

RKUV / RAMA / RAMI 3 / 2005

Kranken- und Unfallversicherung
Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

Assurance-maladie et accidents
Jurisprudence et pratique administrative

Assicurazione malattia e infortuni
Giurisprudenza e prassi amministrativa



BAG OFSP UFSP SFOPH

Impressum

Ausgabe/Edition/Edizione: 3/2005

Herausgeber/Editeur/Editore:

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Redaktion/Rédaction/Redazione:

Marc Léderrey, Monika Schuler,

Bernard Schuler, Helen Kaufmann

Weitere Informationen/Autres informations/Altre informazioni:

BAG, Kranken- und Unfallversicherung

Hessstrasse 27e, 3003 Bern

Telefon 031 322 90 22, Telefax 031 322 78 80

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

Vertrieb/Distribution/Distribuzione:

BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne

UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna

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

www.bbl.admin.ch/Bundespublikationen

Auflage/Tirage/Tiratura: 1670

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

Abonnementspreis inkl. MWSt: Fr. 27.60

Prix d'abonnement TVA incluse: fr. 27.60

Prezzo d'abbonamento IVA compresa: fr. 27.60

BBL-Artikelnummer: 316.99705

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 7.05 1670kombi 66EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Juli 2005 / juillet 2005 / luglio 2005

Inhalt

Sommaire

Sommario

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

- 159 ■ Hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife (Benchmarking)**
KV 325 Entscheid des Bundesrates vom 30. Juni 2004 in Sachen Spital Thurgau AG und santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau

- 172 ■ Hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife (Benchmarking)**
KV 326 Entscheid des Bundesrates vom 10. Dezember 2004 in Sachen santésuisse Zentralschweiz gegen den Regierungsrat des Kantons Luzern

- 178 ■ Nichtbezahlung von fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen; Mahnverfahren**
KV 327 Urteil des EVG vom 2. März 2005 (K 24/01)

- 186 ■ Spitalexterne Pflege bei psychisch erkrankten Personen**
KV 328 Urteil des EVG vom 18. März 2005 (K 97/03)
- 199 ■ Weitere Anwendungsfälle/autres cas d'application/altri casi d'applicazione:**
Urteil des EVG vom 18. März 2005 (K 101/04)
Urteil des EVG vom 18. März 2005 (K 105/04)
Urteil des EVG vom 18. März 2005 (K 113/04)
Urteil des EVG vom 18. März 2005 (K 114/04)

- 200 ■ Zuständigkeit des Schiedsgerichts**
KV 329 Urteil des EVG vom 15. April 2005 (K 16/04)

- 204 ■ Zuständigkeit des Schiedsgerichts ; Auslegung des Begriffs des «Tiers garant»**
KV 330 Urteil des EVG vom 18. April 2005 (K 79/04)

- 208 ■ Mitteilungen/Communications/Comunicazioni**
Mutationen bei den Krankenversicherern/Mutations dans l'état des assureurs-maladie/Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattia

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

209 ■ Leistungspflicht der Ersatzkasse UVG

U 544 Urteil des EVG vom 17. Januar 2005 i. Sa. F. (U 20/04)

212 ■ Schreckereignis

U 545 Urteil des EVG vom 2. Februar 2005 i. Sa. R. (U 324/04)

217 ■ Revision von vor dem 1. Juli 2001 entstandenen Invalidenrenten

U 546 Urteil des EVG vom 30. März 2005 i. Sa. T. (U 337/04)

221 ■ Ärztliches Gutachten: Tragung der Kosten

U 547 Urteil des EVG vom 14. März 2005 i. Sa. N. (U 85/04)

228 ■ Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischer Fehlentwicklung nach Unfall

U 548 Urteil des EVG vom 28. Februar 2005 i. Sa. K. (U 306/04)

236 ■ Schleudertrauma der HWS

U 549 Urteil des EVG vom 15. März 2005 i. Sa. C. (U 380/04)

242 ■ Zum Adäquanzkriterium (des Grades und der Dauer) der Arbeitsunfähigkeit bei Versicherten in fortgeschrittenem Alter

U 550 Urteil des EVG vom 17. März 2005 i. Sa. A. (U 287/04)

Hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife (Benchmarking)

KV 325 Entscheidung des Bundesrates vom 30. Juni 2004 in Sachen Spital Thurgau AG und santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau

- **Bestätigung der Rechtsprechung: Tarifvergleiche zwischen Spitälern (in Form eines Benchmarking) sind zulässig, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind (Erw. 11.1).**

Die Preisüberwachung kann gemäss Artikel 43 Absätze 4 und 6 KVG Fallkosten-Vergleiche zwischen Spitälern durchführen (Erw. 11.4).

Der von der Preisüberwachung in der Tarifempfehlung vorgenommene und von der santésuisse geforderte Wirtschaftlichkeitsabzug auf den anrechenbaren Kosten auf Grund eines Fallkosten-Vergleichs zwischen den Kantonsspitälern Frauenfeld und Münsterlingen und anderen Spitälern kann nicht durchgesetzt werden. Der Fallkosten-Vergleich erlaubt in der vorliegenden Form keine hinreichend zuverlässigen Ergebnisse und lässt sich auch nicht dadurch absichern, dass er an Hand zusätzlicher Daten (zweiter Betriebsvergleich mit einer Gruppe von weiteren Referenzspitälern und mit Einbezug von Casemix-Indizes-Daten) plausibilisiert wird (Erw. 11.4-11.5).

- **Confirmation de la jurisprudence: des comparaisons de tarifs entre hôpitaux (sous la forme d'un benchmarking) sont admises lorsque certaines exigences sont remplies (cons. II.11.1).**

La Surveillance des prix peut procéder à des comparaisons des coûts par cas entre des hôpitaux selon l'art. 43, al. 4 et 6, LAMal (cons. 11.4).

La déduction sur les coûts imputables fondée sur le principe d'économie opérée par la Surveillance des prix dans sa recommandation sur le tarif et exigée par santésuisse ne peut pas être effectuée sur la base d'une comparaison des coûts par cas entre les hôpitaux cantonaux de Frauenfeld et de Münsterlingen et d'autres hôpitaux. La comparaison des coûts par cas ne permet pas d'obtenir des résultats suffisamment fiables sous la présente forme et ne permet pas non plus de garantir des résultats plausibles par le recours à des données supplémentaires (deuxième comparaison avec un groupe

d'autres hôpitaux de référence et en incluant les données de l'indice case-mix) (cons. 11.4-11.5).

