Kosten der Krankenpflegeversicherung beteiligen muss, indem er eine Franchise und einen Selbstbehalt zu übernehmen hat.

b) Eindeutig festgelegt ist auch, dass der Versicherte in der Franchiserversicherung eine grössere Kostenbeteiligung zu tragen hat als in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung (Erw. 1b hievor). Da die Krankenpflegeversicherung Leistungen sowohl bei Krankheit und Mutterschaft als auch bei Unfall erbringt, muss, wie das BSV zu Recht geltend macht, die grössere Kostenbeteiligung in der Franchiserversicherung auch bei Leistungen für Unfall zur Anwendung gelangen. Mit dieser Schlussfolgerung stimmt überein, dass der Gesetzgeber die Kostenbeteiligung für Leistungen bei Mutterschaft, nicht aber bei Unfall ausdrücklich ausgeschlossen hat. Wenn er die Kostenbeteiligung auch bezüglich der Unfalleistungen hätte ausschliessen wollen, wäre zweifellos eine entsprechende Regelung getroffen worden; anders als für die Mutterschaft bestanden dazu indessen offensichtlich weder sozialpolitische noch sonstige Gründe. Für die Annahme einer Gesetzeslücke besteht deshalb entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein Raum.

Da die Kostenbeteiligung in der Franchiserversicherung grösser sein muss als in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung, ist auch die Auffassung des Beschwerdeführers, bei Unfalleistungen aus der Franchiserversicherung dürfe nur die für die ordentliche Krankenpflegeversicherung festgesetzte Franchise veranschlagt werden, mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbar.

c) ... Nachdem der Beschwerdeführer gestützt auf die Statuten und das Reglement der Kasse versichert ist, welche ihrerseits mit der gesetzlichen Regelung übereinstimmen, sind nach dem unter Erw. 2a und b hievor Ausgeführten der kantonale Entscheid und der Einspracheentscheid zu bestätigen.

d) An diesem Ergebnis vermag der Einwand des Beschwerdeführers, zwischen der Jahresfranchise von 1200 Franken und der entsprechenden, geringfügigen Einsparung bei der «Unfallprämie» bestehe ein krasses Missverhältnis, nichts zu ändern. Dies allein schon deshalb nicht, weil die Versicherer für die Krankenpflegeversicherung eine *Gesamtprämie* und nicht je eine Prämie für das Krankheits-, das Unfall- und das Mutterschaftsrisiko erheben. Dies wird zwar nirgends ausdrücklich gesagt, ergibt sich aber aus

folgendem: Art. 8 Abs. 1 KVG bestimmt, dass bei Sistierung der Unfalldeckung «die Prämie» entsprechend herabgesetzt wird; konsequenterweise spricht Art. 10 Abs. 2 KVG vom «Prämienanteil» für die Unfalldeckung. Für die Krankenpflegeversicherung wird also eine einzige Prämie erhoben; diese wird herabgesetzt, wenn die Unfalldeckung ruht. Damit der Versicherte weiss, welchen Prämienanteil er einspart, wenn er die Unfalldeckung sistiert, ist nach Art. 89 lit. a KVV «die Prämie für den Einschluss des Unfallrisikos» (im Versicherungsausweis oder in der Prämienrechnung) «gesondert aufzuführen»; unter dem hier verwendeten Begriff «Prämie» kann konsequenterweise nur der «Prämienanteil» im Sinne von Art. 10 Abs. 2 KVG verstanden werden.

e) Dass die Versicherer in der Krankenpflegeversicherung eine Gesamtprämie und nicht je eine Prämie für die drei versicherten Risiken erheben, ergibt sich schliesslich auch aus den Vorschriften über die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung. Nach Art. 60 Abs. 1 KVG wird «die obligatorische Krankenpflegeversicherung . . . nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert», wobei die Versicherer für diese Versicherung – gemäss Art. 60 Abs. 3 KVG – eine besondere Betriebsrechnung zu führen haben. Für die «obligatorische ordentliche Krankenpflegeversicherung» und für jede der besonderen Versicherungsformen nach Art. 62 Abs. 1 und 2 KVG – also auch für die Franchisenversicherung – müssen gemäss Art. 81 Abs. 1 KVV Aufwand und Ertrag getrennt ausgewiesen werden; dass dabei nach den Risiken Krankheit, Unfall und Mutterschaft zu unterscheiden wäre, verlangt in Übereinstimmung mit dem Gesetz auch die Verordnung nicht. Zu berechnen ist somit klarerweise die Gesamtprämie für jede Form der Krankenpflegeversicherung (ordentliche Krankenpflegeversicherung sowie besondere Versicherungsformen im Sinne von Art. 62 Abs. 1 und 2 KVG). Dieser Schlussfolgerung steht auch Art. 60 Abs. 3 KVG nicht entgegen, wonach in der Betriebsrechnung die Prämien und die Leistungen für Krankheit und Unfälle getrennt «auszuweisen» sind. Dies ist nötig, weil nach Art. 8 Abs. 1 KVG die (Gesamt-)Prämie während des Ruhens der Unfalldeckung «entsprechend», also im Umfang des Anteils der Unfallkosten an den Gesamtkosten der Krankenpflegeversicherung, genauer der gewählten Krankenpflegeversicherungsform (ordentliche Krankenpflegeversicherung oder besondere Krankenpflegeversicherung im Sinne von Art. 62 Abs. 1 und 2 KVG), herabzusetzen ist. Auch aus Art. 60 Abs. 3 KVG ist deshalb nicht zu folgern, in der Krankenpflegeversicherung würden drei Prämien für die Risiken Krankheit, Unfall und Mutterschaft oder zumindest zwei Prämien für Krankheits- und Mutterschaftskosten einerseits und Unfallkosten andererseits berechnet und in Rechnung gestellt. Eine «Unfallprämie»

gibt es somit nicht und damit auch kein Missverhältnis zwischen der in der Franchisenversicherung zu gewährenden Reduktion auf einer solchen und der Höhe der vereinbarten Franchise.

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

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

182 Winterthur	PROVITA Gesundheitsversicherung (vormals Sulzer Krankenkasse [KKS] Winterthur)	ab 1.1.98
484 Zürich	PKK Zürich (vormals Personalkrankenkasse der Stadt Zürich)	ab 1.1.98

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

50 Möhlin	Fricktalische Kranken- und Unfallkasse (Zusammenschluss mit der KONKORDIA Luzern K 290)	1.1.98
340 Bern	Krankenkasse des Schweiz. Lithographenbundes (Zusammenschluss mit der Kranken- kasse 57, SMUV Kranken- und Unfall- versicherungen)	1.1.98
499 Sembracher	Société de Secours Mutuels Sembracher (Zusammenschluss mit der Société de Secours Mutuels d'Orsières K 1097)	1.1.97
502 Zürich	Krankenkasse des Schweiz. Lokomotivpersonals (Zusammenschluss mit der Kranken- kasse SBB Bern K 312)	1.1.98
608 Sent	Öffentliche Krankenkasse Sent (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
785 Savognin	Öffentliche Krankenkasse Surses (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98

792 Andeer	Öffentliche Krankenkasse Val Schons (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
794 Brusio	Cassa malati pubblica di Brusio (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
799 Splügen	Öffentliche Krankenkasse des Kreises Rheinwald (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
812 Lenzerheide/ Lai	Krankenkasse der Kreise Alvaschein/Belfort (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
925 Vicosoprano	Öffentliche Kreiskrankenkasse Bergell (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
1366 Poschiavo	Cassa malati Poschiavina (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
1420 Arosa	ÖKK des Kreises Schanfigg (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.98
1506 Zürich	Betriebskrankenkasse Gebauer AG (Zusammenschluss mit der Wincare Winterthur K 1060)	1.12.97
1553 Lausanne	FAMA Caisse-maladie et accidents (Zusammenschluss mit der SUPRA Caisse-maladie Lausanne K 62)	1.1.98

## **Gain assuré maximum déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité**

**(art. 15 al. 3 LAA; art. 22 al. 1 OLAA):**

U 290 Arrêt du TFA du 8 septembre 1997  
en la cause D. B.

**Gain assuré maximum déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité (art. 15 al. 3 LAA; art. 22 al. 1 OLAA):**

**Lorsque l'ordonnance fixant le gain assuré maximum est modifiée par le Conseil fédéral au cours de l'année qui a précédé l'accident, c'est le texte en vigueur au moment de la survenance de l'accident qui est déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité.**

**Maximaler versicherter Verdienst für die Berechnung der Invalidenrente (Art. 15 Abs. 3 UVG; Art. 22 Abs. 1 UVV):**

**Wird die Verordnung, welche den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes festlegt, vom Bundesrat im Jahr vor dem Unfallereignis geändert, so gilt für die Berechnung der Invalidenrente der zum Zeitpunkt des Unfalls geltende Verordnungstext.**

**Importo massimo del guadagno assicurato determinante per il calcolo della rendita d'invalidità (art. 15 cpv. 3 LAINF; art. 22 cpv. 1 OAINF):**

**Quando il Consiglio federale modifica l'ordinanza che fissa l'importo massimo del guadagno assicurato nel corso dell'anno precedente l'infortunio, per il calcolo della rendita d'invalidità è determinante il testo vigente al momento dell'insorgenza dell'infortunio.**

I.

A. – Le 17 juillet 1991, D. B. a été victime d'un accident de la circulation qui lui a laissé des séquelles invalidantes. Au moment des faits, D. B. travaillait comme représentant et son revenu dépassait 100 000 fr. par année. Il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Par décision du 29 novembre 1994, la CNA lui a alloué une rente d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 1994, calculée sur la base d'un gain assuré de 90 020 fr. L'opposition de D. B. a été rejetée par décision du 16 février 1995.

B. – Par jugement du 31 juillet 1996, le Tribunal administratif du canton de Genève a admis partiellement le recours de D. B., dans le sens où le gain annuel assuré a été fixé à 97 200 fr.

C. – La CNA interjette un recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande l'annulation et le rétablissement de sa décision du 16 février 1995.

D. B. a conclu au rejet du recours avec suite de frais et dépens. Le Tribunal administratif du canton de Genève a renoncé à formuler des observations, alors que l'Office fédéral des assurances sociales s'en remet à justice.

## II.

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

1. – Le litige porte sur le montant du gain annuel assuré déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité.

a) Si l'assuré devient invalide à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA).

Devenu partiellement invalide à la suite de l'accident, l'intimé a droit à une rente d'invalidité, point au demeurant non litigieux. Conformément à la disposition de l'art. 19 al. 1 LAA précitée, ce droit a pris naissance dès le 1<sup>er</sup> juillet 1994.

b) Le montant de la rente, selon l'art. 15 LAA, est calculé d'après le gain assuré; est déterminant le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

Dans le cas particulier, le salaire gagné durant l'année qui a précédé l'accident dépasse le montant de 100 000 fr.

2. – a) Le législateur a donné compétence au Conseil fédéral de fixer le montant maximum du gain assuré, en veillant à ce que, en règle générale, au moins 92 pour cent, mais au plus 96 pour cent des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral (art. 15 al. 3 LAA). Faisant usage de cette compétence, le Conseil fédéral a fixé le montant maximum du gain assuré à 97 200 fr. dans son ordonnance en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1991 (art. 22 al. 1 OLAA; ordonnance sur l'assurance-accidents du 2 mai 1990, RO 1990 I 768). Antérieurement, ce montant maximum s'élevait à 81 600 fr. (ordonnance du 30 avril 1986, RO 1986 I 825). La décision du Conseil fédéral portant modification du montant maximum ne contient pas d'éventuelles dispositions transitoires.

Alors que les juges cantonaux ont considéré que le gain assuré de l'intimé devait être fixé en tenant compte du texte en vigueur au moment de l'accident, et retenu par conséquent le montant de 97 200 fr., la CNA soutient, dans son écriture de recours, qu'il y a lieu de procéder à un calcul en tenant compte des maxima légaux pro rata temporis et de prendre en considération la période du 17 juillet 1990 au 16 juillet 1991.

b) Selon les principes généraux, on applique, en cas de changement de règles de droit, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions réglementaires ou statutaires des institutions d'assurance. Leur application ne soulève pas de difficultés en présence d'un événement unique, qui peut être facilement isolé dans le temps. S'agissant par exemple des prestations de survivants, l'on applique les règles en vigueur au moment du décès de l'assuré, c'est-à-dire la date à laquelle naît le droit aux prestations du bénéficiaire.

En présence d'un état de choses durable, non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle générale applicable, sauf disposition transitoire contraire (rétroactivité impropre). Il n'y a pas, dans ce cas, de rétroactivité proprement dite, en principe inadmissible (ATF 121 V 100 consid. 1a et les références).

c) Dans le cas particulier, l'état de fait dont découle le droit aux prestations résulte d'un événement isolé dans le temps, l'accident de circulation dont a été victime l'intimé. La situation juridique qui donne lieu à une rente d'invalidité résulte de cet événement accidentel, survenu le 17 juillet 1991. A l'époque étaient en vigueur – depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1991 – les dispositions réglementaires de l'OLAA et en particulier l'art. 22 al. 1 dans sa nouvelle teneur. Appliquées au cas d'espèce, les règles exposées ci-dessus conduisent à retenir comme gain assuré maximum déterminant le montant de 97 200 fr.

La thèse contraire de la recourante, qui ne tient pas compte des principes généraux applicables en matière de changement de droit et de droit transitoire, ne repose au demeurant sur aucune base légale ou réglementaire qui justifierait l'application pro rata temporis qu'elle préconise. Par ailleurs, elle conduirait à donner partiellement un effet rétroactif à une norme réglementaire qui n'est plus en vigueur, ce qui est contraire aux principes généraux énoncés plus haut. En définitive, le moment de la survenance de l'accident est déterminant pour fixer le gain assuré maximum. Sans motiver son point de vue, la doctrine s'est également prononcée dans ce sens (*Mau-*

rer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 323; *Rumo-Jungo*, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2<sup>ème</sup> éd., ad art. 15 al. 3, p. 80).

3. – C'est en vain que, pour justifier sa thèse, la recourante voudrait se référer au principe d'équivalence entre primes et prestations. Déduit de l'art. 115 OLAA, ce principe n'a pas la portée absolue que lui prête la CNA, dès lors que la disposition précitée prévoit de nombreuses exceptions. Par ailleurs, dans le domaine de l'assurance-accidents, il existe d'autres exceptions au principe d'équivalence: ainsi, en cas d'accidents laissant des séquelles durables, des indemnités pour atteinte à l'intégrité ou des allocations pour impotent sont calculées en fonction du gain assuré maximum, sans tenir compte des primes versées; ou, lorsque les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel et le gain assuré ne correspondra plus aux primes versées.

Enfin, l'invocation du principe d'équivalence manque totalement de pertinence en l'espèce dès lors qu'au moment où le droit à la prestation est né, l'intimé payait précisément depuis le début de l'année des primes correspondant au montant du gain assuré maximum de 97 200 fr.

Cela étant, le jugement n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

4. – ...

**Ausschliessungs- und Ablehnungsgründe  
für einen versicherungsinternen Gutachter  
(Art. 10, 12 lit. e und 19 VwVG; Art. 57, 58 und 60 BZP;  
Art. 22 und 23 OG):**

U 291 Urteil des EVG vom 24. September 1997  
i. Sa. W. W.

**Ausschliessungs- und Ablehnungsgründe für einen versicherungsinternen Gutachter (Art. 10, 12 lit. e und 19 VwVG; Art. 57, 58 und 60 BZP; Art. 22 und 23 OG):**

**Die nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP für Sachverständigengutachten geltenden Verfahrensvorschriften (insbesondere die Ausstandsregeln von Art. 58 BZP in Verbindung mit Art. 22 und 23 OG) sind auf die Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte nicht anwendbar.**

**Motifs de récusation obligatoire ou facultative pour un expert interne à l'assurance (art. 10, 12 let. e et 19 PA; art. 57, 58 et 60 PCF; art. 22 et 23 OJ):**

**Les normes de procédure régissant les rapports d'experts con-tenues à l'article 19 PA en corrélation avec les articles 57 et suivants PCF (notamment les règles de récusation de l'article 58 PCF en relation avec les articles 22 et 23 OJ) ne s'appliquent pas aux rapports et expertises des médecins internes à l'assurance.**

**Motivi di astensione e di ricasazione per un perito dell'assicurazione (art. 10, 12 lett. e e 19 PA; art. 57, 58 e 60 PC; art. 22 e 23 OG):**

**Le norme procedurali applicabili alle perizie ai sensi dell'articolo 19 PA in relazione con l'articolo 57 e segg. PC (in particolare le norme di ricasazione dell'articolo 58 PC in relazione con gli articoli 22 e 23 OG) non sono applicabili ai rapporti e alle perizie dei medici dell'assicurazione.**

Auszug aus den Erwägungen:

I.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht beanstandet der Beschwerdeführer, dass die SUVA den Verwaltungsentscheid ausschlaggebend auf die Beurteilung des Integritätsschadens durch Kreisarzt Dr. med. L. gestützt hat. Er macht geltend, SUVA-Ärzte hätten wegen des bestehenden besonderen Pflicht- oder Abhängigkeitsverhältnisses bei gutachtlichen Beurteilungen generell

in Ausstand zu treten. Zudem lägen in bezug auf SUVA-Kreisarzt Dr. med. L. individuelle Befangenheitsgründe vor.

1. – Was das Argument der generellen Ausstandspflicht betrifft, beruft sich der Beschwerdeführer auf Art. 58 BZP in Verbindung mit Art. 23 lit. b OG, wonach Sachverständige von den Parteien u. a. abgelehnt werden können, wenn zwischen ihnen und einer Partei ein besonderes Pflicht- oder Abhängigkeitsverhältnis besteht. Zu prüfen ist, ob diese Bestimmung auf die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens vom 16. Dezember 1994 anwendbar ist.

a) Für das Verwaltungsverfahren in der obligatorischen Unfallversicherung bestimmt Art. 96 UVG, dass die Vorschriften des UVG anwendbar sind, soweit das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG) für Versicherer nicht gilt oder das UVG eine abweichende Regelung enthält. Weil die SUVA den Verfahrensregeln des VwVG unterliegt und das UVG diesbezüglich keine besonderen Regeln enthält, richtet sich das Beweisverfahren nach den Vorschriften des VwVG. Dies gilt sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer (BGE 120 V 357 ff.).

Gemäss Art. 10 Abs. 1 lit. d VwVG haben Personen, die eine Verfügung treffen oder diese vorbereiten, in Ausstand zu treten, wenn sie aus andern als den in lit. a bis c (persönliches Interesse, Verwandtschaft oder Vertreter einer Partei) angeführten Gründen in der Sache befangen sein könnten. Daneben kennt die Bundesrechtspflege weitere, speziell auf Experten zugeschnittene Bestimmungen. Nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 58 BZP gelten für Sachverständige die gleichen Ausstandsgründe, wie sie für die Richter in Art. 22 und 23 OG vorgesehen sind. Danach kann eine Gerichtsperson u. a. dann abgelehnt werden, wenn zwischen ihr und einer Partei ein besonderes Pflicht- oder Abhängigkeitsverhältnis besteht (Art. 23 lit. b OG).

b) Nach der gesetzlichen Regelung finden die Ausschliessungs- und Ablehnungsgründe von Art. 22 und 23 OG auf das Verwaltungsverfahren nur sinngemäss (Art. 19 VwVG) und nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 58 BZP nur auf Sachverständige Anwendung. Als solche gelten Drittpersonen, die vom Richter (bzw. der Verwaltung) aufgrund ihrer besondern Fachkenntnisse zur Aufklärung des Sachverhaltes beigezogen werden (Art. 57 BZP), nicht dagegen (verwaltungsinterne) Personen, die eine Verfügung zu treffen oder vorzubereiten haben (Art. 10 Abs. 1 Ingress VwVG). Für diese sind die in Art. 10 VwVG genannten allgemeinen Ausstandsgründe massgebend, wie sie auch auf verwaltungsinterne Fach- und Rekurskommissionen Anwendung finden (vgl. BGE 119 V 456 ff. und 112 V 206 ff.).

Weil Personen, die – wie die Verwaltungsärzte – aufgrund ihrer besonderen Fachkenntnisse an der Vorbereitung von Verfügungen mitwirken, nicht als Sachverständige im Sinne von Art. 57 ff. BZP zu qualifizieren sind, unterliegen ihre Meinungsäusserungen nicht den nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP für Sachverständigengutachten geltenden Regeln. Auch wenn solche Meinungsäusserungen entscheidungswesentliche Grundlagen zum Gegenstand haben und materiell Gutachtenscharakter aufweisen, handelt es sich nicht um Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 12 lit. e VwVG und Art. 60 BZP (vgl. bezüglich der Eidg. Arzneimittelkommission als verwaltungsinternes Beratungsgremium: BGE 108 V 138 Erw. 4). Sie sind in beweisrechtlicher Hinsicht vielmehr den nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 49 BZP eingeholten Amtsberichten gleichzustellen. Inhaltlich können solche Berichte sowohl einer Auskunft (Art. 12 lit. c VwVG) als auch einem Gutachten (Art. 12 lit. e VwVG) entsprechen; auch im zweiten Fall kommen die besonderen Verfahrensvorschriften für den Sachverständigenbeweis (Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 ff. BZP) jedoch nicht zur Anwendung (nicht veröffentlichtes Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 17. August 1987 in Sachen M. AG). Der Beschwerdeführer kann sich daher nicht auf Art. 58 BZP in Verbindung mit Art. 23 lit. b OG berufen, um die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens aus dem Recht zu weisen.

c) An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nichts zu ändern. Fehl geht zunächst der Einwand, weil nach der Rechtsprechung «nicht ohne zwingende Gründe» von der Einschätzung des medizinischen Experten abgewichen werde und der Richter auch verwaltungsinternen Gutachten volle Beweiskraft zuerkennen dürfe, komme diesen Gutachten eine qualifizierte Beweiskraft in dem Sinne zu, als die richterliche Kognition nicht mehr völlig frei sei, sondern sich gewissermassen auf «Kassationsgründe» beschränke, weshalb an die Unparteilichkeit und Zuverlässigkeit der begutachtenden Ärzte hohe Anforderungen zu stellen und zumindest die gesetzlichen Befangenheitsgründe von Art. 23 lit. a und b OG zu beachten seien. Die vom Beschwerdeführer erwähnte Rechtsprechung, wonach der Richter «nicht ohne zwingende Gründe» von der Einschätzung des medizinischen Experten abweicht, hat den Beweiswert von Gerichtsgutachten zum Gegenstand (BGE 122 V 161 Erw. 1c mit Hinweisen) und findet auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen nicht Anwendung. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind

und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 122 V 161 Erw. 1c unten mit Hinweisen). Im übrigen ist richtig, dass an die Unparteilichkeit auch des versicherungsinternen Gutachters ein strenger Massstab anzulegen ist (BGE 122 V 162 Erw. 1c in fine). Daraus ergibt sich jedoch nicht, dass die in Art. 23 OG enthaltenen generellen Ablehnungsgründe Anwendung zu finden hätten.