- **Conferma della giurisprudenza: confronti di tariffe tra ospedali (sotto forma di benchmarking) sono ammessi se sono soddisfatti determinati requisiti (cons. II. 11.1).**

La Sorveglianza dei prezzi può procedere a confronti dei costi per caso tra ospedali in virtù dell'articolo 43 capoversi 4 e 6 LAMal (cons. 11.4).

La deduzione sui costi computabili fondata sul principio di economicità effettuata dalla Sorveglianza dei prezzi nella raccomandazione concernente le tariffe e chiesta da santésuisse sulla base del confronto dei costi per caso tra gli ospedali cantonali di Frauenfeld e di Münsterlingen e altri ospedali non può essere attuata. Il confronto dei costi per caso nella presente forma non permette di ottenere risultati sufficientemente affidabili e non permette neanche di garantire dei risultati plausibili facendo ricorso a dati supplementari (secondo confronto con un gruppo di altri ospedali di riferimento e considerando i dati dell'indice casemix) (cons. 11.4-11.5).

I.

Übersicht/*Condensé*

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau hat mit Beschluss vom 21. Mai 2002 die Fall- und Tages-Teilpauschalen 2001 und 2002 für die stationäre Behandlung der Kantonseinwohner und Kantonseinwohnerinnen auf der allgemeinen Abteilung in den Kantonsspitalern Frauenfeld und Münsterlingen der Spital Thurgau AG festgesetzt.

Gegen diesen Beschluss erhoben die Spital Thurgau AG (Beschwerdeführerin 1) am 21. Juni 2002 und die santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus (Beschwerdeführerin 2) am 24. Juni 2002 Beschwerde an den Bundesrat. Die Spital Thurgau AG beantragte, den Tarif 2001 bereits ab 1. Januar 2001 (und nicht erst ab 1. Juli 2001) für anwendbar zu erklären. Die santésuisse beantragte, (1) es sei festzustellen, dass der angefochtene Beschluss nichtig sei; eventuell sei er vollständig aufzuheben; (2) subeventuell seien die Tarife gemäss der Empfehlung der Preisüberwachung vom 7. März 2002 festzusetzen mit der sofort wirksamen Bestimmung, dass interne Verlegungen sowie Rehospitalisationen innert 10 Tagen nicht mehr zur Verrechnung einer neuen Fallpauschale berechtigen.

Par arrêté du 21 mai 2002, le Conseil d'Etat du canton de Thurgovie a fixé les forfaits partiels par cas et journaliers 2001 et 2002 pour le traitement hospitalier en division commune des personnes résidant dans le canton dans les hôpitaux cantonaux de Frauenfeld et de Münsterlingen de l'Hôpital de Thurgovie SA.

Des recours ont été portés devant le Conseil fédéral contre cet arrêté par l'Hôpital de Thurgovie SA le 21 juin 2002 (recourant 1) et par santésuisse Saint-Gall – Thurgovie – Glaris le 24 juin 2002 (recourante 2). L'hôpital de Thurgovie SA a demandé que le tarif soit déclaré applicable à partir du 1^{er} janvier 2001 (et non seulement à partir du 1^{er} juillet 2001). Santésuisse a demandé (1) qu'il soit constaté que la décision attaquée est nulle; éventuellement qu'elle soit annulée dans sa totalité; (2) sub-éventuellement que les tarifs soient fixés selon la recommandation de la Surveillance des prix du 7 mars 2002 avec la disposition applicable immédiatement que les transferts internes ainsi que les réhospitalisations dans le délai de 10 jours ne donnent plus droit à la facturation d'un nouveau forfait par cas.

II.

Der Bundesrat hat die Beschwerde der Spital Thurgau AG abgewiesen. Die Beschwerde der santésuisse St. Gallen-Thurgau-Glarus hat er im Subeventualantrag teilweise gutgeheissen.

...

11. Subeventualiter beantragt die Beschwerdeführerin 2, es seien die Tarife gemäss der Tarifempfehlung der Preisüberwachung festzusetzen. Der Bundesrat versteht diesen Antrag so, dass für den Fall der Ablehnung des Haupt- und des Eventualantrages der von der Preisüberwachung auf Grund des Vergleichs der Fallkosten der Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen mit dem Spital X. vorgenommene Wirtschaftlichkeitsabzug auf den anrechenbaren Kosten zu bestätigen ist.

In der Tarifempfehlung (S. 9, Ziff. 5) ermittelt die Preisüberwachung für die Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen durchschnittliche Fallkosten von 7 578 Franken. Sie vergleicht diesen Betrag mit den Fallkosten des Spitals X. im Betrage von 6 291 Franken im Jahre 1999, welches nach Auffassung der Preisüberwachung hinsichtlich Grösse und Versorgungsniveau mit den genannten Thurgauer Spitälern vergleichbar ist. Zu den Fallkos-

ten des Spitals X. addiert die Preisüberwachung im Sinne einer Toleranzmarge 10 Prozent dieser Kosten, was die auf die strittigen Tarife anrechenbaren Fallkosten im Betrage von rund 6 921 Franken ergibt. Der Regierungsrat lehnt den Fallkosten-Vergleich ab und macht geltend, die Preisüberwachung liefere keine nachvollziehbaren Argumente für die Behauptung, dass die genannten Spitäler und damit deren Kosten hinsichtlich Grösse und Versorgungsniveau vergleichbar seien (angefochtener Beschluss, S. 9).

11.1 Nach der Praxis des Bundesrates sind Tarifvergleiche zwischen Spitälern zulässig, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind (vgl. RKUV 6/2002 490 E. 16.2 und 16.2.1):

Die Erfahrung mit Vergleichen zwischen Spitälern zeigt, dass sich daraus schlüssige Ergebnisse nicht gewinnen lassen, wenn einfach die blossen Tarife einander gegenüber gestellt werden. Dass bei einem solchen Vorgehen Gleiches mit Gleichem verglichen wird und daraus die richtigen Schlüsse gezogen werden, ist nicht gewährleistet. Eine taugliche Vergleichsbasis besteht daher nur dann, wenn Kosten einander gegenüber gestellt werden, die auf vergleichbare Leistungen entfallen. In diesem Sinne sind zunächst die mit den strittigen Tarifen abgegoltene Leistungen eines Spitals sowie die darauf entfallenden Kosten zu bestimmen und sodann den Leistungen sowie Kosten eines oder mehrerer anderer Spitäler (im Folgenden: Referenzspitäler) gegenüber zu stellen. Der an Hand der Zahlen der Referenzspitäler ermittelte Wert wird als Benchmark (oder auch als Referenzwert oder Vergleichswert) bezeichnet, die Methode zur Bestimmung und zum Vergleich der Leistungen und Kosten als Benchmarking und das zu vergleichende Spital als das zu benchmarkende Spital (zur Terminologie vgl. *Hunziker/Rahmann*, Benchmarking in der öffentlichen Verwaltung, in: VOP, Verwaltung Organisation und Personal, Heft 6/98, 20 ff.).

Aus der Forderung, dass nur Gleiches mit Gleichem verglichen werden darf, folgt, dass (1) das zu benchmarkende Spital und die Referenzspitäler über dieselben rechnerischen Grundlagen in Form von Kostenstellenrechnungen verfügen müssen. Zudem (2) müssen die Leistungen und Kosten des zu benchmarkenden Spitals und der Referenzspitäler an Hand der wesentlichen Kriterien fassbar und vergleichbar sein (je nach Art des Kostenvergleichs beispielsweise hinsichtlich Versorgungsstufe, Leistungsangebot in Diagnostik und Therapie, Zahl und Art sowie Schweregrad der Fälle oder hinsichtlich Leistungen in Hotellerie/Services und Pflege).

Wenn die Leistungen vergleichbar sind, so ist zu vermuten, dass auch deren Kosten etwa gleich hoch liegen werden. Falls dies im Einzelfall nicht zutrifft

und das zu benchmarkende Spital für die strittigen Leistungen höhere Kosten aufweist als die Referenzspitäler, kann das Spital diese Vermutung umstossen, indem es die höheren Kosten stichhaltig begründet. Wenn dies nicht gelingt, so ist anzunehmen, dass die höheren Kosten mindestens teilweise auf einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen.

11.2 Im Folgenden ist zu prüfen, ob diese Voraussetzungen im vorliegenden Fall erfüllt sind.

Aus terminologischer Sicht und zur Ausgangslage ist vorzuschicken, dass mit den im Folgenden verwendeten Ausdrücken «Krankenhausstatistik» einerseits und «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» andererseits die im Anhang zur Verordnung des Bundesrates vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (SR 431.012.1) beschriebenen Statistiken gemeint sind.

Für den Vergleich der Fallkosten hat die Preisüberwachung unter anderem die Krankenhaustypologie des Bundesamtes für Statistik herangezogen. Diese basiert auf administrativen Angaben aus der Krankenhausstatistik und wird zu statistischen Zwecken erstellt. In dieser Typologie werden die Spitäler an Hand der Pflage tage nach Kostenstelle, der Anzahl der behandelten Fälle sowie der Ausbildungsmöglichkeiten (Anzahl FMH-Weiterbildungskategorien) in verschiedene Kategorien zusammengefasst.

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ihrerseits liefert die Daten für die Berechnungen des Casemix der Spitäler. Für einen Vergleich zwischen Spitälern müssen die Daten der Medizinischen Statistik der betroffenen Krankenhäuser vorgängig an Hand von verschiedenen Kriterien (Vollständigkeit, Validität, Verhältnis der Anzahl Fälle in der Krankenhausstatistik zur Anzahl Fälle in der Medizinischen Statistik, durchschnittliche Anzahl Diagnosen pro Fall, Anzahl Outliers, usw.) geprüft und hinsichtlich der definierten Qualitätsanforderungen beurteilt werden. Die Casemix-Indizes-Berechnungen des Bundesamtes für Statistik basieren auf der Version 3.1 der gemäss AP-DRG Schweiz berechneten Kostengewichte (im Folgenden: AP-DRG = All Patients-Diagnosis Related Groups).

Falls für den Vergleich der Fallkosten zwischen den Spitälern Frauenfeld und Münsterlingen und dem Spital X. Casemix-Indizes-Berechnungen nötig sind, werden dafür Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser benötigt. Dieser Punkt ist zwischen den angefragten Bundesstellen (Bundesamt für Statistik, Preisüberwachung und Bundesamt für Gesundheit) nicht um-

stritten, auch wenn deren Antworten auf das Schreiben des Bundesamtes für Justiz vom 20. Februar 2003 im Übrigen nicht durchwegs übereinstimmen.

Schliesslich ist vorweg klarzustellen, dass sich die folgenden Erwägungen auf den Fall des interkantonalen Fallkosten-Vergleichs beschränken und den intrakantonalen Vergleich nicht einschliessen.

11.3 In der Zwischenverfügung des EJPD vom 2. Juli 2003 über die Edition der von der Preisüberwachung für den Vergleich der Fallkosten benötigten Daten ging es vorrangig um die Frage, ob das Bundesamt für Statistik und das Spital X. sowie die Spitäler Frauenfeld und Münsterlingen gemäss Gesuch der Beschwerdeführerin 2 verpflichtet werden können, nominative Einzeldaten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser an die Preisüberwachung zu edieren. Das EJPD hat das Gesuch abgewiesen und dies im Wesentlichen damit begründet, die Edition der genannten Daten könne zur Zeit nicht angeordnet werden, weil hierfür vorerst materiellrechtliche Fragen zu klären seien, die der Bundesrat bisher noch nicht beurteilt habe (Zwischenverfügung, S. 16 oben).

Dabei geht es vorweg um die Frage, ob (1) Fallkosten-Vergleiche unter den heutigen Umständen überhaupt nötig sind. Falls die Frage bejaht wird, fragt es sich weiter, ob (2) hierfür die von der Preisüberwachung verwendeten Kriterien und Datengrundlagen genügen, nötigenfalls zusätzlich abgesichert durch eine Plausibilisierung des Fallkosten-Vergleichs. Falls die Frage verneint wird, fragt es sich schliesslich, ob (3) sich ein schlüssiger Fallkosten-Vergleich an Hand von Casemix-Indizes-Berechnungen anstellen lässt.