Nicht entscheidend ist sodann, dass der ärztlichen Beurteilung u. a. bei der Bemessung von Integritätsschäden besondere Bedeutung zukommt und sich die ärztliche Tätigkeit dabei nicht auf die Feststellung von Tatsachen beschränkt, sondern auch eine Beurteilung aufgrund von Erfahrungssätzen umfasst. Die gegenteilige Auffassung des Beschwerdeführers hätte zur Folge, dass in allen Fällen, wo der medizinische Sachverstand eine Voraussetzung für die Beurteilung von Leistungsansprüchen bildet, ein versicherungsexternes Gutachten eingeholt werden müsste. Eine entsprechende Pflicht des Versicherungsträgers ergibt sich indessen weder aus dem Gesetz noch aus Verfassung oder EMRK. Nach der Rechtsprechung ist es im Rahmen der freien Beweiswürdigung grundsätzlich daher zulässig, dass Verwaltung und Sozialversicherungsrichter den Entscheid allein auf versicherungsinterne Entscheidungsgrundlagen stützen (BGE 122 V 157 ff.). Auch hieraus folgt, dass eine generelle Ausstandspflicht, wie sie der Beschwerdeführer aus Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 58 BZP und Art. 23 lit. b OG ableitet, für Versicherungsärzte nicht besteht. Dementsprechend hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im genannten Urteil unter Hinweis auf BGE 120 V 357 ff. festgehalten, dass die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt; es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 122 V 161 f.).

...

## Gesetzgebung - Législation - Legislazione

### Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV)

#### Einleitung

Der Bundesrat hat das zweite Revisionspaket der Ausführungsbestimmungen zum UVG gutgeheissen. Die vorliegenden Änderungen hauptsächlich technischer Natur sind am 1. Januar 1998 in Kraft getreten.

Das erste Paket war auf den 1. Januar 1997 in Kraft getreten und umfasste Änderungen der Bestimmungen über die Komplementärrenten, welche im Zusammenhang mit der 10. AHV-Revision standen.

#### 1. Änderungen mit technischem Schwerpunkt

Das zweite Paket beinhaltet in erster Linie Änderungen technischer Natur. Die Koordination mit den anderen Sozialversicherungen und dem internationalen Recht wurde verbessert. So wird beispielsweise für die Umschreibung des Arbeitnehmerbegriffs direkt auf die AHV verwiesen. Weiter wurde der Rechtsprechung zu verschiedenen Normen Rechnung getragen.

Das Ziel, eine kostenneutrale Änderung der UVV durchzuführen, sollte erreicht sein. Das erste Änderungspaket hatte einen Kostenanstieg zur Folge (von rund 30 Mio. Franken), das zweite soll nun Einsparungen in der gleichen Grössenordnung ermöglichen.

#### 2. Unfallähnliche Körperschädigungen: Klarere Unterscheidung zwischen Unfall und Krankheit

Im Bereich der unfallähnlichen Körperschädigungen wird klarer unterschieden zwischen Unfall und Krankheit. Die Einstufung als Unfall gilt unter der Bedingung, dass der Schaden nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen ist. Diese Einschränkung wurde bisher nur auf die Knochenbrüche angewandt. Die Liste der unfallähnlichen Körperschädigungen selbst bleibt aber unverändert. Die Beweislast, dass ein solcher Gesundheitsschaden allenfalls auf Krankheit oder Degeneration zurückzuführen ist, liegt beim Unfallversicherer.

# Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Änderung vom 15. Dezember 1997

Der Schweizerische Bundesrat

verordnet:

I

Die Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>1</sup> über die Unfallversicherung wird wie folgt geändert:

## **Art. 1** Begriff des Arbeitnehmers

Als Arbeitnehmer nach Artikel 1 Absatz 1 des Gesetzes gilt, wer eine unselbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Bundesgesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) ausübt.

## **Art. 1a** Versicherungspflicht in Sonderfällen

<sup>1</sup> Personen, die zur Abklärung der Berufswahl bei einem Arbeitgeber tätig sind, sind auch obligatorisch versichert.

<sup>2</sup> Insassen von Straf-, Verwahrungs- und Arbeitserziehungsanstalten sowie von Erziehungsheimen sind nur für die Zeit, während der sie ausserhalb des Anstalts- oder Heimbetriebes von Dritten gegen Lohn beschäftigt werden, obligatorisch versichert.

<sup>3</sup> Angehörige religiöser Gemeinschaften sind nur für die Zeit, während der sie ausserhalb der Gemeinschaft von Dritten gegen Lohn beschäftigt werden, obligatorisch versichert.

<sup>4</sup> Bei Versicherten nach den Absätzen 2 und 3 gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg als Berufsunfälle.

## **Art. 2 Abs. 1 Bst. a, b, c, d, f, g und h sowie Abs. 2**

<sup>1</sup> Nicht obligatorisch versichert sind:

- a. mitarbeitende Familienglieder, die keinen Barlohn beziehen und keine Beiträge an die AHV entrichten oder die nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstaben a und b des Bundesgesetzes vom 20. Juni 1952<sup>2</sup> über die Familienzulagen in der Landwirtschaft den selbständigen Landwirten gleichgestellt sind;
- b., c. und d. *Aufgehoben*
- f. Mitglieder von Verwaltungsräten, die nicht im Betrieb tätig sind, für diese Tätigkeit;
- g. Konkubinatspartnerinnen und -partner, die in dieser Eigenschaft AHV-beitragspflichtig sind;
- h. Personen, die Tätigkeiten im öffentlichen Interesse ausüben, sofern kein Dienstvertrag vorliegt, wie insbesondere Mitglieder von Parlamenten, Behörden und Kommissionen, für diese Tätigkeit.

<sup>2</sup> Personen, die einen Nebenerwerb oder ein Nebenamt ausüben, können auf die Versicherung speziell für diese Tätigkeit verzichten, sofern das Entgelt den in Artikel 8<sup>bis</sup>

---

<sup>1</sup> SR 832.202

<sup>2</sup> SR 836.1

der Verordnung vom 31. Oktober 1947<sup>3</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung erwähnten Betrag nicht übersteigt. Der Verzicht muss beim zuständigen Versicherer im voraus schriftlich und mit Zustimmung des Arbeitgebers erfolgen.

#### **Art. 3 Abs. 1**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

#### **Art. 4 erster und zweiter Satz**

*Erster Satz betrifft nur den französischen Text*

... Die Weiterdauer der Versicherung beträgt zwei Jahre ...

#### **Art. 6 Abs. 1 und 2**

*Betrifft nur den italienischen Text*

#### **Art. 7 Abs. 2**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

#### **Art. 8**

*Betrifft nur den italienischen Text*

#### **Art. 9 Abs. 2 Einleitungssatz und Bst. a und e sowie Abs. 3**

<sup>2</sup> Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

a. Knochenbrüche;

e. *Betrifft nur den französischen Text*

<sup>3</sup> Keine Körperschädigung im Sinne von Absatz 2 stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

#### **Art. 11, 12 Abs. 1 Bst. d und 13 Abs. 2**

*Betrifft nur den französischen Text*

#### **Art. 14**

*Betrifft nur den italienischen Text*

#### **Art. 18 Abs. 1**

<sup>1</sup> Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>4</sup> über die Krankenversicherung zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird.

---

<sup>3</sup> SR 831.101

<sup>4</sup> SR 832.102

## **Art. 22 Abs. 2 Bst. d, 3, 3bis und 4 letzter Satz**

<sup>2</sup> *Betrifft nur den französischen Text*

<sup>3</sup> Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht.

<sup>3bis</sup> Hatte ein Versicherter bis zum Unfall Anspruch auf ein Taggeld nach dem IV-Gesetz<sup>5</sup> so entspricht das Taggeld mindestens dem bisher bezogenen Gesamtbetrag des Taggeldes der Invalidenversicherung.

<sup>4</sup> ... Bei einer zum voraus befristeten Beschäftigung bleibt die Umrechnung auf die vorgesehene Dauer beschränkt.

## **Art. 23 Abs. 6, 7 und 9**

<sup>6</sup> Bei Praktikanten, Volontären und zur Abklärung der Berufswahl tätigen Personen sowie bei Versicherten, die zur Ausbildung in beruflichen Eingliederungsstätten für Behinderte tätig sind, wird ab vollendetem 20. Altersjahr von einem Tagesverdienst von mindestens 20 Prozent, vor vollendetem 20. Altersjahr von mindestens 10 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes ausgegangen.

<sup>7</sup> Hat die Heilbehandlung wenigstens drei Monate gedauert und wäre der Lohn des Versicherten in dieser Zeit um mindestens 10 Prozent erhöht worden, so wird der massgebende Lohn für die Zukunft neu bestimmt.

<sup>9</sup> Sofern die Folgen eines versicherten Ereignisses eine Berufsausbildung um mindestens sechs Monate verlängern, wird für die Dauer der Verlängerung, längstens aber für ein Jahr, ein Teiltaggeld in der Höhe der Differenz zwischen dem Ausbildungslohn und dem Minimallohn einer ausgelernten Person der entsprechenden Berufsgattung vergütet.

## **Art. 24 Abs. 4 und 5**

<sup>4</sup> Erleidet der Bezüger einer Invalidenrente einen weiteren versicherten Unfall, der zu einer höheren Invalidität führt, so ist für die neue Rente aus beiden Unfällen der Lohn massgebend, den der Versicherte im Jahre vor dem letzten Unfall bezogen hätte, wenn früher kein versicherter Unfall eingetreten wäre. Ist dieser Lohn kleiner als der vor dem ersten versicherten Unfall bezogene Lohn, so ist der höhere Lohn massgebend.

<sup>5</sup> *Aufgehoben*

## **Art. 25 Abs. 1 und 3**

<sup>1</sup> Das Taggeld wird nach Anhang 2 berechnet und für alle Tage, einschliesslich der Sonn- und Feiertage, ausgerichtet.

<sup>3</sup> Die Unfallversicherung erbringt die ganze Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit eines arbeitslosen Versicherten mehr als 50 Prozent beträgt, und die halbe Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent beträgt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 und weniger Prozent besteht kein Taggeldanspruch.

---

<sup>5</sup> SR 831.20

**Art. 27 Abs. 1 Bst. a und b sowie Abs. 2**

*Betrifft nur den französischen Text*

**Art. 28 Abs. 3**

<sup>3</sup> War die Leistungsfähigkeit des Versicherten aufgrund einer nicht versicherten Gesundheitsschädigung vor dem Unfall dauernd herabgesetzt, so ist für die Bestimmung des Invaliditätsgrades der Lohn, den er aufgrund der vorbestehenden verminderten Leistungsfähigkeit zu erzielen imstande wäre, dem Einkommen gegenüber zu stellen, das er trotz der Unfallfolgen und der vorbestehenden Beeinträchtigung erzielen könnte.

**Art. 29 Sachüberschrift und Abs. 1–3**

*Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 30 Übergangsrente**

<sup>1</sup> Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr zu erwarten, wird jedoch der Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung erst später gefällt, so wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an vorübergehend eine Rente ausgerichtet; diese wird aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Erwerbsunfähigkeit festgesetzt. Der Anspruch erlischt:

- a. beim Beginn des Anspruchs auf ein Taggeld der IV;
- b. mit dem negativen Entscheid der IV über die berufliche Eingliederung;
- c. mit der Festsetzung der definitiven Rente.

<sup>2</sup> Bei Versicherten, die im Ausland beruflich eingegliedert werden, wird die Übergangsrente bis zum Abschluss der Eingliederung ausgerichtet. Geldleistungen ausländischer Sozialversicherungen werden nach Artikel 40 des Gesetzes berücksichtigt.

**Art. 36 Abs. 4**

<sup>4</sup> Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war.

**Art. 38 Abs. 3 Bst. b, 4 Bst. b und 5**

*Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 41**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

**Art. 46 Abs. 2 erster Satz**

*Betrifft nur den französischen Text*

**Art. 48**

*Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 49 Abs. 2 Bst. b**

*Betrifft nur den französischen Text*

**Art. 50 Abs. 1 und 2 erster Satz**

<sup>1</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

<sup>2</sup> *Betrifft nur den französischen Text*

**Art. 51 Abs. 2 und 3**

<sup>2</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

<sup>3</sup> Der mutmasslich entgangene Verdienst entspricht jenem Verdienst, den der Versicherte ohne schädigendes Ereignis erzielen würde. Das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen wird angerechnet.

**Art. 53 Abs. 3 erster Satz**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

**Art. 55 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2**

<sup>1</sup> *Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

<sup>2</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 56**

*Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 58 Sachüberschrift und Abs. 1**

*Sachüberschrift betrifft nur den italienischen Text*

<sup>1</sup> *Betrifft nur den französischen Text*

**Art. 60 Abs. 2 erster und zweiter Satz**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

**Art. 61 Abs. 1 und 2**

*Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 62 Abs. 1 und 4**

<sup>1</sup> Die Zahlungsaufträge für Renten und Hilflosenentschädigungen werden spätestens am ersten Werktag des Monats erteilt, für den die Leistung geschuldet ist.

<sup>4</sup> *Betrifft nur den französischen Text*

**Art. 67 Abs. 2, 3 und 5**

<sup>2</sup> *Betrifft nur den französischen Text*

<sup>3</sup> *Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

<sup>5</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

**Art. 68 Abs. 1 und 2**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 69 erster Satz**

Die Artikel 44 und 46–54 der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>6</sup> über die Krankenversicherung gelten auch für die Zulassung der Chiropraktoren, der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen und der Organisationen, die solche Personen beschäftigen (medizinische Hilfspersonen) sowie der Laboratorien in der Unfallversicherung. ...

### **Art. 70 Abs. 2 und 3**

<sup>2</sup> *Aufgehoben*

<sup>3</sup> Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.

### **Art. 77 Einleitungssatz, Bst. c, g und l sowie Art. 79 Abs. 1**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 80 Abs. 2**

*Betrifft nur den französischen Text*

### **Art. 81**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 84 Einleitungssatz und 86**

*Betrifft nur den französischen Text*

### **Art. 90 Abs. 2 Bst. b und c sowie 3 und 4 erster Satz**

<sup>2</sup> und <sup>3</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

<sup>4</sup> Das Bundesamt veröffentlicht die Liste der registrierten Versicherer. ...

### **Art. 95 Abs. 2 zweiter Satz**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

### **Art. 96 Abs. 1**

<sup>1</sup> Die Ersatzkasse teilt die durch die Leistungsaushilfe anfallenden Kosten nach Artikel 103a Absatz 2 unter den Versicherern nach Artikel 68 des Gesetzes auf.

### **Art. 97**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 98 Abs. 1 und 2 erster Satz**

*Betrifft nur den französischen Text*

### **Art. 99 Abs. 2**

<sup>2</sup> Bei Nichtberufsunfällen ist der Versicherer jenes Arbeitgebers leistungspflichtig, bei dem der Versicherte vor dem Unfall zuletzt tätig und für Nichtberufsunfälle ver-

---

<sup>6</sup> SR 832.102

sichert war. Die anderen Versicherer müssen dem leistungspflichtigen Versicherer bei Unfällen, die zu einer Rentenleistung oder zu einer Integritätsentschädigung führen, einen Teil der Versicherungsleistungen zurückerstatten. Ihr Anteil richtet sich nach dem Verhältnis des bei ihnen versicherten Verdienstes zum gesamten versicherten Verdienst.

#### **Art. 103a** Erfüllung internationaler Verpflichtungen

<sup>1</sup> Die SUVA ist für die Durchführung der Leistungsaushilfe in der Unfallversicherung nach den internationalen Verpflichtungen der Schweiz zuständig.

<sup>2</sup> Die durch die Leistungsaushilfe verursachten Kosten werden zu zwei Dritteln von der SUVA und zu einem Drittel von den Versicherern nach Artikel 68 des Gesetzes getragen.

<sup>3</sup> Der Bund übernimmt die durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe entstehenden Zinskosten.

#### **Art. 104 Abs. 4**

*Betrifft nur den italienischen Text*

#### **Art. 105 Abs. 1, 3 und 5**

<sup>1</sup> Das Departement erlässt in Absprache mit den Versicherern Vorschriften über die Führung einheitlicher Statistiken nach Artikel 79 Absatz 1 des Gesetzes.

<sup>3</sup> Zur Beschaffung von Unterlagen für die Prämienbemessung erstellen die Versicherer jährlich eine Risikostatistik nach Betrieben oder Betriebsarten, nach Klassen der Prämientarife und nach Versicherungszweigen im Sinne von Artikel 89 Absatz 2 des Gesetzes.

<sup>5</sup> Die Versicherer stellen dem Bundesamt für Statistik für statistische Zwecke Angaben aus den Unfallakten über Löhne, Lohnformen, Arbeitszeit und weitere wichtige Merkmale der Verunfallten zur Verfügung.

#### **Art. 109 Abs. 3**

*Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

#### **Art. 112** Wechsel des Versicherers

<sup>1</sup> Für Unfälle, die sich vor dem Wechsel des Versicherers ereignet haben, bleibt der bisherige Versicherer zuständig.

<sup>2</sup> Für Renten aus Unfällen, die sich vor dem Wechsel des Versicherers ereignet haben, hat der bisherige Versicherer gegenüber der Ersatzkasse oder der SUVA eine Forderung für denjenigen Teil der Teuerungszulagen, der nicht durch Zinsüberschüsse aus deren Deckungskapitalien finanziert werden kann.

#### **Art. 113 Abs. 2 dritter Satz und 3**

<sup>2</sup> *Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

<sup>3</sup> Änderungen der Prämientarife sowie der Zuteilung der Betriebe zu den Klassen und Stufen der Prämientarife aufgrund von Artikel 92 Absatz 5 des Gesetzes sind den betroffenen Betrieben bis spätestens zwei Monate vor Ende des laufenden Rechnungsjahres mitzuteilen. Anträge von Betriebsinhabern auf Änderung der Zuteilung für das nächste Rechnungsjahr müssen bis zum gleichen Termin eingereicht werden.

### **Art. 114 Abs. 2 und 3**

<sup>2</sup> Die Zuschläge für die Verwaltungskosten der Versicherer nach Artikel 68 des Gesetzes decken die Aufwendungen nach Absatz 1 und dürfen höchstens 15 Prozentpunkte höher sein als jene der SUVA.

<sup>3</sup> Das Bundesamt kann von den Versicherern Auskünfte über die Erhebung der Zuschläge für die Verwaltungskosten verlangen.

### **Art. 115 Abs. 1 Bst. b, c und d sowie Abs. 2, 3 und 4**

<sup>1</sup> Die Prämien werden auf dem versicherten Verdienst im Sinne von Artikel 22 Absätze 1 und 2 erhoben. Dabei gelten die folgenden Abweichungen:

- b. für Praktikanten, Volontäre und zur Abklärung der Berufswahl oder in Werkstätten tätige Personen sind die Prämien ab vollendetem 20. Altersjahr auf einem Betrag von mindestens 20 Prozent, vor vollendetem 20. Altersjahr von mindestens 10 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes zu entrichten;
- c. für Personen, die in beruflichen Eingliederungsstätten sowie Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Behinderter tätig sind, sind die Prämien auf einem Betrag zu entrichten, der mindestens dem zwölfwachen Betrag des höchstversicherten Tagesverdienstes entspricht;
- d. auf Taggeldern der Invalidenversicherung, Taggeldern der Militärversicherung und Entschädigungen der Erwerbsersatzordnung sind keine Prämien zu entrichten.

<sup>2</sup> Bei Mehrfachbeschäftigten wird der Lohn je Arbeitsverhältnis erfasst, insgesamt jedoch nur bis zum Höchstbetrag des versicherten Verdienstes. Übersteigt die Summe der Löhne diesen Höchstbetrag, so ist er entsprechend den prozentualen Verdiensteanteilen auf die einzelnen Arbeitsverhältnisse aufzuteilen.

<sup>3</sup> Bei einer Beschäftigungsdauer von weniger als einem Jahr wird der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes anteilmässig berechnet.

<sup>4</sup> Werden Kurzarbeits-, Schlechtwetterentschädigungen, Einarbeitungs- oder Ausbildungszuschüsse der Arbeitslosenversicherung ausgerichtet, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die vollen Unfallversicherungsprämien entsprechend der normalen Arbeitszeit zu bezahlen.