11.4 Auf Grund der Sach- und Rechtslage in den Jahren 1999 und 2000, welche im vorliegenden Fall als Basisjahre für den Fallkosten-Vergleich und für die Berechnung der strittigen Tarife 2001 und 2002 dienen, ergibt sich Folgendes:

(1) Strittig ist zunächst die Frage, ob der Vergleich der Fallkosten unter den damaligen Umständen überhaupt nötig war, was die Preisüberwachung und die Beschwerdeführerin 2 bejahen, die Beschwerdeführerin 1 und das Departement für Finanzen und Soziales hingegen bestreiten. Die beiden machen geltend, die Preisüberwachung habe bisher das Benchmarking nicht angewendet. Es sei nicht ersichtlich, warum die Preisüberwachung nun neu ein Benchmarking einführe, sei dies nun mit oder ohne Casemix-Indizes-Berechnungen, zumal sich die massgeblichen Verhältnisse nicht geändert hätten. Sie bleibe eine schlüssige Antwort auf die Frage schuldig, weshalb sie gerade jetzt den Vergleich der Fallkosten einführe, wenn berücksichtigt

werde, dass in Bälde auf Grund der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) das für die Tarifberechnungen spezifisch notwendige Datenmaterial vorliegen werde.

Für die Beurteilung dieser Frage fällt in Betracht, dass das Gesetz die Versicherer und die Leistungserbringer dazu anhält, beim Abschluss von Tarifverträgen namentlich auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Ferner achten sie und die zuständigen Behörden darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Die indikative Formulierung der genannten Bestimmungen macht deutlich, dass neben den Tarifparteien auch die zuständigen Behörden – wozu die Preisüberwachung zählt – die wirtschaftliche Leistungserbringung der Spitäler überprüfen können. Hiefür eignet sich insbesondere der Vergleich der Fallkosten zwischen Spitälern (vgl. in diesem Sinne auch Art. 49 Abs. 7 KVG). Angesichts dieser Rechtslage lässt sich daher die Notwendigkeit von Fallkosten-Vergleichen zwischen Spitälern nicht grundsätzlich in Frage stellen.

Dass die genannte Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) erst auf den 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist und somit in den Jahren 2001 und 2002 noch nicht anwendbar war, auf die sich der Fallkosten-Vergleich der Preisüberwachung bezieht, vermag an dieser Rechtslage grundsätzlich nichts zu ändern.

(2) Wenn somit die Preisüberwachung Fallkosten-Vergleiche zwischen Spitälern durchführen kann, so fragt es sich weiter, ob hiefür die von der Preisüberwachung verwendeten Kriterien und Datengrundlagen genügen, nötigenfalls zusätzlich abgesichert durch eine Plausibilisierung des Fallkosten-Vergleichs.

(2.1) In der Tarifempfehlung hat die Preisüberwachung die Fallkosten an Hand folgender Beurteilungselemente (Kriterien) und Datengrundlagen verglichen und bestimmt (vgl. Vernehmlassung vom 31.3.2003, Ziff. 2.5):

Elemente	Datengrundlagen
Zahlen der Spitäler (Anzahl Fälle, Betten, Pfl egetage, Personal, Leistungsspektrum)	Jahresberichte Krankenhausstatistik Unterlagen und Auskünfte des Kantons
Versorgungsstufe des Referenzspitals und des zu prüfenden Spitals	Krankenhausstatistik * Krankenhaustypologie des Bundesamtes für Statistik (BFS)
generelle Überlegungen zur geographischen Lage (z.B. Zentrumsspital), etc.	Unterlagen und Auskünfte des Kantons Diverse

* Der Krankenhausstatistik entnimmt die Preisüberwachung das Leistungsspektrum, die effektiv erbrachten Leistungen, die Anzahl der erbrachten Leistungen, die Anzahl Fälle und die Anzahl Leistungsstellen der verschiedenen FMH-Kategorien. Gemäss dem BFS-Dokument «Krankenhaustypologie» bestimmt sie auf Grund der Anzahl Fälle und der Summe der gewichteten FMH-Kategorien die Versorgungsstufe des Spitals.

Um allfällige Differenzen zwischen den Spitälern, die möglicherweise durch die vorgenannten Elemente nicht erfasst werden, auszugleichen, arbeitet die Preisüberwachung zudem mit einer Toleranzmarge, die je nach Versorgungsniveau und Spitalort 5 oder 10 Prozent der Fallkosten beträgt.

Für das Bundesamt für Statistik genügen diese Kriterien nicht, weil Art und Schweregrad der Fälle (Patientenmix), welche für die Höhe der Kosten relevant seien, heute am Besten über den Casemix erfasst werden könnten. In der heutigen Krankenhaustypologie des Bundesamtes für Statistik würden die effektiv in einem Spital erbrachten Leistungen (Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Behandlungen, Casemix usw.) nicht berücksichtigt. Die Preisüberwachung vertritt die gegenteilige Ansicht und begründet diese damit, mehrere Casemix-Indizes-Berechnungen hätten die Resultate der von der Preisüberwachung nach ihren Kriterien durchgeführten Vergleiche bestätigt. Casemix-Indizes-Berechnungen seien daher zwar wünschbar zur Plausibilisierung der Betriebsvergleiche, aber nicht notwendig. Das Bundesamt für Gesundheit hält Casemix-Indizes-Berechnungen für adäquat, aber nicht unerlässlich. Andere Instrumente (z.B. Berechnung der Fallkosten auf der Basis der VKL) sollten nicht ausgeschlossen werden.

Der Bundesrat stellt fest, dass alle drei beteiligten Bundesstellen Casemix-Indizes-Berechnungen grundsätzlich als taugliches Instrument für den Vergleich der Fallkosten zwischen Spitälern betrachten. Strittig ist dagegen, ob hierfür allein Casemix-Indizes in Betracht fallen oder ob sich auch andere Instrumente eignen. In dieser Frage pflichtet der Bundesrat dem Bundesamt für Gesundheit bei, welches vorbringt, dass für den Vergleich der Fallkosten neben Casemix-Indizes-Berechnungen andere Instrumente nicht zum vorn-

herein aus untauglich verworfen werden können. Die vom Bundesamt für Gesundheit beispielhaft genannten Instrumente standen indes für das Jahr 1999, welches als Grundlage für den Vergleich der Fallkosten zwischen den Kantonsspitalern Frauenfeld und Münsterlingen und dem Spital X. in den Jahren 2001 und 2002 diente, nicht zur Verfügung und fallen daher im vorliegenden Fall ausser Betracht.

(2.2) Zu prüfen bleibt weiter, ob sich der auf Grund der vorgenannten Kriterien und Datengrundlagen vorgenommene Fallkosten-Vergleich hinreichend absichern lässt, wenn er an Hand zusätzlicher Daten plausibilisiert wird. Die Preisüberwachung bejaht die Frage und weist darauf hin, dass sie in neuerer Zeit die Betriebsvergleiche durch den Einbezug weiterer Referenzspitäler erweitert habe. In diesem Sinne hat die Preisüberwachung in der Stellungnahme vom 25. Juli 2003 (S. 3 ff.) eine Plausibilisierung des Wirtschaftlichkeitsvergleichs mit dem Spital X. an Hand eines zweiten Betriebsvergleichs mit einer Gruppe von Referenzspitalern gleicher Versorgungsstufe mit Zentrumsfunktion gemäss Krankenhaustypologie des Bundesamtes für Statistik und mit Einbezug von Casemix-Indizes-Daten durchgeführt. Neben dem Spital X. sind dies zusätzlich die Spitäler Y., Z. und W.. Auf der Basis der vorgenannten Elemente und Datengrundlagen kommt die Preisüberwachung zum Schluss, dass der Durchschnitt der von ihr berechneten standardisierten Fallkosten der Referenzspitäler 6 694 Franken und damit 227 Franken unter den von ihr in der Tarifempfehlung für die Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen empfohlenen anrechenbaren Fallkosten von 6 921 Franken liege. Die Tarifempfehlung sei daher sicher nicht zu tief ausgefallen und somit plausibel. Den vom Bundesamt für Statistik im Februar 2003 publizierten Tabellen zur Medizinischen Statistik (Tabelle G2, Casemix-Index) entnimmt die Preisüberwachung zudem, dass der Casemix-Index der Spitäler der Zentrumsversorgung im Kanton Thurgau in der Version 3.1 von AP-DRG 0.885 betrage. Im Kanton Thurgau gehörten nur zwei Spitäler zur Zentrumsversorgung, nämlich Frauenfeld und Münsterlingen. Die Zentrumsspitäler in den Kantonen Solothurn, Tessin und Graubünden (...) wiesen demgegenüber Casemix-Indizes von 1.015, 1.094 und 1.150. Das Spital Z. weise gemäss Mitteilung der Zürcher Stellen einen Casemix-Index von 0.9826 auf (Grundlage: Version 2.0 von AP-DRG). Die Preisüberwachung schliesst daraus, dass der zusätzliche Einbezug von Casemix-Indizes die Eignung der von ihr für den Vergleich der Fallkosten an den Kantonsspitaler Frauenfeld und Münsterlingen herangezogenen Referenzspitäler bestätige und zeige, dass die Referenzspitäler höhere Casemix-Indizes aufwiesen als die Spitäler Frauenfeld und Münsterlingen.

Mit Amtsbericht vom 1. September 2003 und Nachtrag vom 19. September 2003 nimmt das Bundesamt für Statistik zum Schreiben der Preisüberwachung und insbesondere zur Frage Stellung, wie aus seiner Sicht die Anforderungen an die Qualität der Daten und an das methodische Vorgehen für Betriebsvergleiche und Casemix-Indizes-Berechnungen zu formulieren sind und wie unter diesem Blickwinkel das Vorgehen der Preisüberwachung zu beurteilen ist. Das Amt führt aus, dass es die von der Preisüberwachung gewählte Methode (Betriebsvergleich mit einer Gruppe von Referenzspitälern und Einbezug von Casemix-Indizes-Daten) grundsätzlich begrüsse. Die Kriterien für die Auswahl der genannten Referenzspitäler seien jedoch nicht hinreichend klar definiert worden. Es gebe in der Schweiz eine ganze Reihe von Spitälern, die den von der Preisüberwachung verwendeten Kriterien in gleicher Weise entsprächen wie die Referenzspitäler, aber nicht als solche ausgewählt worden seien. Insbesondere das Kriterium «Leistungsspektrum» könnte durch Daten aus der Medizinischen Statistik verfeinert und präzisiert werden. In der Krankenhausstatistik gäben die Spitäler an, welche Leistungen angeboten würden. Diese Angaben erlaubten jedoch nur beschränkt qualitative und keine quantitativen Aussagen. Die Daten aus der Medizinischen Statistik erlaubten hingegen, neben der Berechnung der Casemix-Indizes das effektiv angebotene und erbrachte Leistungsspektrum quantitativ und qualitativ auf Grund der Diagnosen und Behandlungen zu beschreiben. Dies könne zum Beispiel mit Hilfe von verschiedenen Instrumenten wie den AP-DRG (z.B. Anzahl verschiedener AP-DRG in einem Spital, Anzahl Patienten pro AP-DRG) oder einem klinischen Klassifikationssystem (z.B. Clinical Classifications Systems) erfolgen. In diesem Sinne müssten die Auswahlkriterien und Bewertungsinstrumente noch verfeinert und weiter entwickelt werden, um zu einem systematischen und objektiven Modell der Betriebsvergleiche zu gelangen.

Zu den gleichen Fragen hat ferner auch das Bundesamt für Gesundheit am 22. September 2003 einen Amtsbericht erstattet und beantragt im Ergebnis, die Beschwerde 2 teilweise gutzuheissen und die vom Regierungsrat festgesetzten Tarife nach Massgabe der bisherigen Praxis des Bundesrats und der Preisüberwachung – aber ohne Berücksichtigung des Faktors «Wirtschaftlichkeit» – neu zu berechnen. Die von der Preisüberwachung verwendete Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sei nicht genügend ausgereift und müsse weiter entwickelt werden.

(2.3) Die Amtsberichte der beiden Ämter stimmen somit im wesentlichen Befund überein und sind überzeugend begründet. Der Bundesrat macht sich daher deren Befund zu eigen. Der von der Preisüberwachung an Hand ihrer Kriterien und Datengrundlagen vorgenommene Fallkosten-Vergleich erlaubt

keine hinreichend zuverlässigen Ergebnisse und lässt sich auch nicht dadurch absichern, dass er an Hand zusätzlicher Daten (zweiter Betriebsvergleich mit einer Gruppe von Referenzspitälern und mit Einbezug von Casemix-Indizes-Daten) plausibilisiert wird. Die Kriterien für die Auswahl der weiteren Referenzspitäler sind nicht hinreichend klar definiert worden, und deswegen erlaubt auch der Einbezug von Casemix-Indizes-Daten der Referenzspitäler keinen schlüssigen Vergleich der Leistungen und Kosten zwischen den Referenzspitälern und den Kantonsspitälern Frauenfeld und Münsterlingen.