### **Art. 116 Abs. 3 letzter Satz**

*Betrifft nur den französischen Text*

### **Art. 117 Abs. 1, 2 und 3**

<sup>1</sup> Der Zuschlag für ratenweise Prämienzahlung beträgt bei halbjährlicher Prämienzahlung 1,250 Prozent und bei vierteljährlicher Prämienzahlung 1,875 Prozent der Jahresprämie. Der Versicherer kann pro Rate einen Mindestzuschlag von 10 Franken erheben.

<sup>2</sup> Die Zahlungsfrist für Prämien beträgt einen Monat nach Fälligkeit. Nach dieser Frist ist pro Monat 0,5 Prozent Verzugszins zu erheben.

<sup>3</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 118 Abs. 2, 120 Abs. 1 und 122 Bst. c**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 123a** Auskunftsrecht

Das Auskunftsrecht der versicherten Person richtet sich nach der Gesetzgebung über den Datenschutz.

### **Art. 124 Bst. e**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 125 Abs. 1 Bst. a–m und Abs. 2**

<sup>1</sup> Unter Vorbehalt wesentlicher privater Interessen des Verunfallten und seiner Angehörigen sowie des Arbeitgebers entfällt die Schweigepflicht gegenüber:

a.–h. *Betrifft nur den italienischen Text*

- i. den in Buchstaben b nicht genannten Sozialversicherungen, einschliesslich der Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, sowie den Amtsstellen des Bundes, der Kantone und Gemeinden, sofern sie die Auskünfte und Unterlagen zur Beurteilung von Begehren um Versicherungs- oder Sozialleistungen oder zur Geltendmachung eines gesetzlichen Rückgriffsrechtes benötigen;
- k. den Durchführungsorganen des Wehrpflichtersatzes, soweit die Angaben zur Wahrnehmung ihrer Aufgabe erforderlich sind;
- l. der Beratungsstelle für Unfallverhütung, soweit die Angaben zur Wahrnehmung ihrer Aufgabe erforderlich sind;
- m. den Betreibungs- und Konkursbehörden, soweit die Angaben zur Wahrnehmung ihrer Aufgabe erforderlich sind.

<sup>2</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 126 Abs. 1, 2 erster Satz, 3 und 6**

<sup>1</sup> *Betrifft nur den französischen Text*

<sup>2</sup> *Betrifft nur den französischen und den italienischen Text*

<sup>3</sup> Verunfallt ein aus einem früheren Unfall Rentenberechtigter erneut und führt der neue Unfall zu einer Änderung des Invaliditätsgrades, so muss der für den ersten Unfall leistungspflichtige Versicherer die frühere Rente weiterhin erbringen. Der zweite Versicherer muss eine Rente entrichten, die der Differenz zwischen der Gesamtinvalidität und der vor dem zweiten Unfall bestehenden Invalidität entspricht. Richtet die Militärversicherung nach Artikel 4 Absatz 3 MVG die volle Rente für die Schädigung des zweiten paarigen Organs aus, so überweist ihr der Unfallversicherer, der für die zweite Schädigung eine Rente zu erbringen hätte, den Barwert dieser Rente ohne Teuerungszulage, bemessen nach den für ihn geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

<sup>6</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 128 Abs. 1 erster Satz und 2 erster Satz**

*Betrifft nur den italienischen Text*

### **Art. 131**

*Aufgehoben*

### **Art. 134 Abs. 2 und 3**

<sup>2</sup> *Betrifft nur den italienischen Text*

<sup>3</sup> Der Versicherer kann in begründeten Fällen, namentlich bei bestehenden erheblichen und dauernden Gesundheitsschädigungen sowie bei Vorliegen einer besonderen Gefährdung im Sinne von Artikel 78 Absatz 2 der Verordnung vom 19. Dezember 1983<sup>7</sup> über die Unfallverhütung, den Abschluss der Versicherung ablehnen.

#### **Art. 137 Abs. 3**

<sup>3</sup> Der Versicherte kann die Versicherung nach Ablauf der Mindestdauer mit einer im Vertrag festzusetzenden Kündigungsfrist von höchstens drei Monaten jeweils auf das Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die gleiche Möglichkeit steht dem Versicherer zu. In diesem Fall ist die Kündigung schriftlich zu begründen.

#### **Art. 138, 139 Abs. 2 und 147**

*Betrifft nur den italienischen Text*

#### **Art. 147a** Übergangsbestimmung zur Änderung vom 15. Dezember 1997

Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, und Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt.

#### II

Die Anhänge 1–3 erhalten die neue Fassung gemäss Beilage.

#### III

Die Verordnung vom 24. Januar 1996<sup>8</sup> über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen wird wie folgt geändert:

#### **Art. 6 Abs. 2 zweiter Satz**

2 ... Artikel 99 Absatz 2 der Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>9</sup> über die Unfallversicherung ist nicht anwendbar.

#### IV

Diese Änderung tritt am 1. Januar 1998 in Kraft.

---

<sup>7</sup> SR **832.30**

<sup>8</sup> SR **837.171**

<sup>9</sup> SR **832.202**; AS 1997 ...

## Berufskrankheiten

### Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen nach Artikel 14 der Verordnung

#### 1. Als schädigende Stoffe im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 des Gesetzes gelten:

Acetaldehyd	Chromverbindungen
Acetate, nur Methyl-, Äthyl-, Butyl-, Amyl-, Vinylacetat	Cyan und seine Verbindungen
Aceton	Diazomethan
Acetylen	Dimethylformamid
Acridin	Dioxan
Acrolein	
Acrylamid	Epoxidharze
Aethylenimin	Essigsäure
Aethylenoxid	Essigsäureanhydrid
Alkaloide	
Alkylamine	Fluor und seine Verbindungen
Aluminiumchlorid	Formaldehyd
Ameisensäure	Formamid
Ammoniak	
Anthracen	Glykole, ihre Äther und deren Ester
Antimon und seine Verbindungen	
Arsen und seine Verbindungen	Halogenierte organische Verbindungen
Arylamine	n-Hexan
Asbeststaub	Holzstaub
	Hydrazin und seine Derivate
Barium und seine in verdünnten Säuren löslichen Verbindungen	Hydroxylamin
Benzine	Isocyanate
Benzol	
Beryllium, seine Verbindungen und Legierungen	Jod
Bitumen	Kaliumchlorat
Blei, seine Verbindungen und Legierungen	Kaliumhydroxid
Brom	Kautschukadditive
	Keten
	Kobalt und seine Verbindungen
Cadmium und seine Verbindungen	Kohlenmonoxid
Calciumcarbid	Kolophonium
Calciumhydroxid (gelöschter Kalk)	
Calciumoxid (gebrannter Kalk)	Latex
Carbamate und ihre Verbindungen	
Chlor	Maleinsäureanhydrid
Chlorkalk	Mangan und seine Verbindungen
Chlorschwefel	Methanol
Chlorsulfonsäure	Methyläthylketon

Mineralöladditive	Salzsäure
Mineralöle	Schwefeldioxid
	Schwefelkohlenstoff
Naphtalin und seine Verbindungen	Schwefelnatrium
Natriumchlorat	Schwefelsäure, ihre Salze (Sulfate) und Ester
Natriumhydroxid	Schwefelsäureanhydrid
Nickel Schwefelnatrium	Schwefelwasserstoff
Nickelcarbonyl	Schweflige Säure und ihre Salze (Sulfite)
Nitroglycerin	Selen und seine Verbindungen
Nitroglykole	Stickstoffwasserstoffsäure und ihre Salze (Azide)
Nitrose Gase	Styrol
Nitroverbindungen, organische	Sulfurylchlorid
Ozon	
Paraffin	Teer
Peroxide	Teerpech
Persulfate	Terpentinöl
Petrol	Thalliumverbindungen
Phenol und seine Homologen	Thiocyanate (Sulfocyanate)
Phenylhydroxylamin	Thionylchlorid
Phosgen	Toluol
Phosphor und seine Verbindungen	2,4,6-Trichlor-1,3,5-triazin (Cyanursäurechlorid)
Phthalsäureanhydrid	Trimellithsäureanhydrid
Platin-Komplexsalze	
Pyridin und seine Homologen	
Quecksilber, seine Verbindungen und Legierungen	Vanadium und seine Verbindungen
Salpetersäure	Xylole
Salpetrige Säure, ihre Salze (Nitrite) und Ester	Zement
	Zink und seine Verbindungen
	Zinnverbindungen

## 2. Als arbeitsbedingte Erkrankungen im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 des Gesetzes gelten:

Erkrankungen	Arbeiten
<i>a. Erkrankungen durch physikalische Einwirkungen:</i>	
Hautblasen, -risse, -schrunden, -schürfungen, -schwielen	Alle Arbeiten
Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	Alle Arbeiten
Drucklähmung der Nerven	Alle Arbeiten
Sogenannte Sehnenscheidenentzündung ( <i>Peritendinitis crepitans</i> )	Alle Arbeiten
Erhebliche Schädigungen des Gehörs	Arbeiten im Lärm
Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft	Alle Arbeiten

Erkrankungen	Arbeiten
Erfrierungen, ausgenommen Frostbeulen	Alle Arbeiten
Sonnenbrand, Sonnenstich, Hitzschlag	Alle Arbeiten
Erkrankungen durch Ultraschall und Infrarot	Alle Arbeiten
Erkrankungen durch Vibrationen (nur radiologisch nachweisbare Einwirkungen auf Knochen und Gelenke, Einwirkungen auf den peripheren Kreislauf)	Alle Arbeiten
Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	Alle Arbeiten
Erkrankungen durch nicht ionisierende Strahlen (Laser, Mikrowellen, Ultraviolett, Infrarot usw.)	Alle Arbeiten
<i>b. Andere Erkrankungen:</i>	
Staublungen	Arbeiten in Stäuben von Aluminium, Silikaten, Graphit, Kieselsäure, (Quarz) Hartmetallen
Erkrankungen der Atmungsorgane	Arbeiten in Stäuben von Baumwolle, Hanf, Flachs, Getreide und Mehl von Weizen und Roggen, Enzymen, Schimmelpilzen
Hautkrebse und hiezu neigende Hautveränderungen	Alle Arbeiten mit Verbindungen, Produkten oder Rückständen von Teer, Pech, Erdpech, Mineralöl, Paraffin
Infektionskrankheiten	Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen
Durch Kontakt mit Tieren verursachte Krankheiten	Tierhaltung und Tierpflege sowie Tätigkeiten, die durch Umgang oder Berührung mit Tieren, mit tierischen Teilen, Erzeugnissen und Abgängen zur Erkrankung Anlass geben; Ein- und Ausladen sowie Beförderung von Waren
Amöbiasis, Gelbfieber, Hepatitis A, Hepatitis E, Malaria	Beruflich bedingter Aufenthalt ausserhalb Europas
Ankylostomiasis, Cholera, Clonorchiasis, Filariasis, Hämorrhagische Fieber, Leishmaniasis, Lepra, Onchozerciasis, Salmonellen, Shigellosen, Schistosomiasis, Strongyloidiasis, Trachom, Trypanosomiasis	Beruflich bedingter Aufenthalt in tropischen/subtropischen Gebieten

## Taggeld-Berechnung

Das Taggeld wird mit folgender verbindlichen Formel berechnet:

$$\frac{\text{versicherter Jahresverdienst}}{365} \times 80\%$$

### Beispiele

#### a) Monatslohn

Grundlohn pro Monat	Fr. 3 650.–	
13. Monatslohn	Fr. 3 650.–	
Familienzulagen pro Monat	Fr. 365.–	
Jahreslohn: Fr. 3'650.- x 12		Fr. 43 800.–
13. Monatslohn		Fr. 3 650.–
Familienzulagen: Fr. 365.- x 12		Fr. 4 380.–
Jahresverdienst		Fr. 51 830.–
Taggeld:	$\frac{51\,830.-}{365} \times 80\% =$	Fr. 113.60
Anzahl Tage: 13		
Total: 13 x 113.60 = Fr. 1 476.80 gerundet auf		<b>Fr. 1 477.–</b>

#### b) Stundenlohn

Grundlohn pro Stunde	Fr. 18.25	
Familienzulagen pro Monat	Fr. 365.–	
13. Monatslohn 8,33%		
Arbeitszeit: 45 Stunden pro Woche		
Jahreslohn: Fr. 18.25 x 45 x 52		Fr. 42 705.–
13. Monatslohn		Fr. 3 557.30
Familienzulagen: Fr. 365.– x 12		Fr. 4 380.–
Jahresverdienst		Fr. 50 642.30
Taggeld:	$\frac{50\,642.30}{365} \times 80\% =$	Fr. 113.60
Anzahl Tage: 22		
Total: 22 x 111.– =		<b>Fr. 2 442.–</b>

## Bemessung der Integritätsentschädigung

1. Für die nachstehend genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes.

Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher und geistiger Integritätsschäden.

Integritätsschäden, die gemäss nachstehender Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung.

Der Integritätsschaden wird – mit Ausnahme der Sehhilfen – ohne Hilfsmittel beurteilt.

2. Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt. Bei teilweisem Verlust und bei teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer; die Entschädigung entfällt jedoch ganz, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe.

### Skala der Integritätsentschädigung

	Prozent		Prozent
Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Gliedes des Daumens	5	Verlust des Sehvermögens auf einer Seite	15
Verlust eines Daumens	20	Vollständige Taubheit	15
Verlust einer Hand	40	Vollständige Blindheit	15
Verlust eines Arms im Ellbogen oder oberhalb desselben	50	Habituelle Schulterluxation	10
Verlust einer Grosszehe	5	Schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit	25
Verlust eines Fusses	30	Sehr starke schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50
Verlust eines Beines im Kniegelenk	40	Paraplegie	90
Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks	50	Tetraplegie	100
Verlust einer Ohrmuschel	10	Sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion	80
Verlust der Nase	30	Sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion	80
Skalpierung	30	Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit	20
Sehr schwere Entstellung im Gesicht	50	Verlust einer Niere	20
Verlust einer Niere	20	Verlust der Milz	10
Verlust der Milz	10	Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40
Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit	40	Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinnes	15
Verlust des Geruchs- oder Geschmacksinnes	15	Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15
Verlust des Gehörs auf einem Ohr	15	Posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle	30
		Sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom	80

## **Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen**

### **Art. 1** Begriff des Arbeitnehmers

In der Expertengruppe wurden zwei Varianten diskutiert: Einerseits ein direkter Verweis auf die AHV-Gesetzgebung und andererseits die blosser Ergänzung der heute geltenden Regelung.

Der Bundesrat hat sich aus den folgenden Gründen für den direkten Verweis in der UVV auf die AHV-Gesetzgebung entschieden: Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) gebietet der Gesichtspunkt der Koordination, dass sich der Unfallversicherer grundsätzlich an die nach den Vorschriften der AHV erfolgte Qualifikation einer Erwerbstätigkeit zu halten hat (RKUV 1992 Nr. U 155 S. 255 E. 2c). Überdies gelten seit dem 1. Januar 1994 sowohl für die AHV wie die Unfallversicherung einheitliche Richtlinien des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) für die Beurteilung der sozialversicherungsrechtlichen Stellung von erwerbstätigen Personen, welche die Koordination der beiden Arbeitnehmerbegriffe bezwecken. Der ATSG-Entwurf sieht einen einheitlichen Arbeitnehmerbegriff für alle Sozialversicherungszweige vor. Auch die vom EVD eingesetzte interdepartementale Arbeitsgruppe zur Förderung der Klein- und Mittelbetriebe (KMU) verlangt in ihrem Schlussbericht eine verstärkte Koordination.

Nach der neuen Lösung ist eine Person, die in der AHV als unselbständigerwerbend betrachtet wird, grundsätzlich immer auch Arbeitnehmer/-in im Sinne des UVG. Die davon abweichenden Ausnahmen und Sonderfälle in den Art. 1a und 2 sind abschliessend.

### **Art. 1a** Versicherungspflicht in Sonderfällen

Die Vorschrift entspricht dem Art. 1 heutige Fassung. Der Versicherungsschutz der Schnupperlehrlinge, Insassen von Straf-, Verwahrungs- und Arbeitserziehungsanstalten sowie von Erziehungsheimen und der Angehörigen religiöser Gemeinschaften wird wie bisher unabhängig von der AHV-Stellung beibehalten, weshalb für diese Personen die Versicherungspflicht hier speziell zu regeln ist.

#### *Absatz 1*

Die Regelung erfuhr insofern eine Änderung, als die Worte «für die Dauer dieser Tätigkeit» gestrichen wurden. Mit dieser Beschränkung sollte ursprünglich die 30tägige Nachdeckung (gemäss Art. 3 Abs. 2 UVG) für Schnupperlehrlinge ausgeschlossen werden. Das führte zu Abgrenzungs-

schwierigkeiten gegenüber Hilfskräften, für welche die Nachdeckung wirksam wurde.

#### *Absätze 2 und 3*

Materiell wurde die alte Rechtslage beibehalten.

#### *Absatz 4*

Es wird präzisiert, dass für Versicherte nach Abs. 2 und 3 Arbeitswegunfälle als Berufsunfälle gelten, und zwar unabhängig davon, wie viele Wochenstunden diese Versicherten für einen Arbeitgeber tätig sind. Dies stellt eine Abweichung von der Regel dar, wonach Unfälle auf dem Arbeitsweg grundsätzlich unter die Nichtberufsunfallversicherung fallen.

### **Art. 2** Ausnahmen von der Versicherungspflicht

#### *Absatz 1*

Durch den generellen Verweis auf die AHV-rechtliche Regelung in Art. 1 werden die bisherigen Bst. b und c obsolet. Ferner werden in den neu aufgenommenen Bst. f, g und h diejenigen Personen aufgeführt, die aus praktischen und konzeptionellen Überlegungen nicht mit Arbeitnehmern gleichzustellen sind, obwohl sie AHV-rechtlich als Unselbständigerwerbende erfasst werden.

#### *Absatz 2*

Wer bis zu Fr. 2000.– (Art. 8<sup>bis</sup> AHVV) pro Jahr als Nebenverdienst oder Entgelt eines Nebenamtes erzielt, kann diesen Betrag im Einverständnis mit dem Arbeitgeber von der AHV-Beitragspflicht ausnehmen und war bisher damit für diesen Nebenverdienst nicht mehr speziell unfallversichert (geltender Art. 2 Bst. d UVV). Wie bis anhin sollen Personen, die einen Nebenerwerb oder ein Nebenamt ausüben, grundsätzlich unfallversichert sein. Sie können jedoch, sofern das Entgelt den in Art. 8<sup>bis</sup> AHVV erwähnten Betrag nicht übersteigt, unabhängig von der gewählten AHV-Lösung auf die Unfallversicherungsdeckung speziell für diese Tätigkeit verzichten. Dieser Verzicht hat nur Wirkung, wenn er beim zuständigen Unfallversicherer im voraus schriftlich und mit Zustimmung des Arbeitgebers erfolgt ist.

### **Art. 4** Entsandte Arbeitnehmer

Gegenüber der bisherigen Regelung wird mit der Änderung des zweiten Satzes dieser Bestimmung die Weiterdauer der Versicherung für ins Aus-

land entsandte Arbeitnehmer aus administrativen Gründen von einem auf zwei Jahre verlängert.

Eine analoge Änderung von Art. 6 Abs. 2 für die in die Schweiz entsandten Arbeitnehmer drängt sich nicht auf, zumal es Fälle geben kann, in denen diese Arbeitnehmer über keinen Versicherungsschutz verfügen.

## **Art. 9** Unfälle und unfallähnliche Körperschädigungen

### *Absatz 2*

Gemäss der alten Bestimmung waren die aufgelisteten Körperschädigungen von der Unfallversicherung zu übernehmen, selbst wenn sie ausschliesslich die Folge einer Krankheit oder einer Degeneration waren. Ein Vorbehalt wurde lediglich bei den Knochenbrüchen (Bst. a) gemacht. Dies hatte zur Konsequenz, dass viele Schädigungen rein degenerativer Natur (z.B. biologische Alterungsprozesse) zu übernehmen waren, was der Zielsetzung der Unfallversicherung widersprach. Gemäss der neuen Regelung sollen deshalb rein degenerativ oder krankheitsbedingte Körperschädigungen von der Unfallversicherung nicht mehr übernommen werden. Der Unfallversicherer trägt hierbei die Beweislast.

Es entspricht der bisherigen Lehre und Rechtsprechung, dass die Liste der in diesem Absatz aufgeführten Körperschädigungen abschliessend ist. Dies wird neu ausdrücklich festgehalten.

### *Absatz 3*

Es ist zu präzisieren, dass Verschleisserscheinungen an körperfremden Ersatzstrukturen (z. B. Prothesen), welche infolge einer Krankheit eingesetzt worden waren, nicht unter Körperschädigungen im Sinne von Abs. 2 subsumiert werden können. Sie werden deshalb ausdrücklich von der Leistungspflicht ausgenommen. Demgegenüber sind Abnutzungsschäden an Ersatzstrukturen, die wegen eines versicherten Unfalls eingesetzt wurden, vom Unfallversicherer zu übernehmen. Für Folgeschäden aus einem früheren versicherten Unfall besteht demnach eine Leistungspflicht des Versicherers.

Bei unfallbedingten Schäden an Prothesen und Ersatzteilen ist die Unfallversicherung unabhängig davon, ob die Prothese oder das Ersatzteil wegen eines versicherten Unfalls eingesetzt wurde oder nicht, gemäss Art. 12 UVG grundsätzlich leistungspflichtig.

**Art. 18** Hauspflege

*Absatz 1*

Durch die Neuformulierung des ersten Satzes wird klargestellt, dass die Versicherer – im Gegensatz zu Abs. 2 – kein Ermessen haben.

Im Einklang mit der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 51 KVV) werden nun auch in der obligatorischen Unfallversicherung die Leistungen von Angestellten der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen) übernommen. Demgegenüber werden die bisher von den Versicherern übernommenen Hauspflegeleistungen unverändert beibehalten.

Der letzte Satz wird gestrichen, da es selbstverständlich ist, dass Tarifvereinbarungen abgeschlossen werden können.

**Art. 22** Versicherter Verdienst im allgemeinen

*Absatz 3*

Der letzte Satz der alten Bestimmung war nicht mehr notwendig, zumal derselbe Inhalt neu mittels einer Formel in Anhang 2 festgehalten wird (vgl. Art. 25 Abs. 1).

*Absatz 3<sup>bis</sup>*

Erlitt ein UVG-Versicherter während einer Eingliederungsmassnahme der IV, welche ihn zum Bezug von Taggeldern der IV ermächtigte, einen Unfall, hatte er gemäss Art. 22 Abs. 3 UVV – falls er während der Eingliederungsmassnahme der IV keinen Lohn erzielte – nach der alten Regelung nur noch Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung im Umfang von 80% des vorherigen Taggeldes der IV. Dies führte bisweilen zu unverhältnismässig tiefen Taggeldern der Unfallversicherung.

Gemäss Art. 25<sup>bis</sup> IVG bestand bei Ablösung des Taggeldes der Unfallversicherung durch ein Taggeld der IV bereits eine Besitzstandsgarantie. Für den Umkehrfall, d. h. der Ablösung eines Taggeldes der IV durch ein solches der Unfallversicherung, wurde, gestützt auf den Art. 15 Abs. 3 Bst. c UVG, neu eine analoge Besitzstandsgarantie eingeführt.

*Absatz 4*

Anstelle von Saisonbeschäftigung ist nun von einer zum voraus befristeten Beschäftigung die Rede. Diese Neuformulierung übernimmt die Rechtsprechung, wonach bei unterjährigen Arbeitsverhältnissen bei zum vornherein befristeter Tätigkeit keine Umrechnung auf ein volles Jahr erfolgt.

## **Art. 23**      Massgebender Lohn für das Taggeld in Sonderfällen

### *Absatz 6*

Diese Bestimmung wurde zuerst wegen der Herabsetzung des Mündigkeitsalters auf 18 Jahre geändert. In Übereinstimmung mit der IV wird nun auf das vollendete 20. Altersjahr anstelle der Volljährigkeit abgestellt. Des weiteren wurde einerseits die Umschreibung des Personenkreises (Praktikanten, Volontäre, Schnupperlehrlinge, Personen, die zur Ausbildung in beruflichen Eingliederungsstätten für Behinderte tätig sind u. a.) an Art. 115 Abs. 1 Bst. b angepasst. Neu werden andererseits Lehrlinge von der Sonderregelung ausgenommen, da ein Taggeldminimum von 20% (Fr. 53.40 pro Tag oder Fr. 1602.– pro Monat) bzw. 10% (Fr. 26.70 pro Tag oder Fr. 801.– pro Monat) des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes zuweilen über dem Lehrlingslohn liegt. Dies könnte zu einem falschen Verständnis des Sozialstaates führen.

### *Absatz 7*

Es wird nicht mehr auf die Dauer der Taggeldberechtigung, sondern auf die Dauer der Heilbehandlung abgestellt, um eine Anpassung des Taggeldes an die Lohnentwicklung vorzunehmen. Diese Änderung entspricht der bestehenden Praxis. Sie soll die Ungleichbehandlung von folgenden Fällen verhindern:

- a) die Arbeitsunfähigkeit tritt nicht sofort nach einem Unfall, sondern erst nach einer späteren Operation ein;
- b) die Arbeitsunfähigkeit entsteht unmittelbar nach dem Unfall.

### *Absatz 9 (neu)*

Dieser neue Absatz trägt der Rechtsprechung des EVG Rechnung, wonach die unfallbedingte Verlängerung der Berufsausbildung in die Invaliditätsschätzung einzubeziehen ist. Oftmals führt ein Unfall zu einer Verlängerung der Berufsausbildung. Die Rechtsgleichheit gebietet, unabhängig davon, ob eine Invalidität zurückbleibt, dafür eine Entschädigung vorzusehen. Die Auszahlung eines Teiltaggeldes für die Dauer der Ausbildungsverlängerung ist auf maximal ein Jahr befristet.

## **Art. 24**      Massgebender Lohn für Renten in Sonderfällen

### *Absatz 4*

Es wird im Sinne der bisherigen Praxis präzisiert, dass nur eine Rente ausgerichtet wird, wenn die Invalidität auf mehrere Unfälle zurückzuführen ist (Rentenkombination).

### Absatz 5

Die ersatzlose Streichung des Absatzes steht im Zusammenhang mit der Neufassung von Art. 28 Abs. 3 UVV. Auch dort geht es um eine vorbestehende Invalidität, die durch Unfall verschlimmert wird. Das Problem besteht darin, dass Art. 24 Abs. 5 und Art. 28 Abs. 3 UVV in Verbindung mit Art. 36 UVG nicht aufeinander abgestimmt sind, so dass eine zu hohe Invalidenrente resultieren kann. Dies lässt sich anhand des folgenden Beispiels aufzeigen:

Eine geistig behinderte versicherte Person arbeitet in einer geschützten Werkstatt. Sie erhält einen Monatslohn von Fr. 500.– (Jahreslohn Fr. 6500.–) und bezieht eine ganze Rente der IV. Bei einem Arbeitsunfall büsst sie den Gebrauch beider Hände ein. Der Invaliditätsgrad (nach Art. 28 Abs. 3 UVV) beträgt 100%. Die Invalidenrente berechnet sich wie folgt:

- a) bei Aufwertung des Jahresverdienstes auf der Basis von Art. 26 Abs. 1 IVV gemäss Art. 24 Abs. 5 UVV [Voraussetzung: Schäden trennbar, so dass Art. 36 Abs. 2 UVG nicht anwendbar ist]:

$80\% \times \text{Fr. } 62\,500$ (gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV) = Fr. 50 000.–/Jahr bzw. Fr. 4 166.–/Monat
---

- b) bei Streichung von Art. 24 Abs. 5:

$80\% \times \text{Fr. } 6\,500$	= Fr. 5 200.–/Jahr bzw. Fr. 436.–/Monat
----------------------------------	--

Die vorgeschlagene Streichung von Art. 24 Abs. 5 UVV bedeutet, dass in allen Fällen, wo ein nicht versicherter Vorzustand mit erwerblichen Auswirkungen vorliegt, die Rentenberechnungsbasis (der Jahresverdienst) nicht aufgewertet wird und im Gegenzug keine Kürzung nach Art. 36 Abs. 2 UVG erfolgt. In diesen Fällen wird die Invalidität gemäss Art. 28 Abs. 3 UVV geschätzt (zur ganzen Problematik vgl. Peter Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Freiburger Diss., 1995, S. 134 ff.).

### **Art. 25**      Höhe des Taggeldes

#### *Absatz 1*

Es wird neu auf die Taggeldberechnung gemäss Anhang 2 verwiesen (vgl. Art. 22 Abs. 3).

#### *Absatz 3*

Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen vom 24. Januar 1996 (UVAL; SR 837.171) wurde Art. 25 Abs.

3 UVV aufgehoben. Diese Bestimmung präziserte für den Fall des Zusammentreffens von Taggeldern der Unfallversicherung mit solchen der Arbeitslosenversicherung, in welchem Umfang Taggelder der Unfallversicherung zu erbringen sind.

Eine Taggeld-Koordination zwischen der Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung ist nicht nur für Personen erforderlich, die zur Zeit des Unfalls arbeitslos sind – für jene gilt seit dem 1. Januar 1996 der Art. 5 Abs. 4 UVAL –, sondern auch für Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls erwerbstätig sind und erst später arbeitslos werden. Die Streichung von Art. 25 Abs. 3 UVV erfolgte versehentlich und ist daher rückgängig zu machen.

#### **Art. 28**      Sonderfälle der Bestimmung des Invaliditätsgrades

##### *Absatz 3*

Die bisherige Formulierung gab zu Missverständnissen Anlass. Sie wird deshalb präzisiert und redaktionell verbessert. Da bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades auf das bereits reduzierte Einkommen vor dem Unfall abgestellt wird, erübrigt sich eine Kürzung nach Art. 36 Abs. 2 UVG. Zur ganzen Problematik siehe auch das unter Art. 24 Abs. 5 Gesagte.

#### **Art. 30**      Übergangsrente

##### *Absatz 1*

In der Praxis hatte sich gezeigt, dass die Übergangsrente zuweilen falsche Erwartungen bezüglich der Höhe der zukünftigen Rente geweckt hat. Der Gedanke, dass es sich um vorübergehende, provisorisch festgesetzte Geldleistungen handelt, soll in der Artikelüberschrift und im Text besser zum Ausdruck kommen.

Die alte Formulierung liess überdies die Frage unbeantwortet, ab welchem Zeitpunkt die Übergangsrente durch eine definitive Rente abgelöst wird, wenn die IV nach einer Prüfungsphase Eingliederungsmassnahmen als nicht sinnvoll erachtet. Es wird deshalb ausdrücklich festgehalten, zu welchem Zeitpunkt die Übergangsrente erlischt.

##### *Absatz 2*

Es kommt vor, dass eine berufliche Eingliederung im Ausland erfolgt, wobei die ausländische Ordnung nicht derjenigen in der Schweiz entspricht. In diesem Fall ist die in Abs. 1 getroffene Regelung für das Erlöschen der Übergangsrente nicht direkt anwendbar. Deshalb soll in der vorliegenden neuen Bestimmung festgehalten werden, dass im Falle der beruflichen Ein-

gliederung im Ausland die Übergangsrente bis zum Abschluss der Eingliederung ausgerichtet wird.

Zur Vermeidung der Überversicherung sollen Geldleistungen ausländischer Sozialversicherungen berücksichtigt werden.

#### **Art. 36**

##### *Absatz 4*

Ziff. 3 des Anhanges 3 wurde in den Verordnungstext eingefügt. Nach der Gerichtspraxis ist bei einer nicht voraussehbaren Verschlimmerung des Integritätsschadens eine Revision gerechtfertigt. Deshalb wird gemäss neuer Formulierung in Ausnahmefällen eine Revision zugelassen.

#### **Art. 51**      Zusammentreffen mit anderen Sozialversicherungsleistungen

##### *Absatz 3*

Gemäss Rechtsprechung des EVG ist der aus der Verwertung einer Restarbeitsfähigkeit effektiv erzielte Verdienst zu berücksichtigen, nicht hingegen ein hypothetisches Einkommen, das bei zumutbarer Ausnutzung der Restarbeitsfähigkeit hätte erzielt werden können. Im übrigen hält auch die entsprechende Vorschrift in der beruflichen Vorsorge fest, dass «das weiterhin erzielte Erwerbseinkommen angerechnet» wird (Art. 24 Abs. 2 der Verordnung vom 18. April 1984 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, BVV2; SR 831.441.1). Zur Klarstellung und aus koordinationsrechtlichen Gründen ist demnach in der Verordnung ausdrücklich festzuhalten, dass ein tatsächlich erzielt Einkommen bei der Berechnung des mutmasslich entgangenen Verdienstes angerechnet werden muss.

#### **Art. 62**      Rentenauszahlung

##### *Absatz 1*

Die Änderung sieht keine Verpflichtung zur Barauszahlung mehr vor, da sich in der Praxis bereits seit geraumer Zeit die Zahlung über Post- oder Bankkonto durchgesetzt hat. Eine Beschränkung auf bestimmte Zahlungsformen erscheint nicht zeitgemäss.

#### **Art. 69**      Chiropraktoren, medizinische Hilfspersonen und Laboratorien

In Anpassung an das neue Krankenversicherungsrecht wird der Verweis auch auf Art. 46 (generelle Norm für Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen

beschäftigen), Art. 51 (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) und Art. 52 KVV (Organisationen der Ergotherapie) ausgedehnt. Neu gelten demzufolge auch Organisationen, die medizinische Hilfspersonen beschäftigen (z. B. Spitexorganisationen), als Leistungserbringer.

## **Art. 70** Vereinbarungen

### *Absatz 2*

Das alte Recht hielt fest, dass in den Zusammenarbeits- und Tarifverträgen zwischen den Versicherern und den Heil- oder Kuranstalten die zusätzliche Rechnungsstellung für die Behandlung von Versicherten, die auf eigenen Wunsch oder auf Wunsch ihrer Angehörigen in der privaten oder halbprivaten Abteilung untergebracht werden, geregelt werden muss.

Diese Regelung entsprach einem praktischen Bedürfnis. Indessen wurde seit ihrem Inkrafttreten immer wieder ihre Gesetzmässigkeit in Frage gestellt. Gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG darf der Bundesrat nur die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung – also der Grundversicherung – und nicht darüber hinausgehende Leistungen näher umschreiben. Unter diesen Umständen erschien es angezeigt, die Vorschrift zu streichen.

### *Absatz 3*

Die Regelung wurde an Art. 46 Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) angepasst, womit die Kündigungsfrist neu mindestens 6 Monate beträgt.

## **Art. 90** Registrierung

### *Absatz 4*

Die Verpflichtung, jährlich eine neue Liste herauszugeben, wurde aus praktischen Gründen gelockert, so dass das BSV die Broschüre auch weniger häufig als einmal pro Jahr herausgeben kann. Die Interessierten können die aktualisierte Liste vom BSV nach wie vor laufend beziehen.

## **Art. 96** Weitere Aufgaben und Berichterstattung

### *Absatz 1*

Der bisherige Abs. 1 ermächtigte das Departement des Innern (EDI), der Ersatzkasse Aufgaben der Unfall- und Leistungsstatistik zu übertragen. Diese Ermächtigung wurde mit Einsetzung der Statistikkommission UVG und der Einrichtung einer Sammelstelle aufgrund der Verordnung vom 15.

August 1994 über die Statistiken der Unfallversicherung (VSUV; SR 431.835) überflüssig.

Anstelle dieser Regelung wird die Ersatzkasse verpflichtet, die durch die Leistungsaushilfe anfallenden Kosten gemäss Art. 103a Abs. 2 unter den Versicherern nach Art. 68 des Gesetzes aufzuteilen. Diese Aufgabe hatte die Ersatzkasse bisher freiwillig wahrgenommen.

**Art. 99**      Leistungspflicht bei Versicherten mit mehreren Arbeitgebern

*Absatz 2*

Nach Art. 77 Abs. 3 Bst. a UVG ordnet der Bundesrat die Leistungspflicht und das Zusammenwirken der Versicherer für Arbeitnehmer, die von verschiedenen Arbeitgebern beschäftigt werden. Dabei kann er gemäss EVG auch von dem in Art. 77 Abs. 1 und 2 UVG enthaltenen Grundsatz abweichen, wonach nur ein Versicherer gegenüber dem Arbeitnehmer leistungspflichtig ist.

Gestützt auf die bisherige Regelung konnte ein Versicherer, obwohl er nur auf einem kleinen Anteil des Gesamtverdienstes Prämien erhalten hatte, für die Leistung aufgrund des gesamten versicherten Verdienstes leistungspflichtig werden. Die Versicherer der anderen Arbeitgeber hatten ihm keine Versicherungsleistungen zurückzuerstatten. Diesfalls bestand ein Missverhältnis zwischen seiner Leistungspflicht und den erhaltenen Prämien. Um dieser unbefriedigenden Situation zu begegnen, wurde die vorliegende Lösung getroffen. Diese betrifft nur das Innenverhältnis zwischen den Versicherern und hat deshalb für die Versicherten keine direkten Auswirkungen.

**Art. 103a (neu)**      Erfüllung internationaler Verpflichtungen

Diese Bestimmung bildet das Pendant für die Unfallversicherung zu Art. 19 KVV welcher sich auf Art. 18 KVG stützt. Der SUVA wird neu explizit – was sie bereits heute freiwillig tut – die Leistungsaushilfe übertragen (d. h. die Erstattung von in der Schweiz angefallenen Pflegekosten für Personen, die der Sozialgesetzgebung eines anderen Staates unterstellt sind), wenn diese in einem Übereinkommen über die soziale Sicherheit oder einem anderen die Schweiz verpflichtenden internationalen (oder europäischen) Abkommen vorgesehen ist. Die Verwaltungskosten werden zwischen der SUVA und den Versicherern nach Art. 68 UVG aufgeteilt. Weiter wird festgehalten, dass die Eidgenossenschaft – da die SUVA im Interesse der Schweiz tätig ist – die durch die Vorfinanzierung der Leistungsaushilfe entstehenden Zinskosten trägt (vgl. Art. 19 Abs. 3 KVV).

## **Art. 105** Einheitliche Statistiken

### *Absatz 1*

Die bisherige Fassung sah vor, dass das Departement des Innern (EDI) eine von den Versicherern gemeinsam erarbeitete Regelung für die Führung einheitlicher Statistiken genehmigt. Das Bundesamt für Justiz erachtete diese Delegation als zu weitgehend und deshalb gesetzwidrig. Aus diesem Grund erliess das EDI die VSUV (vgl. Art. 96 Abs. 1). Die Neufassung der Bestimmung trägt dieser neuen Rechtslage Rechnung.

### *Absatz 3*

Weil der zweite Satz der Bestimmung bereits in Art. 2 Abs. 2 VSUV enthalten ist, kann er hier gestrichen werden.

### *Absatz 5*

Da im Jahre 1995 die gesamte Lohnstatistik vom BIGA an das Bundesamt für Statistik transferiert worden ist, musste Absatz 5 entsprechend geändert werden.

## **Art. 112** Wechsel des Versicherers

### *Absätze 1 und 2*

Gemäss Rechtsprechung war der alte Art. 112 Abs. 2 UVV gesetzwidrig, soweit er den Art. 77 Abs. 1 und 2 UVG abänderte. Insbesondere könne die Verordnung – ausser in den Fällen von Art. 77 Abs. 3 UVG – nicht vom Grundsatz abweichen, wonach bei einem Versichererwechsel der gesamte Schaden beim alten Versicherer verbleibt. Deshalb konnte die bisherige Regelung nicht aufrechterhalten werden.

Lediglich für die Finanzierung der Teuerungszulagen kann vom erwähnten Grundsatz abgewichen werden. Da die Teuerungszulagen allenfalls über Prämienzuschläge im Umlageverfahren (Art. 92 Abs. 1 UVG) – und nicht im Kapitaldeckungsverfahren – finanziert werden müssen, kann der bisherige Versicherer für denjenigen Teil der Teuerungszulagen, der nicht durch Zinsüberschüsse finanzierbar ist, eine entsprechende Forderung gegenüber der Ersatzkasse oder der SUVA geltend machen.

Im Sinne der Transparenz und der Lesbarkeit der Norm ist es notwendig, im Abs. 1 den Grundsatz des Art. 77 UVG zu wiederholen und dann im Abs. 2 die beschriebene Ausnahme zu statuieren.

### *Absatz 3*

Diese Bestimmung fällt infolge des Systemwechsels in den Abs. 1 und 2 (hängige Fälle werden nun vom bisherigen Versicherer gedeckt) weg.

## **Art. 113** Klassen und Stufen

### *Absatz 3*

#### *Satz 1*

Die Änderung des ist rein formell. Es wird deutlicher festgehalten, bis zu welchem Zeitpunkt die Änderungen der Prämientarife sowie der Zuteilung zu den Klassen und Stufen mitgeteilt werden müssen.

#### *(Satz 2)*

Die Verordnung setzt neu einen Termin, bis zu welchem die Betriebsinhaber Anträge auf Änderung der Zuteilung zu den Klassen und Stufen der Prämientarife einreichen müssen.

## **Art. 114** Prämienzuschläge für Verwaltungskosten

### *Absatz 2*

Gemäss der alten Fassung durften die Zuschläge für die Verwaltungskosten der Versicherer nach Art. 68 UVG höchstens 10 Prozentpunkte höher sein als jene der SUVA, welche momentan 12,5% der Nettoprämien betragen. Unterschiedlich hohe Verwaltungskostenzuschläge zwischen der SUVA und den übrigen Versicherern rechtfertigen sich wegen der unterschiedlichen Portfeuille-Zusammensetzung sowie der Strukturunterschiede.

Einer Empfehlung des Preisüberwachers zufolge soll bei der Prämiengestaltung der UVG-Versicherer mehr Wettbewerb herrschen. Dies betrifft vor allem auch die Höhe der Verwaltungskostenzuschläge. Um mehr Spielraum nach unten zu erhalten, dürfen die Verwaltungskostenzuschläge der Versicherer nach Art. 68 UVG neu höchstens 15 Prozentpunkte höher sein als jene der SUVA. Damit beträgt die Höchstgrenze zur Zeit 27,5% der Nettoprämien.

### *Absatz 3*

Gestützt auf Art. 92 Abs. 1 UVG stand dem BSV bereits bisher die Kompetenz zu, von den Versicherern Auskünfte über die Erhebung von Verwaltungskostenzuschlägen zu verlangen. Da jedoch die Prämientarife von den Bundesbehörden nicht mehr genehmigt werden und den Versicherern gemäss Revisionsvorlage eine relativ grosse Bandbreite zur Festsetzung der Zuschläge offensteht, rechtfertigt es sich, die Ermächtigung der Aufsichtsbehörde in der Verordnung ausdrücklich zu wiederholen.