(3) Zu prüfen bleibt somit, ob sich auf Grund der Sach- und Rechtslage in den Jahren 1999 und 2000, welche im vorliegenden Fall als Basisjahre für den Fallkosten-Vergleich und für die Berechnung der strittigen Tarife 2001 und 2002 dienen, ein schlüssiger Fallkosten-Vergleich an Hand von Casemix-Indizes-Berechnungen anstellen lässt.

(3.1) Dazu ist festzustellen, dass die Anforderungen an das methodische Vorgehen und an die Qualität der Daten aus der Medizinischen Statistik bei Casemix-Indizes-Berechnungen kontrovers beurteilt werden, auch wenn deren Tauglichkeit nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird. Solche Einwände werden von verschiedener Seite angemeldet, auch wenn im Übrigen in den genannten Fragen unterschiedliche Positionen vertreten werden.

Was die angefragten beteiligten Bundesstellen betrifft, lässt sich dem Schreiben des Bundesamtes für Statistik vom 20. Dezember 2002 an das Gesundheitsamt des Kantons Thurgau entnehmen, es sei beabsichtigt, zunächst den Kantonen beziehungsweise den Datenlieferanten die auf seinem Modell beruhenden Berechnungen vorzulegen, sobald für alle Kantone geeignete Datensätze vorlägen. Daraus ergibt sich, dass jedenfalls für die Jahre vorher – das heisst insbesondere für die Jahre 1999 und 2000 – methodische Fragen bei der Verwendung von Daten aus der Medizinischen Statistik noch nicht geklärt waren.

Das Bundesamt für Gesundheit wendet in diesem Zusammenhang ein, dass Casemix-Indizes-Berechnungen implizit auch abhängig seien von der Qualität des herangezogenen Diagnosegruppen-Systems (wie z.B. Version 3.1 von AP-DRG Schweiz) und der dabei ermittelten relativen Kostengewichte. Insoweit seien sie nur beschränkt tauglich zur Erklärung von unterschiedlichen Fallkosten auf Grund des Patientenmix.

Die Preisüberwachung weist ebenfalls auf diesen Umstand hin und macht geltend, dass Casemix-Indizes-Berechnungen Ungenauigkeiten aufwiesen und daher nicht alle Unterschiede bei den Fallkosten erklären könnten.

(3.2) Daraus ergibt sich, dass jedenfalls für die Jahre 1999 und 2000, welche im vorliegenden Fall als Basisjahre für den Fallkosten-Vergleich und für die Berechnung der strittigen Tarife 2001 und 2002 dienten, die Anforderungen an das methodische Vorgehen und an die Qualität der Daten aus der Medizinischen Statistik bei Casemix-Indizes-Berechnungen nicht hinreichend geklärt und abgestützt waren. Ein schlüssiger Fallkosten-Vergleich an Hand von Casemix-Indizes-Berechnungen hätte sich daher wohl auch deswegen nicht anstellen lassen.

Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob die Daten 1999 und 2000 der Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen und des Spitals X. den qualitativen Anforderungen an Casemix-Indizes-Berechnungen genügt hätten, was die genannten Spitäler bestreiten.

11.5 Gesamthaft ergibt sich somit, dass die Preisüberwachung gemäss Artikel 43 Absätze 4 und 6 KVG Fallkosten-Vergleiche zwischen Spitälern durchführen kann. Der von der Preisüberwachung an Hand ihrer Kriterien und Datengrundlagen vorgenommene Fallkosten-Vergleich erlaubt indes keine hinreichend zuverlässigen Ergebnisse und lässt sich auch nicht dadurch absichern, dass er an Hand zusätzlicher Daten (zweiter Betriebsvergleich mit einer Gruppe von weiteren Referenzspitälern und mit Einbezug von Casemix-Indizes-Daten) plausibilisiert wird. Die Kriterien für die Auswahl der weiteren Referenzspitäler sind nicht hinreichend klar definiert worden, und deswegen erlaubt auch der Einbezug von Casemix-Indizes-Daten der Referenzspitäler keinen schlüssigen Vergleich der Leistungen und Kosten zwischen den Referenzspitälern und den Kantonsspitälern Frauenfeld und Münsterlingen. Zudem waren jedenfalls für die Jahre 1999 und 2000, welche im vorliegenden Fall als Basisjahre für den Fallkosten-Vergleich und für die Berechnung der strittigen Tarife 2001 und 2002 dienten, die Anforderungen an das methodische Vorgehen und an die Qualität der Daten aus der Medizinischen Statistik bei Casemix-Indizes-Berechnungen nicht hinreichend geklärt und abgestützt. Ein schlüssiger Fallkosten-Vergleich an Hand von Casemix-Indizes-Berechnungen hätte sich daher wohl auch deswegen nicht anstellen lassen.

11.6 Die strittigen Fragen werden zweckmässigerweise auf der Grundlage der spezialgesetzlichen Bestimmungen des Bundesrechts über das Bearbeiten von Daten der Spitäler in einem Bearbeitungsreglement geklärt, auf welches das Bundesamt für Statistik in der Vernehmlassung vom 18. März 2003 (S. 3 f., Ziff. 2) hinweist. Darnach erstellen die verantwortlichen Bundesorgane ein Bearbeitungsreglement unter anderem für automatisierte Datensammlungen, die durch mehrere Bundesorgane benutzt werden oder Kantonen und

privaten Personen zugänglich gemacht werden (Art. 21 Abs. 1 der Verordnung vom 14.6.1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz, VDSG, SR 235.11). Absatz 2 der zitierten Bestimmung hält die Punkte fest, die in einem solchen Bearbeitungsreglement zu regeln sind. Ein solches Reglement hat für die Jahre 1999 und 2000, welche vorliegend als Basisjahre für den Fallkosten-Vergleich und für die Berechnung der strittigen Tarife 2001 und 2002 in Betracht fallen, nicht bestanden. Auch aus diesem Grunde wäre daher die Verwendung von Daten der genannten Jahre aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser für Casemix-Indizes-Berechnungen nicht angebracht.