## **Art. 115** Prämienpflichtiger Verdienst

### *Absatz 1*

#### *Buchstabe b*

Die alte Fassung stellte für die Festlegung des minimalen prämienpflichtigen Verdienstes bei Praktikanten, Volontären und zur Abklärung der Berufswahl oder in Lehrwerkstätten tätigen Personen auf das Mündigkeitsalter ab. Durch eine Änderung des Zivilgesetzbuches wurde das zivilrechtliche Mündigkeitsalters vom 20. auf das vollendete 18. Lebensjahr herabgesetzt (AS 1995 1126, in Kraft seit dem 1. Januar 1996). Die Gründe, welche zur Änderung des zivilrechtlichen Mündigkeitsalters geführt haben, spielen im vorliegenden Zusammenhang keine Rolle. Damit die bisherige Rechtslage gewahrt bleibt, ist auf das vollendete 20. Altersjahr abzustellen (vgl. auch Art. 23 Abs. 6).

#### *Buchstabe c*

Die gestützt auf den geltenden Art. 115 Abs. 1 Bst. b UVV erhobenen Mindestprämien haben sich für Behinderte, die in beruflichen Eingliederungsstätten und Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Behinderter tätig sind, als zu hoch erwiesen. Der überwiegende Teil der meist schwerbehinderten Beschäftigten erzielt ein Einkommen, das weit unter den 10 bzw. 20 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes liegt. Deshalb wurde für diese Personen eine besondere Regelung getroffen.

Der bisherige Buchstabe c wurde zu Buchstabe d.

### *Absatz 2*

Gemäss Rechtsprechung darf für die Prämienhebung bei Versicherten, die in mehreren Betrieben als Arbeitnehmer tätig sind, der Lohn insgesamt lediglich bis zum höchstversicherbaren Verdienst erfasst werden. Die neue Lösung trägt der ergangenen Rechtsprechung Rechnung. Der bisherige zweite Satz wurde zur besseren Lesbarkeit in einem neuen Abs. 3 untergebracht.

### *Absatz 3*

Siehe Abs. 2 des Kommentars.

### *Absatz 4*

Es handelt sich um eine Konkretisierung der Art. 37 Bst. c, 46, 66 Abs. 4 und 66c Abs. 3 AVIG für den Bereich Unfallversicherung. Die Regelung soll Missverständnissen vorbeugen. Art. 91 Abs. 2 Satz 2 UVG gilt auch in dieser Konstellation.

### **Art. 117** Zuschlag für ratenweise Prämienzahlung und Verzugszinsen

Der Eidgenössische Preisüberwacher erachtete es in Anbetracht der heute angewandten Verzugszinse und der allgemeinen Zinslage als notwendig, den bisher geltenden Verzugszins von 12% pro Jahr herabzusetzen. Nichtsdestotrotz soll der Präventionscharakter des Verzugszinses in der Unfallversicherung gewahrt bleiben. Ein Verzugszins von 0,5% im Monat oder 6% im Jahr erscheint deshalb angemessen. Dieser Satz entspricht den in anderen Sozialversicherungszweigen (z. B. AHV) angewandten Verzugszinsen (Abs. 2).

Wie gemäss bisheriger Regelung soll ein Unterschied bestehen zwischen dem Zinssatz für Ratenzahlungen und dem Verzugszinssatz. Die Änderung von Abs. 2 verlangt deshalb eine Anpassung des Zuschlages für Ratenzahlungen (Abs. 1).

### **Art. 123a** Auskunftsrecht

Seit dem 1. Juli 1993 gilt das Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG). Zur Klarstellung, dass das Akteneinsichtsrecht nach Art. 98 UVG und das Auskunftsrecht nach DSG zwei verschiedene Institute sind, wurde ein Verweis auf das Auskunftsrecht gemäss DSG und die Verordnung vom 14. Juni 1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG) in die UVV aufgenommen. Das Akteneinsichtsrecht dient der Abklärung der Versicherungsleistungen (vgl. Kreisschreiben über die Aktenführung und Akteneinsicht in der obligatorischen Unfallversicherung des BSV, gültig ab 1. Juli 1991), das Auskunftsrecht der Wahrung des Datenschutzes. Nach Art. 8 DSG kann jede Person vom Inhaber einer Datensammlung schriftliche Auskunft betreffend sämtliche über sie vorhandenen Daten verlangen.

### **Art. 125** Ausnahmen von der Schweigepflicht

#### *Absatz 1*

Auch die in Art. 125 vorgesehenen Ausnahmen von der Schweigepflicht sind klar vom Auskunftsrecht nach den Art. 8 ff. DSG und den Art. 1 und 2 der Verordnung zum DSG vom 14. Juni 1993 (VDSG) zu unterscheiden (vgl. Kommentar Art. 123a). *Buchstabe i*

Ob unter Sozialversicherungen auch die Einrichtungen für berufliche Vorsorge einzureihen sind, war bisher kontrovers. Eine diesbezügliche Klarstellung in der Verordnung erscheint aus Gründen der Koordination angezeigt.

### *Buchstabe k*

Da die Unfallversicherer durch den Art. 15 Abs. 1 Bst. c der Verordnung über den Wehrpflichtersatz vom 30. August 1995 (in Kraft seit dem 1.1.1996) zur Amtshilfe verpflichtet sind, ist eine Ausnahme von der Schweigepflicht gemäss Art. 102 UVG gegenüber den Durchführungsorganen des Wehrpflichtersatzes – soweit die Angaben für die Wahrnehmung deren Aufgabe erforderlich sind – vorzusehen.

### *Buchstabe l*

Gemäss Art. 11 VSUV hat die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) Anrecht auf statistische Auskünfte, die sie zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt. Die der bfu jährlich von der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung zur Verfügung gestellten Angaben erlauben grundsätzlich die Ermittlung der Schwerpunkte im Unfallgeschehen. Sie liefern jedoch keine Hinweise auf Unfallhergang, Unfalltypen und spezielle Verhaltenskriterien, welche nur aus den Unfallakten direkt ersichtlich sind. Für die Konzeption der Unfallverhütung und die Erarbeitung von Unfallverhütungsmassnahmen sind diese Informationen unerlässlich.

### *Buchstabe m*

Seit Inkrafttreten der Änderung des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) am 1. Januar 1997 sind Taggelder, Invalidenrenten (oder ihre Abfindungssumme) und Hinterlassenenrenten (oder ihre Abfindungssumme) der obligatorischen Unfallversicherung beschränkt pfändbar (Art. 93 Abs. 1 SchKG). Die Betreibungs- und Konkursbehörden sind auf Auskünfte der Unfallversicherer über Bestand und Umfang von Versicherungsleistungen angewiesen. Deshalb musste eine Ausnahme von der Schweigepflicht vorgesehen werden.

## **Art. 126** Verhältnis zur Militärversicherung

### *Absatz 3*

Es handelt sich um eine Anpassung an das neue Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG).

## **Art. 131** Kantonale Versicherungsgerichte

Art. 108 Abs. 2 UVG ist durch das Bundesgesetz vom 15. Dezember 1989 über die Genehmigung kantonaler Erlasse durch den Bund (AS 1991 362) aufgehoben worden. Die Ausführungsvorschrift war deshalb zu streichen.

## **Art. 134**      Versicherungsfähige Personen

### *Absatz 3*

Die Verpflichtung zur Aufnahme von Personen in die freiwillige Versicherung, welche bestehende erhebliche und dauernde Gesundheitsschädigungen aufweisen oder die bei Ausübung ihres Berufes einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung im Sinne von Art. 78 der Verordnung vom 19. Dezember 1983 über die Unfallverhütung (VUV; SR 832.30) ausgesetzt sind (Nichteignung), kann für die Versicherer höchst problematisch sein. Um Missbräuche der freiwilligen Versicherung zu verhindern, ist eine Vorschrift unumgänglich, die bestimmt, unter welchen Voraussetzungen der Abschluss der Versicherung abgelehnt werden kann.

## **Art. 137**      Ende der Versicherung

Gemäss der alten Fassung konnte nur der Versicherte die freiwillige Versicherung kündigen. Zur Verhinderung von Missbräuchen soll nun auch dem Versicherer das gleiche Recht zustehen. Die Kündigung durch den Versicherer muss schriftlich begründet werden.

## **Art. 147a**      Übergangsbestimmung zur Änderung vom 15. Dezember 1997

Die Übergangsbestimmung gibt den anerkannten Grundsatz der Unfallversicherung wieder, dass Unfälle nach dem zur Zeit ihres Eintritts geltenden Recht entschädigt werden.

## **Änderung bisherigen Rechts**

*Art. 6 der Verordnung vom 24. Januar 1996 über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen (UVAL; SR 837.171)*

Die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen richtet sich nach den Vorschriften des UVG und der UVV, sofern nicht die UVAL eine spezielle Regelung trifft (Art. 1 UVAL). Bei Versicherten, welche einen Unfall während einer Zwischenverdienstperiode oder bei Teilarbeitslosigkeit erleiden, würde die Rückerstattung gemäss der neuen Fassung des Art. 99 Abs. 2 UVV die Unfallversicherung der arbeitslosen Personen über Gebühr belasten. In der Praxis würde dies ausserdem zu Durchführungsproblemen führen. Deshalb musste in Art. 6 Abs. 2 UVAL eine Ausnahme von der Rückerstattungspflicht vorgesehen werden.

## **Anhang 1** Berufskrankheiten

### *Ziffer 1* Schädigende Stoffe

Aufgrund der Erfahrungen der SUVA wurden in der Berufskrankheitenliste einige Stoffe ersetzt oder neu aufgenommen.

### *Ziffer 2* Arbeitsbedingte Erkrankungen

#### *b.* Andere Erkrankungen

Es handelt sich um Änderungen, die sich nach Erfahrungen in der Praxis aufdrängten. Bei den «Tropenkrankheiten» sprechen Rechtssicherheit und Praktikabilität wie bis anhin dafür, von einer allgemeinen Umschreibung abzusehen und an einer Aufzählung festzuhalten.

## **Anhang 2** Taggeld-Berechnung

Die bisherige Tabelle der Taggeldbeträge für Jahresverdienste von 1 bis 97200 Franken wurde ersetzt durch eine verbindliche Rechnungsformel (vgl. Kommentar Art. 22 Abs. 3) und zwei Illustrationsbeispiele. Die Änderung soll der Praktikabilität und Verständlichkeit dienen.

## **Anhang 3** Bemessung der Integritätsschäden

### *Ziffer 1* Berücksichtigung von Hilfsmitteln

Bei der Feststellung des Integritätsschadens werden gemäss Rechtsprechung grundsätzlich Hilfsmittel, auf die der Versicherte zum Ausgleich von körperlichen Schädigungen oder Funktionsausfällen Anspruch hat, nicht berücksichtigt. Dieser Grundsatz wurde neu verankert. Angesichts der Häufigkeit, mit der Brillen getragen werden, und der damit verbundenen geringen Beeinträchtigung der Integrität ist für Sehhilfen eine Ausnahme vom beschriebenen Grundsatz gerechtfertigt. Zur Bestimmung des Integritätsschadens soll deshalb bei einem unfallbedingtem Visusverlust der Integritätsschaden mit Brille gemessen werden.

### *Ziffer 3*

Die Regelung wurde in den Verordnungstext aufgenommen (vgl. Art. 36 Abs. 4 UVV).

### *Skala der Integritätsschäden*

Bei der Skala der Integritätsschäden wird neu nicht mehr unterschieden zwischen dem Verlust der Gebrauchshand und dem Verlust der anderen Hand (50% bzw. 40% Schaden). Diese Differenzierung war bereits bisher

beim Armverlust nicht gegeben; umso weniger rechtfertigt sie sich beim Verlust einer Hand. Die Integritätsentschädigung ist grundsätzlich abstrakt. Deshalb kann nicht unterschieden werden, ob die dominante oder die andere Hand betroffen ist.

Aus den gleichen Gründen wird «Verlust des Daumens der Gebrauchshand im Grundgelenk/Verlust des Daumens der anderen Hand im Grundgelenk» ersetzt durch «Verlust eines Daumens».

# Révision de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA)

## Introduction

Le Conseil fédéral a adopté la deuxième partie de la révision des dispositions d'application de la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Les modifications apportées sont essentiellement d'ordre technique et sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1998.

On rappellera que la révision de l'OLAA a été scindée en deux parties; la première est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Elle avait trait à l'adaptation des dispositions sur les rentes complémentaires et était étroitement liée à la 10<sup>e</sup> révision de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS).

## 1. Des modifications essentiellement d'ordre technique

La deuxième partie de la révision contient essentiellement des modifications de nature technique. La coordination avec les autres assurances sociales et le droit international a été améliorée; par exemple, on se réfère dorénavant directement à l'AVS pour la définition de la notion du travailleur. On a, par ailleurs, tenu compte de la jurisprudence de la Haute Cour sur différents points de droit.

L'objectif d'une révision financièrement neutre devrait être atteint. En effet, si les modifications de la première partie ont engendré une augmentation des coûts (environ 30 millions de francs), celles de la deuxième partie devraient permettre des économies d'un même ordre.

## 2. Lésions corporelles assimilées à un accident: distinction plus claire entre accident et maladie

En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, une distinction plus claire a été faite entre accident et maladie. Une lésion corporelle est assimilée à un accident uniquement si elle n'est manifestement pas imputable à une maladie ou à un phénomène dégénératif. Seules les fractures étaient concernées, jusque-là, par cette restriction. La liste des lésions corporelles assimilées à un accident est par contre restée inchangée. C'est à l'assureur d'apporter la preuve qu'une lésion corporelle est imputable à la maladie ou à un phénomène dégénératif.

# Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA)

Modification du 15 décembre 1997

*Le Conseil fédéral suisse*

*arrête:*

I

L'ordonnance du 20 décembre 1982<sup>1</sup> sur l'assurance-accidents est modifiée comme suit:

## **Article premier**      Notion de travailleur

Est réputé travailleur selon l'article premier, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la législation fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS).

## **Art. 1a**      Assurance obligatoire dans des cas spéciaux

<sup>1</sup> Les personnes exerçant une activité chez un employeur aux fins de se préparer au choix d'une profession sont également assurées à titre obligatoire.

<sup>2</sup> Les personnes détenues dans un établissement pénitentiaire, ou un établissement d'internement ou d'éducation au travail, ou encore dans une maison d'éducation ne sont assurées à titre obligatoire que pour le temps durant lequel elles sont occupées contre rémunération par des tiers, hors de l'établissement ou de la maison d'éducation.

<sup>3</sup> Les personnes appartenant à une communauté religieuse ne sont assurées à titre obligatoire que pour le temps durant lequel elles sont occupées contre rémunération par des tiers, hors de la communauté.

<sup>4</sup> Pour les personnes assurées visées aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, les accidents qui se produisent sur le trajet qu'elles doivent emprunter pour se rendre au travail ou en revenir sont réputés accidents professionnels.

## **Art. 2, 1<sup>er</sup> al., let. a, b, c, d, f, g et h, et 2<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> Ne sont pas assurés à titre obligatoire:

- a. Les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise qui ne touchent pas de salaire en espèces et ne payent pas de cotisations à l'AVS ou qui sont réputés de condition indépendante au sens de l'article premier, 2<sup>e</sup> alinéa, lettres a et b, de la loi fédérale du 20 juin 1952<sup>2</sup> sur les allocations familiales dans l'agriculture;
- b., c. et d. *Abrogées*
- f. Les membres de conseils d'administration qui ne sont pas occupés dans l'entreprise, pour cette activité;
- g. Les personnes qui vivent en concubinage et qui sont tenues à ce titre de payer des cotisations à l'AVS;
- h. Les personnes, telles que les membres de parlements, d'autorités ou de commissions, qui exercent sans contrat de service une activité dans l'intérêt public, pour cette activité.

---

<sup>1</sup> RS 832.202

<sup>2</sup> RS 836.1

<sup>2</sup> Les personnes qui exercent une activité accessoire ou qui assument une charge accessoire peuvent renoncer à être assurées spécialement pour cette activité, à condition que la rémunération qu'elles perçoivent n'excède pas le montant visé à l'article 8<sup>bis</sup> du règlement du 31 octobre 1947<sup>3</sup> sur l'assurance-vieillesse et survivants. Une déclaration écrite dans ce sens, comprenant l'accord de l'employeur, doit être déposée par elles auprès de l'assureur compétent avant que l'assurance ne commence à produire ses effets.

### **Art. 3, 1<sup>er</sup> al.**

<sup>1</sup> Ne sont pas assurés les membres du personnel diplomatique des missions diplomatiques en Suisse et des missions permanentes près les organisations internationales établies en Suisse, les fonctionnaires consulaires de carrière en poste en Suisse, ni les membres de la famille de ces personnes qui font ménage commun avec elles et qui ne sont pas de nationalité suisse.

### **Art. 4, première et deuxième phrases**

Le rapport d'assurance n'est pas interrompu si le travailleur était assuré à titre obligatoire en Suisse juste avant d'être envoyé à l'étranger et s'il reste lié par des rapports de travail à un employeur ayant son domicile ou son siège en Suisse et possède à son égard un droit au salaire. Le rapport d'assurance est maintenu pendant deux ans. ...

### **Art. 6, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

### **Art. 7, 2<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> Ne comptent pas comme salaire:

- a. Les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprise, ou dans des circonstances analogues;
- b. Ne concerne que le texte italien

### **Art. 8**

*Ne concerne que le texte italien*

### **Art. 9, 2<sup>e</sup> al., phrase introductive, let. a et e, et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a. Les fractures;
- e. Les élongations de muscles;

<sup>3</sup> Les dommages non imputables à un accident qui sont causés aux structures posées à la suite d'une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps ne constituent pas des lésions corporelles au sens du 2<sup>e</sup> alinéa.

---

<sup>3</sup> SR 831.101

**Art. 11**      Rechutes et séquelles tardives

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'article 21 de la loi.

**Art. 12, 1<sup>er</sup> al, let. d**

<sup>1</sup> Sont notamment réputés professionnels au sens de l'article 7, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi les accidents subis:

- d. Pendant les trajets effectués par les assurés dans des véhicules de l'entreprise pour se rendre au travail ou en revenir, si le transport est organisé et financé par l'employeur.

**Art. 13, 2<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> Pour les travailleurs à temps partiel dont la durée hebdomadaire de travail n'atteint pas le minimum susdit, les accidents subis pendant le trajet entre leur domicile et leur lieu de travail sont réputés accidents professionnels.

**Art. 14**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 18, 1<sup>er</sup> al.**

<sup>1</sup> L'assuré a droit aux soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation autorisées, conformément aux articles 49 et 51 de l'ordonnance du 27 juin 1995<sup>4)</sup> sur l'assurance-maladie.

**Art. 22, al. 2, let. d, al. 3, 3<sup>bis</sup> et 4, dernière phrase**

<sup>2</sup> Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu des dérogations suivantes:

- d. Les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprises ou en des circonstances analogues, ne sont pas prises en compte.

<sup>3</sup> L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit.

<sup>3bis</sup> Si un assuré avait droit avant l'accident à une indemnité journalière conformément à la loi sur l'AI<sup>5</sup>, l'indemnité journalière correspond au moins au montant total de l'indemnité journalière allouée par l'assurance-invalidité.

<sup>4</sup> ... En cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue.

**Art. 23, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> al.**

<sup>6</sup> Pour les stagiaires, les volontaires et les personnes exerçant une activité aux fins de se préparer au choix d'une profession et pour les assurés exerçant une activité aux fins d'acquérir une formation dans des centres de réadaptation professionnelle pour personnes handicapées, il y a lieu de prendre en considération, si ces personnes ont 20 ans

---

<sup>4</sup> SR 832.102

<sup>5</sup> SR 831.20

révolus, un gain journalier d'au moins 20 pour cent du montant maximum du gain journalier assuré, et, d'au moins 10 pour cent, si elles n'ont pas 20 ans révolus.

<sup>7</sup> Le salaire déterminant doit être à nouveau fixé pour l'avenir au cas où le traitement médical a duré au moins trois mois et où le salaire de l'assuré aurait été augmenté d'au moins 10 pour cent au cours de cette période.

<sup>9</sup> Si les suites d'un événement assuré occasionnent un retard d'au moins six mois dans la formation professionnelle, une indemnité journalière partielle correspondant à la différence entre le gain alloué durant la formation et le gain minimum d'un travailleur spécialisé de la même branche sera accordée pour la durée du retard dans la formation, mais au plus pendant un an.

#### **Art. 24, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> al.**

<sup>4</sup> Lorsque le bénéficiaire d'une rente d'invalidité est victime d'un nouvel accident couvert par l'assurance qui aggrave son invalidité, le salaire déterminant pour le calcul de la nouvelle rente allouée pour les deux accidents est celui qu'il aurait reçu pendant l'année qui a précédé le dernier accident s'il n'avait pas subi auparavant un accident couvert par l'assurance. Si ce salaire est inférieur à celui qu'il touchait avant le premier accident couvert par l'assurance, le salaire supérieur est déterminant.

<sup>5</sup> *Abrogé*

#### **Art. 25, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> L'indemnité journalière est calculée conformément à l'annexe 2 et versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés.

<sup>3</sup> L'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation lorsque l'incapacité de travail d'un assuré au chômage est supérieure à 50 pour cent; elle verse la moitié de la prestation lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 pour cent, mais inférieure à 50 pour cent. Une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 pour cent ne donne pas droit à l'indemnité journalière.

#### **Art. 27, 1<sup>er</sup> al., let. a et b, et 2<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> L'indemnité journalière subit les déductions suivantes au titre de la participation aux frais d'entretien dans un établissement hospitalier:

- a. 20 pour cent, mais au plus 20 francs, pour les personnes seules sans obligation d'entretien ou d'assistance;
- b. 10 pour cent, mais au plus 10 francs, pour les assurés mariés et pour les personnes seules qui ont des obligations d'entretien ou d'assistance, sous réserve du 2<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> L'indemnité journalière ne subit aucune déduction pour les assurés mariés ou les personnes seules ayant à leur charge des enfants mineurs ou qui font un apprentissage ou des études.

#### **Art. 28, 3<sup>e</sup> al.**

<sup>3</sup> Si la capacité de travail de l'assuré était déjà réduite de manière durable avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée, il y a lieu, pour évaluer l'invalidité, de comparer le revenu que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante.

**Art. 29, titre et 1<sup>er</sup> à 3<sup>e</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 30** Rente transitoire

<sup>1</sup> Lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint:

- a. Dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI;
- b. Avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle;
- c. Avec la fixation de la rente définitive.

<sup>2</sup> Pour les assurés qui sont réadaptés professionnellement à l'étranger, la rente transitoire sera allouée jusqu'à l'achèvement de la réadaptation. Les prestations en espèces des assurances sociales étrangères sont prises en compte conformément à l'article 40 de la loi.

**Art. 36, 4<sup>e</sup> al.**

<sup>4</sup> Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

**Art. 38, 3<sup>e</sup> al., let. b, 4<sup>e</sup> al., let. b, et 5<sup>e</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 41**

Si l'assuré décédé était tenu, en vertu du droit étranger, de verser une pension alimentaire à un enfant né hors mariage, celui-ci a droit à une rente d'orphelin à condition que l'obligation résulte d'un jugement passé en force.

**Art. 46, 2<sup>e</sup> al., première phrase**

<sup>2</sup> La valeur de rachat est calculée sur la base des normes comptables prescrites à l'article 89, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi. ...

**Art. 48**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 49, 2<sup>e</sup> al., let. b**

<sup>2</sup> Les prestations en espèces sont réduites au moins de moitié en cas d'accident non professionnel survenu dans les circonstances suivantes:

- b. Dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;

**Art. 50, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al., première phrase**

<sup>1</sup> Ne concerne que le texte italien

<sup>2</sup> Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. ...

**Art. 51, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.**

*<sup>2</sup> Ne concerne que le texte italien*

<sup>3</sup> Le gain dont on peut présumer que l'assuré se trouve privé correspond à celui qu'il pourrait réaliser s'il n'avait pas subi de dommage. Le revenu effectivement réalisé est pris en compte.

**Art. 53, 3<sup>e</sup> al., première phrase**

<sup>3</sup> Les assureurs remettent gratuitement des formules de déclaration d'accident ou de maladie professionnelle, que l'employeur et le médecin traitant doivent remplir de façon complète et conforme à la vérité et renvoyer sans retard à l'assureur compétent.

...

**Art. 55, 1<sup>er</sup> al., première phrase, et 2<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> L'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. ...

*<sup>2</sup> Ne concerne que le texte italien*

**Art. 56**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 58, titre et 1<sup>er</sup> al.**

*Titre: Ne concerne que le texte italien*

<sup>1</sup> L'assureur rembourse à l'assuré ou à ses survivants les frais nécessaires, occasionnés par les examens qu'il ordonne, à savoir les frais de voyage, de logement et d'entretien, les pertes de salaire dans la limite du gain assuré, et les dépenses afférentes aux documents qu'il a exigés.

**Art. 60, 2<sup>e</sup> al., première et deuxième phrases**

*<sup>2</sup> Première phrase: ne concerne que le texte italien.*

... Sont réputés proches parents, pour les personnes mariées, le conjoint et, pour les personnes non mariées ou veuves, les parents ou les enfants majeurs. ...

**Art. 61, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 62, 1<sup>er</sup> et 4<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> Les ordres de paiement des rentes et des allocations pour impotent sont donnés au plus tard le premier jour ouvrable du mois pour lequel la prestation est due.

<sup>4</sup> Si le bénéficiaire d'une rente d'invalidité a disparu alors qu'il était en danger de mort, ou s'il s'est absenté depuis longtemps sans donner de signe de vie et ...

**Art. 67, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> L'assuré n'est pas astreint à restitution lorsqu'un autre assureur doit allouer les prestations. Dans ce cas, la créance en restitution est adressée à cet autre assureur.

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré astreint à restitution ou son représentant légal pouvait supposer en toute bonne foi qu'il avait reçu les prestations à bon droit, l'assureur doit renoncer à tout ou partie de la restitution si elle met l'intéressé dans une situation difficile. ...

<sup>5</sup> *Ne concerne que le texte italien*

**Art. 68, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 69, première phrase**

Les articles 44 et 46 à 54 de l'ordonnance du 27 juin 1995<sup>6</sup> sur l'assurance-maladie s'appliquent également au droit des chiropraticiens, des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et des organisations qui les emploient (personnel paramédical) et des laboratoires de pratiquer à la charge de l'assurance-accidents. ...

**Art. 70, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> *Abrogé*

<sup>3</sup> Le délai de dénonciation des conventions sur la collaboration et les tarifs est d'au moins six mois.

**Art. 77, phrase introductive, let. c, g et l, et art. 79, 1<sup>er</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 80, 2<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> L'activité de la CNA ne s'étend aux boucheries avec magasin de vente et abattoir que si l'abattage du bétail se répartit sur plus de trois jours par semaine et nécessite plus de 27 heures au total.

**Art. 81**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 84, phrase introductive**

Sont réputés écoles de métiers et ateliers protégés au sens de l'article 66, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre n, de la loi:

**Art. 86**

Sont également visés par l'article 66, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre p, de la loi, les tribunaux fédéraux et les institutions affiliées à la Caisse fédérale d'assurance.

**Art. 90, 2<sup>e</sup> al., let. b et c, 3<sup>e</sup> al. et 4<sup>e</sup> al., première phrase**

<sup>2</sup> et <sup>3</sup> *Ne concerne que le texte italien*

<sup>4</sup> L'office fédéral publie la liste des assureurs inscrits au registre. ...

**Art. 95, 2<sup>e</sup> al., deuxième phrase**

<sup>2</sup> ... L'article 105, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, de la loi, est applicable.

---

<sup>6</sup> SR 832.102

#### **Art. 96, 1<sup>er</sup> al.**

<sup>1</sup> La caisse supplétive est chargée de répartir entre les assureurs désignés à l'article 68 de la loi les frais occasionnés par l'entraide en matière de prestations conformément à l'article 103a, 2<sup>e</sup> alinéa.

#### **Art. 97**

*Ne concerne que le texte italien*

#### **Art. 98, 1<sup>er</sup> al. et 2<sup>e</sup> al., première phrase**

<sup>1</sup> Les services de l'administration publique et les entreprises publiques forment chacun une unité en soi lorsqu'ils sont indépendants du point de vue de l'organisation. De telles unités doivent être assurées auprès du même assureur.

<sup>2</sup> Les unités administratives et les unités d'entreprises nouvellement créées doivent choisir leur assureur au plus tard un mois avant de commencer à fonctionner. ...

#### **Art. 99, 2<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> En cas d'accident non professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu en étant couvert pour les accidents non professionnels. Si l'accident implique le versement d'une rente ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les autres assureurs intéressés doivent lui rembourser une partie des prestations. Leur part est calculée d'après le rapport qui existe entre le gain assuré chez chaque assureur et le gain total assuré.

#### **Art. 103a Exécution d'engagements internationaux**

<sup>1</sup> La CNA est chargée de l'exécution de l'entraide en matière de prestations dans l'assurance-accidents, conformément aux engagements internationaux de la Suisse.

<sup>2</sup> Les frais occasionnés par l'entraide en matière de prestations sont pris en charge à raison de deux-tiers par la CNA et d'un tiers par les assureurs désignés à l'article 68 de la loi.

<sup>3</sup> La Confédération prend en charge les intérêts sur les avances de prestations accordées au titre de l'entraide.

#### **Art. 104, 4<sup>e</sup> al.**

*Ne concerne que le texte italien*

#### **Art. 105, 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> Le département édicte, d'entente avec les assureurs, des règles concernant l'établissement de statistiques uniformes, conformément à l'article 79, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi.

<sup>3</sup> Aux fins d'obtenir des données concernant le calcul des primes, les assureurs tiennent une statistique annuelle des risques par entreprises ou genres d'entreprises, par classes du tarif des primes et par branches d'assurance, conformément à l'article 89, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi.

<sup>5</sup> Les assureurs mettent à la disposition de l'Office fédéral de la statistique, à des fins statistiques et sur la base des pièces relatives aux accidents, des données concernant les salaires et leurs modalités, la durée du travail et d'autres données importantes quant aux victimes d'accidents.

**Art. 109, 3<sup>e</sup> al.**

<sup>3</sup> Les autres recettes doivent être réparties entre les comptes d'exploitation selon leur provenance, et les autres dépenses selon leurs causes.

**Art. 112**    Changement d'assureur

<sup>1</sup> Pour les accidents antérieurs au changement d'assureur, l'assureur compétent jusque-là le reste.

<sup>2</sup> Pour les rentes se rapportant à des accidents antérieurs au changement d'assureur, l'assureur compétent jusque-là possède une créance contre la Caisse supplétive ou la CNA pour la part des allocations de renchérissement qui ne peut être financée par les excédents d'intérêt sur les capitaux de couverture.

**Art. 113, 2<sup>e</sup> al., 3<sup>e</sup> phrase, et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> ... Si le tarif ne le permet pas, le taux de prime du degré le plus élevé de la classe correspondante sera également augmenté dans une mesure identique.

<sup>3</sup> Les changements apportés au tarif des primes ainsi que les modifications opérées en vertu de l'article 92, 5<sup>e</sup> alinéa, de la loi et portant sur l'attribution des entreprises aux classes et degrés de celui-ci, doivent être communiquées aux entreprises intéressées au moins deux mois avant la fin de l'exercice comptable en cours. Les demandes des exploitants qui requièrent la modification de l'attribution pour le prochain exercice comptable doivent être déposées dans les mêmes délais.

**Art. 114, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> Les suppléments pour les frais administratifs des assureurs désignés à l'article 68 de la loi sont destinés à couvrir les dépenses visées au 1<sup>er</sup> alinéa et ne peuvent dépasser de plus de 15 points ceux de la CNA.

<sup>3</sup> L'office fédéral peut demander aux assureurs des renseignements sur le prélèvement des suppléments pour les frais administratifs.

**Art. 115, 1<sup>er</sup> al., let. b, c, d, 2<sup>e</sup>., 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> Les primes sont perçues sur le gain assuré au sens de l'article 22, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas. Les exceptions suivantes sont réservées:

- b. Pour les stagiaires, les volontaires et les personnes se préparant au choix d'une profession ou occupées dans des écoles de métiers, les primes sont calculées sur un montant s'élevant à au moins 20 pour cent du maximum du gain journalier assuré, si ces personnes ont 20 ans révolus, et à au moins 10 pour cent de ce maximum, si elles n'ont pas 20 ans révolus;
- c. Pour les personnes occupées dans des centres de réadaptation professionnelle ou dans des ateliers d'occupation permanente pour personnes handicapées, les primes sont calculées sur un montant s'élevant au moins à douze fois le montant maximum du gain journalier assuré;
- d. Aucune prime n'est prélevée sur les indemnités journalières de l'assurance-invalidité, les indemnités journalières de l'assurance militaire et les indemnités du régime des allocations pour perte de gain.

<sup>2</sup> Pour les assurés au service de plusieurs employeurs, le salaire est pris en compte dans chaque rapport de travail, au total jusqu'à concurrence du montant maximum du gain assuré. Si la somme des salaires dépasse ce montant maximum, il doit être réparti, au prorata des revenus, sur les divers rapports de travail.

<sup>3</sup> Si la durée de l'occupation est inférieure à une année, le montant maximum du gain assuré est calculé en proportion des mois d'occupation.

<sup>4</sup> Si des indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail, en cas d'intempéries, des indemnités d'initiation au travail ou de formation sont allouées par l'assurance-chômage, l'employeur doit l'entier de la prime de l'assurance-accidents correspondant à la durée normale du travail.

#### **Art. 116, 3<sup>e</sup> al., dernière phrase**

<sup>3</sup> ... Ce délai commence à courir à la fin de l'année civile pour laquelle les dernières données ont été consignées.

#### **Art. 117, 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> La majoration pour paiement échelonné des primes s'élève à 1,250 pour cent de la prime annuelle pour le paiement par semestre et à 1,875 pour cent pour le paiement par trimestre. L'assureur peut appliquer une majoration minimale de 10 francs par tranche.

<sup>2</sup> Le délai de paiement des primes est d'un mois à compter de l'échéance. A l'expiration de ce délai, l'assureur prélève un intérêt moratoire de 0,5 pour cent par mois.

<sup>3</sup> *Ne concerne que le texte italien*

#### **Art. 118, 2<sup>e</sup> al., art. 120, 1<sup>er</sup> al., et art. 122, let. c**

*Ne concerne que le texte italien*

#### **Art. 123a** Droit d'accès

Le droit d'accès de l'assuré est régi par la législation sur la protection des données.

#### **Art. 124, let. e**

*Ne concerne que le texte italien*

#### **Art. 125, 1<sup>er</sup> al., let. a à m, et 2<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> Dans la mesure où les intérêts privés importants de la victime de l'accident, de ses proches et de l'employeur sont sauvegardés, l'obligation de garder le secret est levée envers:

a. à h. *Ne concerne que le texte italien*

i. Les assurances sociales non mentionnées sous la lettre b, y compris les institutions de la prévoyance professionnelle, et envers les services fédéraux, cantonaux et communaux, pour les renseignements et les documents leur permettant de se déterminer sur les demandes de prestations d'assurance ou d'aide sociale ou d'exercer une prétention récursoire fondée sur la loi;

k. Les organes d'exécution de la taxe d'exemption de l'obligation de servir, dans la mesure où l'accomplissement de leurs tâches l'exige;

l. Le Bureau suisse de prévention des accidents, dans la mesure où l'accomplissement de sa tâche l'exige;

m. Les autorités des poursuites et des faillites, dans la mesure où l'accomplissement de leurs tâches l'exige.

<sup>2</sup> *Ne concerne que le texte italien*

**Art. 126, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al., première phrase, 3<sup>e</sup> al., dernière phrase, et 6<sup>e</sup> al.**

<sup>1</sup> Est réputé directement tenu de verser les prestations, en vertu de l'article 103, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi, l'assureur qui doit allouer des prestations en raison de l'aggravation actuelle de l'atteinte à la santé.

<sup>2</sup> Tant qu'il est tenu de verser les prestations pour l'aggravation actuelle de l'atteinte à la santé, l'assureur doit également allouer des prestations pour les séquelles et les rechutes résultant d'un accident antérieur. ...

<sup>3</sup> Lorsque le bénéficiaire d'une rente allouée par suite d'un premier accident est victime d'un nouvel accident qui modifie le degré d'invalidité, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le premier accident doit poursuivre le versement de la rente allouée jusque-là. Le deuxième assureur doit allouer une rente correspondant à la différence entre l'invalidité effective et celle qui existait avant le deuxième accident. Lorsque l'assurance militaire verse, en vertu de l'article 4, 3<sup>e</sup> alinéa, LAM une rente entière pour l'atteinte au second organe pair, l'assureur-accidents qui devrait allouer une rente pour cette seconde atteinte lui verse la valeur capitalisée de cette rente, sans allocation de renchérissement, calculée selon les dispositions légales applicables pour lui.

<sup>6</sup> *Ne concerne que le texte italien*

**Art. 128, 1<sup>er</sup> al., première phrase, et 2<sup>e</sup> al., première phrase**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 131**

*Abrogé*

**Art. 134, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.**

<sup>2</sup> *Ne concerne que le texte italien*

<sup>3</sup> L'assureur peut, pour des raisons fondées, notamment en cas d'atteintes à la santé préexistantes importantes et durables ainsi qu'en présence d'une menace sérieuse au sens de l'article 78, 2<sup>e</sup> alinéa, de l'ordonnance du 19 décembre 1983<sup>7</sup> sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles, refuser de conclure une assurance facultative.

**Art. 137, 3<sup>e</sup> al.**

<sup>3</sup> L'assuré peut, une fois la durée minimale du contrat écoulée, résilier celui-ci pour la fin d'une année d'assurance, à condition d'observer un délai de préavis qui sera fixé dans le contrat, mais ne dépassera pas trois mois. L'assureur dispose du même droit. La résiliation doit en pareil cas être motivée et communiquée par écrit.

**Art. 138, 139, 2<sup>e</sup> al., et 147**

*Ne concerne que le texte italien*

**Art. 147a** Disposition transitoire relative à la modification du 15 décembre 1997

Les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la présente modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont régies par l'ancien droit.

---

<sup>7</sup> SR 832.30

## II

Les annexes 1 à 3 sont modifiées conformément aux textes ci-joints.

## III

L'ordonnance du 24 janvier 1996<sup>8</sup> sur l'assurance-accidents des personnes au chômage est modifiée comme suit:

### **Art. 6, 2<sup>e</sup> al., deuxième phrase**

<sup>2</sup> ... L'article 99, 2<sup>e</sup> alinéa, de l'ordonnance du 20 décembre 1982<sup>9</sup> sur l'assurance-accidents n'est pas applicable.

## IV

La présente modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1998.

---

<sup>8</sup> SR 837.171

<sup>9</sup> SR 832.202; RO 1997 ...

## Maladies professionnelles

### Liste des substances nocives et des affections dues au travail selon l'article 14 de l'ordonnance

#### 1. Sont réputées substances nocives au sens de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi, les substances suivantes:

Acétates, seulement acétate de méthyle, d'éthyle, de butyle, d'amyle, de vinyle	Béryllium (glucinium), ses composés et alliages
Acétone	Bitumes
Acétylène	Bois, poussières
Acide acétique	Brai de goudron
Acide azotique, ses sels (azotures)	Brome
Acide chlorhydrique	
Acide chlorosulfonique	Cadmium et ses composés
Acide formique	Carbamate et ses composés
Acide nitreux, ses sels (nitrites) et esters	Carbure de calcium
Acide nitrique (acide azotique)	Cétène
Acide sulfureux et ses sels (sulfités)	Chlorate de potassium
Acide sulfurique, ses sels (sulfates) et esters	Chlorate de sodium
Acridine	Chlore
Acroléine	Chlorure d'aluminium
Acrylamide	Chlorure de chaux
Additifs pour caoutchouc	Chlorure de soufre
Additifs pour huiles minérales	Chlorure de sulfuryle
Alcaloïdes	Chlorure de thionyle
Alcoylamines	Chrome, composés du
Aldéhyde acétique	Ciment
Amiante, poussières	Cobalt et ses composés
Ammoniaque	Colophane
Anhydride acétique	Composés halogénés organiques
Anhydride maléique	Composés nitreux organiques
Anhydride phtalique	Cyanogène et ses composés
Anhydride sulfureux (bioxyde de soufre)	Diméthylformamide
Anhydride sulfurique (trioxyde de soufre)	Dinitrate d'éthylèneglycol
Anhydride trimellitique	Dioxane
Anthracène	Diazométhane
Antimoine et ses composés	Essence de térébenthine
Arsenic et ses composés	Etain, composés de l'
Arylamines	Ethylène-imine
Barium et ses composés solubles dans les acides dilués	Fluor et ses composés
Benzène	Formaldéhyde
Benzines	Formamide

Gaz nitreux	Paraffine
Glycols, leurs éthers et esters	Peroxydes
Goudron	Persulfates
	Pétrole
n-Hexane	Phénol et ses homologues
Huiles minérales	Phénylhydroxylamine
Hydrate de calcium (chaux éteinte)	Phosgène
Hydrate de potassium	Phosphore et ses composés
Hydrate de sodium	Platine, sels complexes du
Hydrazine et ses dérivés	Plomb, ses composés et alliages
Hydrogène sulfuré	Pyridine et ses homologues
Hydroxylamine	
	Résines époxy
Iode	
Isocyanates	Sélénium et ses composés
	Styrène
Latex	Sulfures d'alcoyles chlorés
	Sulfure de carbone
Manganèse et ses composés	Sulfure de sodium
Mercure, ses composés et amalgames	
Méthanol	Thallium, composés du
Méthyléthylcétone	Thiocyanates (sulfocyanures)
	Toluène
Naphtalène et ses composés	2,4,6-trichloro-1,3,5-triazine
Nickel	(chlorure d'acide cyanurique)
Nickel carbonyle	
Nitroglycérine	Vanadium et ses composés
Oxyde de calcium (chaux vive)	Xylènes
Oxyde de carbone (monoxyde)	
Oxyde d'éthylène	Zinc et ses composés
Ozone	

**2. Sont réputées affections dues à certains travaux au sens de l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi, les affections suivantes:**

Affections	Travaux
<i>a. Affections dues à des agents physiques</i>	
Ampoules et cassins, crevasses, excoriations, éraflures, durillons	tous travaux
Bursites chroniques par pression constante	tous travaux
Paralysies nerveuses périphériques par pression	tous travaux
«Tendovaginites» ( <i>Peritendinitis crepitans</i> )	tous travaux
Lésions importantes de l'ouïe	travaux exposant au bruit
Maladies dues au travail dans l'air comprimé	tous travaux
Gelures, à l'exception des engelures	tous travaux
Coup de soleil, insolation, coup de chaleur	tous travaux