...

Hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife (Benchmarking)

*KV 326 Entscheidung des Bundesrates vom 10. Dezember 2004 in Sachen
santésuisse Zentralschweiz gegen den Regierungsrat des Kantons
Luzern*

- **Tarifvergleiche zwischen Spitälern (in Form eines Benchmarking) sind zulässig, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind (Erw. 3.1). Bestätigung der Rechtsprechung.**

Wird die Wirtschaftlichkeit eines Spitals mittels Vergleich mit einem andern Spital überprüft, das in der Krankenhaustypologie zwei oder mehr Stufen höher eingereiht ist, so lässt sich der Schluss ziehen, dass das tiefer eingestufte nicht gleich teuer oder gar teurer sein kann als das Referenzspital, ohne dass automatisch die Vermutung der unwirtschaftlichen Leistungserbringung entsteht (Erw. 3.3).

- **Les comparaisons de tarifs entre hôpitaux (sous la forme d'un benchmarking) sont admises lorsque certaines exigences sont remplies (cons. 3.1). Confirmation de la jurisprudence.**

Lorsque l'économicité d'un hôpital est examinée par le biais d'une comparaison avec un autre hôpital qui est classé à deux niveaux supérieurs ou plus dans la typologie des hôpitaux, on peut en tirer la conclusion que l'hôpital classé plus bas ne peut être aussi cher ni plus cher que l'hôpital de référence sans que naisse automatiquement la présomption d'une fourniture des prestations non économique (cons. 3.3).

- **Confronti di tariffe tra ospedali (sotto forma di benchmarking) sono ammessi se sono soddisfatti determinati requisiti (cons. 3.1). Conferma della giurisprudenza.**

Se l'economicità di un ospedale è verificata mediante un confronto con un altro ospedale che, secondo la tipologia, è classificato come superiore di due o più livelli, si può trarre la conclusione che l'ospedale di categoria inferiore non può presentare gli stessi costi o costi superiori rispetto all'ospedale di riferimento senza che si possa automaticamente presumere che si tratti di una fornitura di prestazioni che non risponde al principio di economicità (cons. 3.3).

I.

Übersicht/*Condensé*

Der Regierungsrat des Kantons Luzern hat, nach Einholen der Empfehlungen der Preisüberwachung, mit Beschluss vom 28. August 2001 die stationären Tarife zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den kantonalen Spitälern für das Jahr 2001 festgelegt. Er ist dabei den Empfehlungen der Preisüberwachung nicht gefolgt mit der Begründung, einerseits seien diese gesetzwidrig und andererseits könne die neue Methode der Betriebsvergleiche nicht akzeptiert werden.

Dagegen erhob *santésuisse* Zentralschweiz am 1. Oktober 2001 Beschwerde und beantragte, die Tarife seien gemäss Empfehlungen der Preisüberwachung festzusetzen. Insbesondere müsste auch die neue Methode der Betriebsvergleiche beim Kantonalen Spital Sursee-Wolhusen (KSSW) durchgesetzt werden.

Après avoir pris connaissance des recommandations du Surveillant des prix, le Conseil d'Etat du canton de Lucerne a, par arrêté du 28 août 2001, fixé les tarifs pour les traitements hospitaliers à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans les hôpitaux du canton pour l'année 2001. Ce faisant, il s'est écarté des recommandations du Surveillant des prix aux motifs que, d'une part, celles-ci seraient contraires à la loi et, d'autre part, on ne saurait accepter la nouvelle méthode de comparaison entre les établissements.

santésuisse-Suisse centrale a recouru contre cet arrêté en date du 1^{er} octobre 2001, concluant à ce que les tarifs soient fixés selon les recommandations de la Surveillance des prix. La recourante a demandé en particulier que la nouvelle méthode de comparaison entre les établissements soit appliquée à l'hôpital cantonal Sursee-Wolhusen (KSSW).

II.

Der Bundesrat hat die Beschwerde aus folgenden Erwägungen gutgeheissen:

...

3. Die Preisüberwachung begründet ihre Tarifempfehlung, indem sie vorerst die Fallkosten des KSSW mit denen des Spitals X. und später mit jenen einer Gruppe von acht Spitälern vergleicht. Vom Vorgehen her grundsätzlich

dieselbe Art des Betriebsvergleiches verwendete die Preisüberwachung auch in Tarifempfehlungen an andere Kantone. Am 30. Juni 2004 hat der Bundesrat auf eine entsprechende Beschwerde hin dem Grundsatz nach über die Zulässigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Spitaltarifen mittels Betriebsvergleich, wie sie von der Preisüberwachung gemacht wurde, entschieden.

3.1 Der Bundesrat verwies dabei vorweg auf die bisherige Praxis, wonach Tarifvergleiche zwischen Spitälern allgemein zulässig sind, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind (vgl. RKUV 6/2002 490 E. 16.2 und 16.2.1):

Die Erfahrung mit Vergleichen zwischen Spitälern zeigt, dass sich daraus schlüssige Ergebnisse nicht gewinnen lassen, wenn einfach die blossen Tarife einander gegenüber gestellt werden. Dass bei einem solchen Vorgehen Gleiches mit Gleichem verglichen wird und daraus die richtigen Schlüsse gezogen werden, ist nicht gewährleistet. Eine taugliche Vergleichsbasis besteht daher nur dann, wenn Kosten einander gegenüber gestellt werden, die auf vergleichbare Leistungen entfallen. In diesem Sinne sind zunächst die mit den strittigen Tarifen abgegoltene Leistungen eines Spitals sowie die darauf entfallenden Kosten zu bestimmen und sodann den Leistungen sowie Kosten eines oder mehrerer anderer Spitäler (im Folgenden: Referenzspitäler) gegenüber zu stellen. Der an Hand der Zahlen der Referenzspitäler ermittelte Wert wird als Benchmark (auch als Referenzwert oder Vergleichswert) bezeichnet, die Methode zur Bestimmung und zum Vergleich der Leistungen und Kosten als Benchmarking und das zu vergleichende Spital als das zu benchmarkende Spital (zur Terminologie vgl. *Hunziker/Rahmann*, Benchmarking in der öffentlichen Verwaltung, in: VOP, Verwaltung Organisation und Personal, Heft 6/98, 20 ff.).