Affections	Travaux
Maladies dues aux ultra- et infrasons	tous travaux
Maladies dues aux vibrations (seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations, actions sur la circulation périphérique)	tous travaux
Maladies dues aux radiations ionisantes	tous travaux
Maladies dues à des radiations non ionisantes (laser, ondes micro, rayons ultra-violet, rayons infrarouges, etc.)	tous travaux
<i>b. Autres affections:</i>	
Pneumoconioses	travaux dans les poussières d'aluminium, de silicates, de graphite, de silice (quartz), de métaux durs
Affections de l'appareil respiratoire	travaux dans les poussières de coton, de chanvre, de lin, de céréales, de farine de froment et de seigle, d'enzymes, de moisissures
Epithéliomas de la peau et précancérose	tous travaux avec des composés, produits et résidus de goudron, brai, bitume, huiles minérales, paraffine
Maladies infectieuses	travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherches et établissements analogues
Maladies causées par contact avec les animaux	garde et soin des animaux; activités exposant au risque de maladie par contact avec des animaux, des parties et des déchets d'animaux et des produits d'origine animale; chargement, déchargement ou transport de marchandises
Amibiase, fièvre jaune, hépatite A, hépatite E, malaria	contractées pendant un séjour professionnel hors de l'Europe
Anguillulose, ankylostomiase, bilharziase, choléra, clonorchiasse, fièvre hémorragique, filariose, leishmaniose, lèpre, onchocercose, salmonellose, shigellose, trachome, trypanosomiase	contractées pendant un séjour professionnel dans des régions tropicales et subtropicales

## Calcul de l'indemnité journalière

L'indemnité journalière est calculée conformément à la formule suivante:

$$\frac{\text{gain annuel assuré}}{365} \times 80\%$$

### Exemples

#### a) *Salaire mensuel*

Salaire de base par mois	Fr. 3650.-	
13 <sup>e</sup> salaire mensuel	Fr. 3650.-	
Allocations familiales par mois	Fr. 365.-	
Salaire annuel: Fr. 3650.- x 12		Fr. 43 800.-
13 <sup>e</sup> salaire mensuel		Fr. 3 650.-
Allocations familiales: Fr. 365.- x 12		Fr. 4 380.-
Gain annuel		Fr. 51 830.-
Indemnité journalière:	$\frac{51\,830.-}{365} \times 80\% =$	Fr. 113.60
Nombre de jours indemnisés: 13		
Total: 13 x 113.60 = Fr. 1476.80 arrondis à		<b>Fr. 1477.-</b>

#### b) *Salaire horaire*

Salaire de base par heure	Fr. 18.25	
Allocations familiales par mois	Fr. 365.-	
13 <sup>e</sup> salaire mensuel 8,33%		
Horaire de travail: 45 heures par semaine		
Salaire annuel: Fr. 18.25 x 45 x 52		Fr. 42 705.-
13 <sup>e</sup> salaire mensuel		Fr. 3 557.30
Allocations familiales: Fr. 365.- x 12		Fr. 4 380.-
Gain annuel		Fr. 50 642.30
Indemnité journalière:	$\frac{50\,642.30}{365} \times 80\% =$	Fr. 111.-
Nombre de jours indemnisés: 22		
Total: 22 x 111.- =		<b>Fr. 2 442.-</b>

## Evaluation des atteintes à l'intégrité

1. Pour les atteintes à l'intégrité désignées ci-après, l'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré.  
Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale.  
Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 pour cent serait appliqué selon le barème ci-après ne donnent droit à aucune indemnité.  
Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision.
2. La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 pour cent du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

### Barèmes des atteintes à l'intégrité

	Pour-cent		Pour-cent
Perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt	5	Perte de la vue d'un côté	15
Perte totale d'un pouce	20	Surdité totale	15
Perte d'une main	40	Cécité totale	15
Perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus	50	Luxation récidivante de l'épaule	10
Perte d'un gros orteil	5	Grave atteinte à la capacité de mastiquer	25
Perte d'un pied	30	Atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale	50
Perte d'une jambe au niveau du genou	40	Paraplégie	90
Perte d'une jambe au dessus du genou	50	Tétraplégie	100
Perte du pavillon d'une oreille	10	Atteinte très grave à la fonction pulmonaire	80
Perte du nez	30	Atteinte très grave à la fonction rénale	80
Scalp	30	Atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration	20
Très grave défiguration	50		
Perte d'un rein	20	Epilepsie post-traumatique avec crises ou sous médication permanente sans crise	30
Perte de la rate	10		
Perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction	40	Très grave trouble organique de la parole, très grave syndrome moteur ou psychoorganique	80
Perte de l'odorat ou du goût	15		
Perte de l'ouïe d'un côté	15		

## Rapport explicatif

### Article premier Notion de travailleur

Le groupe d'experts chargé de la révision de l'OLAA a examiné deux variantes: une variante «coordination» avec renvoi direct dans l'OLAA à la législation sur l'AVS et une variante «adaptation» avec ajustement de la réglementation en vigueur jusque-là.

La variante «coordination» a été choisie pour les raisons suivantes: Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), il se justifie du point de vue de la coordination que l'assurance-accidents s'en tienne en principe à la qualification de l'activité lucrative effectuée au regard des prescriptions de l'AVS (RAMA 1992 n° U 155 p. 255 consid. 2c). On note par ailleurs que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a édicté, aux fins de coordonner les notions de travailleurs, des règles pour l'examen de la situation en matière de droit des assurances sociales des personnes exerçant une activité lucrative et que ces règles communes s'appliquent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994 aussi bien dans l'AVS que dans l'assurance-accidents. Le projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) prévoit également une notion de travailleur salarié valable pour l'ensemble des branches de l'assurance sociale. Enfin, un groupe de travail interdépartemental mis sur pied par le Département fédéral de l'économie publique (DFEP) en vue de promouvoir les petites et moyennes entreprises (PME) propose également, dans son rapport final, une meilleure coordination.

Selon la nouvelle réglementation, quiconque est de condition dépendante dans l'AVS est en principe considéré comme travailleur au sens de la LAA. Les exceptions et cas spéciaux sont mentionnées aux articles 1a et 2; la liste est exhaustive.

### Art. 1a Assurance obligatoire dans des cas spéciaux

Cette prescription correspond, quant au fond, à l'ancien article premier. La protection d'assurance des personnes exerçant une activité chez un employeur aux fins de se préparer au choix d'une profession, des personnes détenues dans un établissement pénitentiaire, un établissement d'internement ou d'éducation au travail ou encore dans une maison d'éducation, ainsi que des personnes appartenant à une communauté religieuse doit, comme jusque-là, être indépendante de leur statut dans l'AVS. C'est la raison pour laquelle l'assurance obligatoire de ces personnes est réglée spécialement ici.

### *1<sup>er</sup> alinéa*

L'ancienne réglementation a été modifiée, en ce sens que l'expression «pour la durée de cette activité» a été biffée. Cette limitation, devait initialement permettre d'exclure, pour cette catégorie de travailleurs, le maintien de la couverture d'assurance pendant le délai de 30 jours prévu à l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi. Les difficultés rencontrées lorsqu'il s'est agi de faire la distinction entre ces personnes et les auxiliaires (lesquels bénéficient de la couverture prolongée), ont eu raison de la solution en vigueur jusque-là.

### *2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas*

Il n'y a pas d'innovation, quant au fond, par rapport à l'ancien droit.

### *4<sup>e</sup> alinéa*

Il est précisé que les accidents de trajet dont sont victimes les personnes visées aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas sont des accidents professionnels, et ce indépendamment de la durée hebdomadaire d'occupation chez l'employeur. On déroge ainsi à la règle selon laquelle ces accidents sont en principe inclus dans l'assurance des accidents non professionnels.

## **Art. 2**      Exceptions à l'obligation d'être assuré

### *1<sup>er</sup> alinéa*

Vu le renvoi général à la législation sur l'AVS (cf. art. premier), les lettres b et c (ancien droit) ne sont plus nécessaires. Les lettres f, g et h (nouvelles) mentionnent des personnes, qui bien qu'étant de condition dépendante selon le droit de l'AVS, ne peuvent être mises – pour des raisons pratiques – sur un pied d'égalité avec les travailleurs.

### *2<sup>e</sup> alinéa*

Selon l'ancien droit, toute personne qui percevait une rémunération de moins de Fr. 2000.– par année civile pour une activité accessoire ou une charge accessoire (art. 8<sup>bis</sup> RAVS) pouvait renoncer, avec l'accord de son employeur, au prélèvement des cotisations AVS; elle n'était alors pas assurée spécialement contre les accidents pour cette activité accessoire (ancien art. 2 let. d OLAA). Avec la nouvelle solution, ces personnes demeurent en principe assurées à titre obligatoire. Si la rémunération est inférieure au montant susmentionné, elles peuvent renoncer, toujours avec l'accord de leur employeur, mais désormais indépendamment de la solution choisie dans l'AVS, à être spécialement assurée contre les accidents pour cette activité. La renonciation n'a d'effet que si une déclaration écrite dans

ce sens, comportant l'accord de l'employeur, a été déposée par ces personnes auprès de l'assureur compétent avant que l'assurance ne commence à produire ses effets.

#### **Art. 4**      Travailleurs détachés

Pour des raisons essentiellement administratives, l'assurance des personnes détachées à l'étranger est désormais prolongée de deux années contre une jusque-là.

Une modification par analogie de l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, n'a pas été jugée souhaitable. Il ne faut pas perdre de vue en effet que les personnes détachées en Suisse ne disposent pas toujours à l'étranger d'une protection d'assurance équivalente.

#### **Art. 9**      Accidents et lésions corporelles assimilées

##### *2<sup>e</sup> alinéa*

Selon l'ancienne version, les lésions corporelles mentionnées dans la liste devaient être couvertes par l'assurance-accidents, quand bien même elles étaient manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Seules les fractures faisaient exception à la règle (let. a). En d'autres termes, bon nombre d'atteintes dues exclusivement à une dégénérescence (le processus de vieillissement biologique, p. ex.) devaient être prises en charge jusque-là par l'assurance-accidents, ce qui était contraire au but recherché. Avec la nouvelle réglementation, les lésions corporelles imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs ne doivent, en principe, plus être couvertes par l'assurance-accidents. Le fardeau de la preuve incombe toutefois à l'assureur-accidents.

La liste des atteintes corporelles mentionnées dans le présent alinéa est exhaustive: la pratique et la jurisprudence étaient déjà unanimes sur ce point. Pour éviter tout malentendu, l'ordonnance le spécifie désormais expressément.

##### *3<sup>e</sup> alinéa*

Il est précisé que les dommages causés par l'usure à des objets qui remplacent une partie du corps (p. ex. des prothèses) posés à la suite d'une maladie ne constituent pas des lésions corporelles au sens du 2<sup>e</sup> alinéa. Il convient par conséquent de les exclure expressément des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-accidents. Les mêmes dommages causés à des objets qui remplacent une partie du corps posés à la suite d'un accident doi-

vent par contre être pris en charge par l'assurance-accidents. Celle-ci doit également allouer ses prestations pour les séquelles d'un précédent accident assuré.

En cas de dommage causé par un accident à des prothèses ou à des structures de remplacement – qu'elles aient été posées à la suite d'un accident ou d'une maladie importe peu –, il incombe en principe à l'assurance-accidents d'allouer ses prestations, conformément à l'article 12 LAA.

## **Art. 18** Soins à domicile

### *1<sup>er</sup> alinéa*

On a voulu préciser ici que, contrairement au 2<sup>e</sup> alinéa, l'assureur ne dispose d'aucune marge de manœuvre dans ce domaine (première phrase, nouvelle teneur).

A l'instar de la réglementation prévue par l'assurance-maladie obligatoire (art. 51 OAMal), les frais résultant des soins prodigués par des personnes occupées par des organisations qui dispensent des soins et de l'aide à domicile (les organisations Spitex) sont désormais pris en charge par l'assurance-accidents. Il n'y a par contre aucun changement en ce qui concerne les soins à domicile qui sont à la charge de l'assurance-accidents obligatoire.

La dernière phrase de l'ancienne version a été biffée, car il va de soi que l'on peut conclure des conventions tarifaires.

## **Art. 22** Gain assuré en général

### *3<sup>e</sup> alinéa*

La dernière phrase de l'ancienne version n'était plus nécessaire car une formule de calcul ayant même contenu figure désormais à l'annexe 2 (cf. art. 25 al. 1).

### *alinéa 3<sup>bis</sup>*

Selon la réglementation en vigueur jusque-là, si un assuré-LAA au bénéfice d'une indemnité journalière de l'AI était victime d'un accident au cours de l'application des mesures de réadaptation, il n'avait droit conformément à l'article 22, 3<sup>e</sup> alinéa, OLAA – dans la mesure où il ne percevait pas de salaire pendant la réadaptation – qu'à une indemnité journalière s'élevant à 80 pour cent de celle de l'AI. Les indemnités journalières de l'assurance-accidents étaient de ce fait parfois très basses.

Aux termes de l'article 25<sup>bis</sup> LAI, il y a garantie des droits acquis lorsque l'indemnité journalière de l'assurance-accidents est remplacée par celle de l'AI. Cette réglementation n'avait, on l'a vu, pas son pendant jusque-là dans l'assurance-accidents. Se fondant sur l'article 15, 3<sup>e</sup> alinéa, lettre c, LAA, le Conseil fédéral a donc comblé cette lacune.

#### *4<sup>e</sup> alinéa*

Il n'est plus question d'activité saisonnière, mais bien plutôt d'activité dont la durée est à l'avance limitée. La nouvelle formulation s'inspire de la jurisprudence selon laquelle lorsque la durée de l'activité est à l'avance limitée, il n'y a pas lieu de convertir le salaire perçu durant cette période en gain annuel.

**Art. 23** Salaire déterminant pour l'indemnité journalière dans des cas spéciaux

#### *6<sup>e</sup> alinéa*

Cette disposition a tout d'abord été modifiée en raison de l'abaissement de l'âge de la majorité civile à 18 ans. A l'instar de l'AI, l'âge déterminant n'est désormais plus celui de la majorité civile, mais celui de 20 ans révolus. Il s'est en outre avéré nécessaire de coordonner le cercle des personnes mentionnées (stagiaires, volontaires, personnes se préparant au choix d'une profession, personnes exerçant une activité aux fins d'acquérir une formation dans des centres de réadaptation professionnelle pour personnes handicapées, etc.) avec celui figurant à l'article 115, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b. Les apprentis ont par ailleurs été exclus de la réglementation spéciale attendu que l'indemnité journalière minimale – à savoir 10 voire 20 pour cent du montant maximum du gain journalier assuré (Fr. 26.70/53.40 par jour ou Fr. 801.–/1602.– par mois) – est parfois nettement supérieure au salaire que touche effectivement l'apprenti, ce qui peut lui donner une idée fautive de l'Etat social.

#### *7<sup>e</sup> alinéa*

Pour l'adaptation de l'indemnité journalière à l'évolution des salaires, il n'y a plus lieu de se baser sur la durée du versement de l'indemnité journalière, mais bien sur celle du traitement médical. Pareille modification correspond d'ailleurs à la pratique. Elle doit permettre d'éviter des inégalités de traitement dans les cas suivants:

- a) l'incapacité de travail ne naît pas directement après l'accident, mais seulement après une opération ultérieure;
- b) l'incapacité de travail naît immédiatement après l'accident.

#### *9<sup>e</sup> alinéa*

Ce nouvel alinéa tient compte de la jurisprudence du TFA selon laquelle, si l'achèvement de la formation professionnelle est retardée en raison d'un

accident, il faut en tenir compte dans l'évaluation de l'invalidité. Cela dit, il arrive fréquemment qu'un accident cause un retard dans l'achèvement de la formation professionnelle sans pour autant entraîner une invalidité. L'équité commandait que l'on octroie également des prestations en pareil cas. L'indemnité journalière partielle allouée pour le retard dans la formation n'est toutefois accordée que pendant une année au maximum.

**Art. 24** Salaire déterminant pour les rentes dans des cas spéciaux

*4<sup>e</sup> alinéa*

En cas d'invalidité due à plusieurs événements assurés, il n'est alloué, selon la pratique, qu'une seule rente; celle-ci est fixée en fonction de l'invalidité globale. L'ordonnance le spécifie désormais expressément.

*5<sup>e</sup> alinéa*

La décision d'abroger purement et simplement cet alinéa est à mettre en relation avec la nouvelle version de l'article 28, 3<sup>e</sup> alinéa, OLAA. Il y est en effet également question de l'aggravation d'une invalidité préexistante par un accident assuré. Du fait de l'absence de coordination entre les articles 24, 5<sup>e</sup> alinéa, et 28, 3<sup>e</sup> alinéa, OLAA en corrélation avec l'article 36 LAA, la rente d'invalidité est parfois trop élevée. Ce problème est bien mis en évidence dans l'exemple suivant:

Une personne assurée souffrant de débilité mentale travaille dans un atelier d'occupation permanente pour personnes handicapées. Elle perçoit un salaire mensuel de Fr. 500.- (Fr. 6500.- par an) et touche une rente entière de l'AI. Suite à un accident professionnel, elle perd complètement l'usage de ses mains. Le degré de l'invalidité (selon l'art. 28 al. 3 OLAA) est de 100 pour cent. La rente d'invalidité se calcule comme suit:

- a) en cas d'augmentation du revenu annuel sur la base de l'article 26, 1<sup>er</sup> alinéa, RAI selon l'article 24, 5<sup>e</sup> alinéa, OLAA (condition: les dommages sont dissociables, de sorte que l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable):

$80\% \times \text{Fr. } 60\,000.-$ (selon art. 26 al. 1 RAI)	=	Fr. 50\,000.-/an ou Fr. 4\,166.-/mois
---	---	--

- b) en cas d'abrogation de l'article 25, 5<sup>e</sup> alinéa:

$80\% \times \text{Fr. } 6\,500.-$	=	Fr. 5\,200.-/an ou Fr. 433.-/mois
------------------------------------	---	--------------------------------------

L'abrogation de l'article 24, 5<sup>e</sup> alinéa, OLAA implique que, chaque fois qu'un état préexistant non assuré a des incidences sur la capacité de gain, il n'y a pas de revalorisation de la base de calcul de la rente (le gain annuel) et

par conséquent pas de réduction de la rente selon l'article 36, 2<sup>e</sup> alinéa, LAA. L'invalidité est évaluée en pareil cas conformément à l'article 28, 3<sup>e</sup> alinéa, OLAA (sur l'ensemble de la question, cf. *Peter Omlin*, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, thèse Fribourg, 1995, p. 134 ss).

#### **Art. 25** Montant de l'indemnité journalière

##### *1<sup>er</sup> alinéa*

Il est désormais fait référence au calcul de l'indemnité journalière selon l'annexe 2 (cf. art. 22 al. 1).

##### *3<sup>e</sup> alinéa*

L'article 25, 3<sup>e</sup> alinéa, OLAA a été abrogé par l'article 11 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage (OAAC; RS 837.171). Cette disposition précisait dans quelle mesure l'assurance-accidents devait allouer ses prestations en cas de concours avec les indemnités journalières de l'assurance-chômage.

Cela dit, la coordination entre les prestations de l'assurance-accidents et celles de l'assurance-chômage est nécessaire non seulement pour les personnes qui sont au chômage au moment de la survenance de l'accident – cette hypothèse est réglée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996 par l'article 5, 4<sup>e</sup> alinéa, OAAC –, mais également pour celles qui travaillent au moment où survient l'événement dommageable et qui tombent par la suite au chômage. L'abrogation pure et simple de l'article 25, 3<sup>e</sup> alinéa, OLAA était une erreur. Il convenait par conséquent de la corriger.

#### **Art. 28** Evaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux

##### *3<sup>e</sup> alinéa*

L'ancienne formulation pouvait prêter à confusion. Cela dit, le texte a été revu sur le plan rédactionnel et des précisions ont été apportées. Attendu que, pour l'évaluation du degré de l'invalidité, on table déjà sur le revenu réduit touché avant l'accident, une réduction conformément à l'article 36, 2<sup>e</sup> alinéa, LAA s'avère superflue. Sur l'ensemble de la question, voir également le commentaire concernant l'article 24, 5<sup>e</sup> alinéa.

#### **Art. 30** Rente transitoire

##### *1<sup>er</sup> alinéa*

La rente transitoire pouvant, semble-t-il, faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente «définitive», il s'est avéré nécessaire de mieux faire

ressortir, aussi bien dans le titre que dans le texte, qu'il ne s'agit en fait que d'une prestation en espèces temporaire, qui est fixée provisoirement.

L'ancienne réglementation ne déterminait pas le moment à partir duquel la rente transitoire est remplacée par la rente «définitive», lorsque par exemple l'AI considère, après examen du cas, que des mesures de réadaptation sont inutiles. C'est la raison pour laquelle, on précise expressément quand s'éteint la rente transitoire.

#### *2<sup>e</sup> alinéa*

Il peut arriver que la réadaptation professionnelle ait lieu à l'étranger, quand bien même les prescriptions applicables ne correspondent pas à celles qui sont en vigueur en Suisse. La réglementation sur l'extinction du droit à la rente transitoire (1<sup>er</sup> al.) n'est de ce fait pas directement applicable. C'est la raison pour laquelle la nouvelle disposition précise qu'en pareil cas, la rente transitoire est allouée jusqu'à l'achèvement de la réadaptation.

Pour éviter toute surindemnisation, les prestations en espèces des assurances sociales étrangères doivent toutefois être prises en compte.

### **Art. 36**

#### *4<sup>e</sup> alinéa*

Le chiffre 3 de l'ancienne annexe 3 a été transféré dans le corps même de l'ordonnance. Selon la jurisprudence, l'interdiction de toute révision ne vaut pas pour les aggravations de l'atteinte à l'intégrité qui n'étaient pas prévisibles. Cela étant, la solution retenue autorise une révision dans des cas exceptionnels.

### **Art. 51**      Concours avec les prestations d'autres assurances sociales

#### *3<sup>e</sup> alinéa*

Selon la jurisprudence du TFA, il convient de prendre en considération le revenu effectif réalisé par l'assuré, compte tenu de sa capacité de travail restreinte, mais non pas le revenu hypothétique qu'il aurait pu réaliser en faisant usage – de la manière que l'on peut exiger de lui – de sa capacité de travail ou de gain résiduelle. On notera pour la bonne forme, que la prescription correspondante en matière de prévoyance professionnelle dispose que «le revenu provenant d'une activité lucrative exercée par un assuré invalide est aussi prise en compte» (art. 24 de l'O du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité, OPP 2»; RS

831.441.1). Par souci d'harmonisation et de transparence, il est expressément précisé que le revenu effectif doit être pris en compte pour de la détermination du gain dont on peut présumer que l'assuré se trouve privé.

#### **Art. 62** Versement des rentes

##### *1<sup>er</sup> alinéa*

Il n'y a plus d'obligation de paiement des rentes au comptant. D'autres modes de paiement (compte de chèques postaux ou compte bancaire) se sont en effet imposés depuis fort longtemps. Une limitation à certaines formes n'aurait par ailleurs pas été opportune.

#### **Art. 69** Chiropraticiens, personnel paramédical et laboratoires

Aux fins d'adapter cette disposition au nouveau droit sur l'assurance-maladie, il est aussi fait mention des articles 46 (prescription générale pour les personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et organisation qui les emploient), 51 (organisations de soins et d'aide à domicile) et 52 (organisations d'ergothérapie) OAMal. Il en résulte que les organisations qui occupent du personnel paramédical (p. ex. les organisations Spitex) sont dorénavant également considérées comme des fournisseurs de prestations.

#### **Art. 70** Conventions

##### *2<sup>e</sup> alinéa*

Jusque-là, les conventions réglant la collaboration et les tarifs passées entre les assureurs et les établissements hospitaliers ou de cure devaient également régler la facturation supplémentaire du traitement des assurés qui, de leur propre volonté ou à la demande de leurs proches, entrent dans une division autre que la division commune.

Cette réglementation répondait sans doute à un besoin sur le plan pratique. Sa légalité a toutefois été remise en cause dès sa promulgation. Selon l'article 10, 3<sup>e</sup> alinéa, LAA, le Conseil fédéral peut en effet définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance – à savoir les prestations de base –, il n'a par contre pas la compétence de se prononcer sur la prise en charge des prestations complémentaires. Partant, il convenait de biffer la prescription en question.

##### *3<sup>e</sup> alinéa*

La nouvelle réglementation s'inspire directement de l'article 46, 5<sup>e</sup> alinéa, de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le délai de dénonciation prévu est désormais d'au moins 6 mois.

**Art. 90**      Enregistrement

*4<sup>e</sup> alinéa*

Il incombait en principe à l'OFAS de publier chaque année la liste des assureurs qui participent à la gestion de l'assurance-accidents. Pour des raisons d'ordre pratique avant tout, il est apparu nécessaire de lui laisser plus de liberté quant à la fréquence des publications. Il va sans dire que les personnes intéressées peuvent, comme jusque-là, obtenir la liste mise à jour auprès de l'office en question.

**Art. 96**      Autres tâches et rapport

*1<sup>er</sup> alinéa*

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) pouvait confier à la Caisse supplétive des tâches dans le domaine de la statistique des accidents et des prestations. Depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 15 août 1994 sur les statistiques de l'assurance-accidents (OSSA; RS 431.835) et la mise en place de la Commission des statistiques de l'assurance-accidents et du Service de centralisation des statistiques, pareille compétence est toutefois superflue.

En lieu et place de la réglementation précitée, il a été décidé de confier officiellement à la Caisse supplétive – elle le fait déjà jusque-là sur une base volontaire – la charge de répartir entre les assureurs désignés à l'article 68 de la loi les frais occasionnés par l'entraide internationale en matière de prestations, conformément à l'article 103a, 2<sup>e</sup> alinéa.

**Art. 99**      Allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs

*2<sup>e</sup> alinéa*

L'article 77, 3<sup>e</sup> alinéa, lettre a, LAA, charge le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur l'obligation d'allouer des prestations et sur la collaboration des assureurs pour les travailleurs qui sont occupés par plusieurs employeurs. Selon le TFA, il lui est toutefois loisible de déroger au principe énoncé aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas selon lequel les prestations sont allouées par un seul assureur.

Selon la réglementation en vigueur jusque-là, un assureur pouvait être tenu d'allouer ses prestations sur la base du revenu global assuré sans recevoir de contrepartie des autres assureurs, quand bien même il ne percevait des primes que sur une infime partie de celui-ci. A l'évidence, le principe d'équivalence entre primes et prestations était battu en brèche. La solution qui a été choisie devrait permettre de pallier cet inconvénient. Il convient de

relever qu'elle ne concerne que les rapports entre assureurs et qu'elle est sans incidence pour les personnes assurées.

#### **Art. 103a** Exécution d'engagements internationaux

Cette disposition est le pendant de l'article 19 OAMal édicté en application de l'article 18 LAMal. Il s'agit de confier officiellement à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) – elle le faisait déjà jusque-là sur une base volontaire – la charge d'assurer l'entraide administrative internationale (c'est-à-dire le remboursement des frais de soins occasionnés en Suisse par des personnes soumises à la législation de sécurité sociale d'un autre Etat) lorsqu'elle est prévue par une convention de sécurité sociale ou un autre texte international (ou européen) liant la Suisse et de régler le financement de cette tâche. Il est également prévu que la Confédération – puisque la CNA exerce son activité dans l'intérêt de la Suisse – prenne en charge les intérêts sur les avances de prestations accordées au titre de l'entraide (cf. également art. 19 al. 3 OAMal).

#### **Art. 105** Statistiques uniformes

##### *1<sup>er</sup> alinéa*

Selon l'ancienne version, le DFI devait approuver les règles concernant l'établissement de statistiques uniformes élaborées en commun par les assureurs. L'Office fédéral de la justice avait estimé en son temps que cette délégation allait trop loin et l'avait par conséquent considérée comme contraire à la loi. C'est la raison pour laquelle le DFI avait édicté en 1984 déjà l'OSSA (cf. art. 96 al. 1). La nouvelle version tient compte de cette situation.

##### *3<sup>e</sup> alinéa*

Attendu qu'elle figure déjà à l'article 2, 2<sup>e</sup> alinéa, OSSA (cf. art. 96 al. 1), l'ancienne deuxième phrase peut être biffée.

##### *5<sup>e</sup> alinéa*

Cet alinéa a été modifié pour tenir compte du fait que la statistique des salaires a été transférée en 1995 de l'Office fédéral du développement économique et de l'emploi (OFDE; anciennement OFIAMT) à l'Office fédéral de la statistique.

#### **Art. 112** Changement d'assureur

##### *1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas*

Le TFA a jugé que l'ancien article 112, 2<sup>e</sup> alinéa, OLAA était contraire à la loi, dans la mesure où il dérogeait à l'article 77, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, LAA.

L'ordonnance ne peut en particulier s'écarter – sous réserve des cas visés à l'article 77, 3<sup>e</sup> alinéa, LAA – du principe suivant lequel, en cas de changement d'assureur après la survenance d'un accident, l'assureur compétent au moment de l'événement dommageable reste tenu d'allouer ses prestations. De ce fait, l'ancienne réglementation ne pouvait être maintenue.

S'agissant du financement des allocations de renchérissement, il est possible de déroger au principe susmentionné. Attendu que ces allocations doivent, le cas échéant, être financées selon le système de répartition des dépenses par des suppléments de primes nettes (art. 92 al. 1 LAA) – et non pas selon le système de répartition des capitaux de couverture –, l'assureur jusque-là compétent possède une créance contre la Caisse supplétive LAA ou la CNA pour la part des allocations de renchérissement qui ne peut pas être financée par les excédents d'intérêt.

Par souci de transparence et de lisibilité, il est nécessaire de répéter le principe énoncé à l'article 77 LAA et de régler ensuite au 2<sup>e</sup> alinéa l'exception décrite ci-dessus.

### *3<sup>e</sup> alinéa*

Cette disposition est devenue caduque en raison du changement de système aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas; les cas en suspens sont en effet couverts par l'assureur compétent jusque-là.

## **Art. 113**      Classes et degrés

### *3<sup>e</sup> alinéa*

#### *première phrase*

La modification est purement formelle. Il est clairement précisé jusqu'à quel moment doivent être communiquées les modifications qui ont trait aux tarifs des primes et celles qui portent sur l'attribution aux classes et degrés de ceux-ci.

#### *deuxième phrase*

L'ordonnance impose dorénavant aux exploitants un délai pour déposer leurs demandes lorsqu'ils requièrent la modification de l'attribution aux classes et degrés des tarifs des primes.

## **Art. 114**      Suppléments de primes pour frais administratifs

### *2<sup>e</sup> alinéa*

Jusque-là, le supplément pour les frais administratifs des assureurs désignés à l'article 68 LAA ne pouvait dépasser de plus de 10 points celui de la CNA,

lequel s'élève pour l'heure à 12,5 pour cent. La composition des portefeuilles et les différences de structures justifiaient de telles différences.

Selon le préposé à la surveillance des prix, il doit y avoir plus de concurrence dans l'aménagement des tarifs de primes. Cela concerne en particulier également les suppléments pour les frais administratifs. Afin qu'ils disposent d'une plus grande marge de manœuvre (vers le bas s'entend), les assureurs désignés à l'article 68 LAA ont été autorisés à percevoir désormais des suppléments de primes de 15 points supérieurs à celui de la CNA. Le taux maximum autorisé s'élève ainsi à 27,5 pour cent de la prime nette.

### *3<sup>e</sup> alinéa*

Aux termes de l'article 92, 1<sup>er</sup> alinéa, LAA, l'OFAS pouvait en soi déjà demander des renseignements aux assureurs au sujet des suppléments pour les frais administratifs. Attendu toutefois que les tarifs des primes n'ont plus à être approuvés par les autorités de surveillance et que la présente révision donne aux assureurs une assez grande marge de manœuvre s'agissant de la fixation des suppléments pour les frais administratifs, il se justifie de rappeler ici expressément la possibilité dont jouit l'autorité de surveillance.

## **Art. 115** Gain soumis à une prime

### *1<sup>er</sup> alinéa*

#### *lettre b*

Pour fixer le revenu minimal soumis à la prime chez les stagiaires, les volontaires et ceux qui se préparent au choix d'une profession ou chez les personnes qui sont occupées dans des écoles de métiers, on se fondait jusque-là sur l'âge de la majorité civile. Celui-ci a toutefois été abaissé de 20 ans à 18 ans révolus (cf. modification du CCS en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996; RO 1995 II 1126); les raisons ayant conduit à cet abaissement ne jouent cependant aucun rôle dans ce contexte. Aux fins de maintenir les choses en l'état, il a donc été décidé de se fonder sur l'âge de 20 ans révolus (cf. également le commentaire à propos de l'art. 23 al. 6).

#### *lettre c*

Les primes minimales prélevées sur la base de l'ancien article 115, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, OLAA représentaient une charge trop lourde pour les personnes occupées dans des centres de réadaptation professionnelle et dans des ateliers d'occupation permanente pour personnes handicapées. La plupart d'entre elles ont en effet de sérieux handicaps et touchent un revenu nettement inférieur à 10 ou 20 pour cent du montant maximum du gain journalier.

lier assuré. Une réglementation spéciale pour ces personnes était de ce fait indispensable.

L'ancienne lettre c est devenue la *lettre d*.

#### *2<sup>e</sup> alinéa*

Chez les assurés travaillant dans plusieurs entreprises, le salaire ne peut être pris en compte, selon la jurisprudence, que jusqu'à concurrence du montant maximum du gain assuré. La nouvelle solution en tient compte. Quant à l'ancienne deuxième phrase, elle a été déplacée – pour des raisons de compréhension – dans un nouveau 3<sup>e</sup> alinéa.

#### *3<sup>e</sup> alinéa*

voir commentaire à propos du 2<sup>e</sup> alinéa.

#### *4<sup>e</sup> alinéa*

Il s'agit de la concrétisation dans l'assurance-accidents des articles 37, lettre c, et 46 de la loi sur l'assurance-chômage (LACI). Cette réglementation doit permettre de prévenir les malentendus. L'article 91, 2<sup>e</sup> alinéa, deuxième phrase, LAA est dans ce contexte également applicable.

### **Art. 117** Majoration pour paiement échelonné des primes et intérêts moratoires

Sur recommandation du préposé à la surveillance des prix, le taux de l'intérêt moratoire de 1% par mois de retard ou 12% par an jusque-là a été ramené à 0,5 pour cent par mois ou 6 pour cent par an. Le nouveau taux apparaît comme tout à fait raisonnable. Il tient compte de la situation sur le marché des capitaux, tout en préservant le caractère de sanction que l'intérêt moratoire a dans l'assurance-accidents. Ce taux correspond d'ailleurs à celui qui est en vigueur dans les autres branches (p. ex. AVS) de l'assurance sociale (2<sup>e</sup> al.).

Comme sous l'ancien droit, il doit y avoir une différence entre la majoration pour paiement échelonné des primes et l'intérêt moratoire. Compte tenu de la modification du 2<sup>e</sup> alinéa, une adaptation de la majoration pour paiement échelonné des primes (1<sup>er</sup> al.) était nécessaire.

### **Art. 123a** Droit d'accès

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD; RS 235.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993. Pour bien montrer que le droit de consulter les dossiers visé à l'article 98 LAA et le droit d'accès selon la LPD

sont deux institutions différentes, on a introduit dans l'OLAA un renvoi au droit d'accès selon la législation sur la protection des données. Le droit de consulter les dossiers a en effet pour but de permettre de déterminer le droit aux prestations d'assurance (cf. circulaire sur la tenue et la consultation des dossiers dans l'assurance-accidents obligatoire, valable dès le 1<sup>er</sup> juillet 1991) alors que le droit d'accès vise à protéger des données. Selon l'article 8 LPD, toute personne peut demander au maître du fichier de lui communiquer par écrit toutes les données la concernant qui sont contenues dans le fichier.

#### **Art. 125** Exceptions à l'obligation de garder le secret

##### *1<sup>er</sup> alinéa*

Il convient également de bien faire la distinction entre les exceptions à l'obligation de garder le secret prévues à l'article 125 et le droit d'accès visé aux articles 8 et suivants LPD et des articles 1 et 2 de l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi sur la protection des données (voir également remarques à propos de l'article 123a).

##### *Lettre i*

Peut-on ranger les institutions de prévoyance parmi les assurances sociales non mentionnées sous la lettre b? La question était pour le moins controversée jusque-là. Aussi est-il apparu nécessaire de préciser ce point dans l'ordonnance.

##### *Lettre k*

L'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c, de l'ordonnance du 30 août 1995 sur la taxe d'exemption de l'obligation de servir (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996) prévoit l'assistance administrative des assureurs-accidents. Aussi a-t-on spécifié que l'obligation de garder le secret visée à l'article 102 LAA est levée envers les organes d'exécution de la taxe d'exemption de l'obligation de servir, dans la mesure où l'accomplissement de leurs tâches l'exige.

##### *Lettre l*

L'article 11 OSSA dispose que le Bureau suisse de prévention des accidents (bpa) a droit aux renseignements statistiques dont il a besoin pour accomplir ses tâches légales. Les données qui lui sont fournies chaque année par le service de centralisation des statistiques lui permettent certes de déterminer les éléments essentiels dans le déroulement d'un accident. Elles ne lui donnent par contre aucune indication sur les causes de l'accident, le type d'accident et le comportement des personnes, informations qui ne ressortent directement que du dossier d'accident. Cela dit, ces données sont absolument nécessaires pour la conception même de la prévention des accidents et l'élaboration des mesures de prévention.

## *Lettre m*

Depuis la mise en vigueur de la modification de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP), les indemnités journalières, les rentes d'invalidité (ou leur valeur de rachat) et les rentes de survivants (ou leur valeur de rachat) de l'assurance-accidents obligatoire sont relativement saisissables (art. 93 al. 1 LP). Les offices des poursuites et des faillites étant tributaires – en ce qui concerne l'existence et le montant des prestations d'assurance – des informations que doivent leur fournir les assureurs-accidents, il est apparu nécessaire de préciser que l'obligation de garder le secret est également levée envers eux.

### **Art. 126** Relations avec l'assurance militaire

#### *3<sup>e</sup> alinéa*

Il s'agit d'une simple adaptation à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM; RS 833.1).

### **Art. 131** Tribunaux cantonaux des assurances

L'article 108, 2<sup>e</sup> alinéa, LAA ayant été abrogé par la loi fédérale du 15 décembre 1989 relative à l'approbation d'actes législatifs des cantons par la Confédération (RO 1991 362), la prescription d'application n'avait plus sa raison d'être.

### **Art. 134** Faculté de s'assurer

#### *3<sup>e</sup> alinéa*

L'obligation qui était faite jusque-là aux assureurs, dans l'assurance facultative, d'accepter des personnes qui présentent des atteintes à la santé préexistantes importantes et durables ou qui sont exposées dans l'exercice de leur activité à un sérieux danger pour la santé (inaptitude) au sens de l'article 78 de l'ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents (OPA; RS 832.30) n'allait pas sans soulever quelques difficultés. Pour éviter les abus, une disposition indiquant les conditions dans lesquelles la conclusion d'un tel contrat peut être refusée a été introduite.

### **Art. 137** Fin de l'assurance

Jusque-là, seul l'assuré pouvait résilier l'assurance facultative. Aux fins d'éviter les abus, la même possibilité est désormais accordée aux assureurs. La résiliation du contrat par l'assureur doit toutefois être motivée et communiquée par écrit.

**Art. 147a** Disposition transitoire relative à la modification  
du 15 décembre 1997

La disposition transitoire contient un principe reconnu dans l'assurance-accidents selon lequel les accidents sont indemnisés conformément au droit en vigueur lorsqu'ils surviennent.

**Modification du droit en vigueur**

*Article 6 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage (OAAC; RS 837.171)*

L'assurance-accidents des personnes au chômage est régie par les prescriptions de la LAA et de l'OLAA, pour autant que les dispositions de l'OAAC ne prévoient pas de réglementation particulière (art. 1 OAAC). Pour les personnes victimes d'un accident pendant qu'elles retirent un gain intermédiaire ou sont au chômage partiel, le remboursement selon l'article 99, 2<sup>e</sup> alinéa, OLAA (nouvelle version) d'une partie des prestations par l'assurance-accidents des personnes au chômage serait une charge excessive pour cette branche d'assurance. Une telle solution soulèverait par ailleurs de nombreux problèmes sur le plan pratique. Aussi a-t-on spécifié que l'article 99, 2 alinéa, OLAA n'est pas applicable en pareil cas.

**Annexes 1** Maladies professionnelles

*Chiffre 1 Substances nocives*

Pour tenir compte des expériences faites par la CNA, certaines substances ont été ajoutées et d'autres remplacées dans la liste des maladies professionnelles.

*Chiffre 2 Affections dues à certains travaux*  
*b. Autres affections*

Il s'agit de modifications qui s'imposent compte tenu des expériences faites jusque-là. S'agissant des «maladies tropicales», il convient, pour des raisons pratiques et de sécurité du droit, de renoncer à une description générale et de procéder plutôt par énumération.

**Annexe 2** Calcul de l'indemnité journalière

L'ancien barème des indemnités journalières pour des gains allant de 1 à 97 200 francs est remplacé par une formule de calcul dont l'usage est obligatoire (cf. remarques à propos de l'art. 22 al. 3) et deux exemples pour l'illustrer. La praticabilité et la clarté devraient s'en trouver améliorées.

### **Annexe 3** Evaluation de l'atteinte à l'intégrité

#### *Chiffre 1* Prise en compte des moyens auxiliaires

Selon la jurisprudence, les moyens auxiliaires auxquels l'assuré a droit pour corriger un dommage corporel ou la perte d'une fonction ne doivent, dans la règle, pas être pris en compte pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Ce principe est désormais codifié. Le port des lunettes étant très répandu et ne constituant, en règle générale, qu'une très faible atteinte à l'intégrité, il se justifie cependant de déroger au principe énoncé ci-dessus et de déterminer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité – en cas de perte de la vision imputable à un accident – après correction de la vue (avec des verres ou des lentilles de contact).

#### *Chiffre 3*

La réglementation est insérée dans le corps même de l'ordonnance (cf. art. 36 al. 4 OLAA).

#### *Barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité*

La distinction entre la perte de la main droite (gauche pour les gauchers) et celle de l'autre main (50% ou 40%) est supprimée. Pareille différence ne se justifie pas, ce d'autant plus qu'elle n'existe pas pour la perte d'un bras. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité étant par principe abstraite, il n'y a pas lieu de faire de distinction entre la main droite (gauche pour les gauchers) et l'autre main.

Pour la même raison, on a remplacé «perte totale du pouce de la main droite (gauche pour les gauchers)/perte totale du pouce de l'autre main» par «perte totale d'un pouce».

## **F e b r u a r - F é v r i e r - F e b b r a i o 1 9 9 8**

### **Herausgeber/Editeur/Editore**

Bundesamt für Sozialversicherung  
Office fédéral des assurances sociales  
Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Effingerstrasse 31, 3003 Bern  
Telefon 031 322 90 11, Telefax 031 322 78 80

### **Administration/Amministrazione**

Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern  
Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne  
Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, Berna

### **Redaktion/Rédaction/Redazione**

Thomas Schmutz, Marc Léderrey +  
Bernard Schuler, Helen Kaufmann

**Abonnementspreis Fr. 27.- + 2% MWSt**

**Prix d'abonnement fr. 27.- + 2% TVA**

**Prezzo d'abbonamento fr. 27.- + 2% IVA**

**Auflage/Tirage/Tiratura** 1900

Erscheint 6 mal jährlich

Paraît 6 fois par année

Pubblicato 6 volte l'anno