Aus der Forderung, dass nur Gleiches mit Gleichem verglichen werden darf, folgt, dass (1) das zu benchmarkende Spital und die Referenzspitäler über dieselben rechnerischen Grundlagen in Form von Kostenstellenrechnungen verfügen müssen. Zudem (2) müssen die Leistungen und Kosten des zu benchmarkenden Spitals und der Referenzspitäler an Hand der wesentlichen Kriterien fassbar und vergleichbar sein (je nach Art des Kostenvergleichs beispielsweise hinsichtlich Versorgungsstufe, Leistungsangebot in Diagnostik und Therapie, Zahl und Art sowie Schweregrad der Fälle oder hinsichtlich Leistungen in Hotellerie/Services und Pflege).

Wenn die Leistungen vergleichbar sind, so ist zu vermuten, dass auch deren Kosten etwa gleich hoch liegen werden. Falls dies im Einzelfall nicht zutrifft und das zu benchmarkende Spital für die strittigen Leistungen höhere Kosten aufweist als die Referenzspitäler, kann das Spital diese Vermutung umstos-

sen, indem es die höheren Kosten stichhaltig begründet. Wenn dies nicht gelingt, so ist anzunehmen, dass die höheren Kosten mindestens teilweise auf einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen.

3.2 Bei der Beurteilung des Vorgehens der Preisüberwachung zur Ermittlung der Fallkosten kam der Bundesrat in seinem Entscheid vom 30. Juni 2004¹ zusammenfassend zum Schluss, dass die Preisüberwachung gemäss Artikel 43 Absätze 4 und 6 KVG Fallkosten-Vergleiche zwischen Spitälern durchführen kann. Die Art und Weise des von der Preisüberwachung an Hand ihrer Kriterien und Datengrundlagen vorgenommenen Fallkosten-Vergleichs erlaube zudem grundsätzlich sachgerechte Betriebsvergleiche. Der Bundesrat hat zwar damals im konkreten Fall noch auf das Benchmarking verzichtet, was aber nicht an der Methode lag, sondern an den zuwenig abgesicherten Daten der Basisjahre zur Berechnung der Tarife und am Umstand, dass als Referenzspitäler, im Unterschied zum vorliegenden Verfahren, nur solche der gleichen Versorgungsstufe herangezogen worden sind, deren Daten ebenfalls nicht hinreichend zuverlässig waren, was schliesslich die Zweifel an der tatsächlichen Vergleichbarkeit der Betriebe überwiegen liess.

3.3 Da die Preisüberwachung das KSSW auch mit Einrichtungen, die einer höheren Versorgungsstufe angehören, verglichen hat, weist das vorliegende Verfahren zum zitierten Entscheid einen erheblichen Unterschied auf, so dass die dort gezogenen Schlüsse nicht einfach unverändert übernommen werden können. Denn je nach dem, wie das Benchmarking vorgenommen wird, auf der gleichen Ebene, mit der nächst höheren oder über mehrere Stufen hinweg, können die Anforderungen an das Vorgehen unterschiedlich sein. Das wird ersichtlich, wenn man von der Einstufung der Spitäler gemäss Krankenhaustypologie ausgeht, die vom Bundesamt für Statistik zusammen mit den zuständigen kantonalen Stellen erarbeitet und von letzteren gutgeheissen worden ist. Diese gruppiert die Spitäler nach ihrer Leistungsfähigkeit, wobei die qualitativen Unterschiede zwischen den Spitälern stärker als die quantitativen Aspekte (z.B. Anzahl Betten) gewichtet werden. Darin berücksichtigt sind nicht nur die ausgewiesenen Leistungsarten, sondern insbesondere auch die Anzahl und Art der FMH-Weiterbildungskategorien, was Rückschlüsse auf den Patientenmix zulässt, den ein Spital aufweist. Die fünf Stufen der Krankenhaustypologie widerspiegeln somit den Grad der Schwierigkeit der Leistungen, die zu erbringen sind. Mit zunehmender Schwierigkeit bei der Leistungserbringung ist aber stets ein steigender medizinischer, technologischer und pflegerischer Aufwand verbunden, was sich automatisch in ebenso steigenden Kosten niederschlägt. Die Krankenhaustypologie

¹ siehe RKUV 2005 Nr. KV 325 S. 159 ff.

beziehungsweise die Einreihung der Spitäler in eine der fünf Versorgungsstufen gibt daher nicht nur die Leistungsfähigkeit einer Einrichtung wieder, sondern sie ist auch ein wesentlicher Indikator für das Kostenniveau eines Spitals und eignet sich daher als Einstieg für Betriebsvergleiche.

Aus der Krankenhaustypologie lassen sich nämlich, nebst anderen, drei grundsätzliche Schlüsse ziehen. Der erste ergibt, dass Spitäler derselben Stufe ähnliche Kostenniveaus aufweisen müssten. Der zweite besagt, dass ein Spital zumindest nicht teurer sein sollte, als eines, das eine Versorgungsstufe höher liegt. Und schliesslich lässt sich aus der Krankenhaustypologie folgern, dass ein Spital nicht gleich teuer oder teurer sein kann, als eines, das mindestens zwei Versorgungsstufen höher liegt. Je nachdem, welche Art des Vergleichs die Preisüberwachung vornimmt, kann somit die Beurteilung ändern, ob geltend gemachte Kosten noch im Rahmen des Durchschnittlichen sind oder ob sie, falls darüber liegend, die Frage nach der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung aufwerfen. Vergleicht die Preisüberwachung ein Spital mit mehreren andern innerhalb einer Stufe oder mit solchen einer Stufe höher, um damit eine tiefere Pauschale zu begründen, so hat sie auf jeden Fall glaubhaft zu machen, dass tatsächlich einerseits Vergleichbarkeit und andererseits unwirtschaftliche Leistungserbringung gegeben sind, was eine entsprechend zuverlässige und umfassende Datenbasis erfordert. Denn innerhalb derselben und auch im Übergang zur nächsten Stufe gibt es zahlreiche Unterschiede zwischen den Leistungserbringern, die verschiedene Kostenniveaus erklärbar machen können. Überprüft die Preisüberwachung die Wirtschaftlichkeit eines Spitals jedoch durch Vergleich mit einem Spital, das zwei oder mehr Stufen höher gewichtet ist, so folgt zusätzlich zwingend aus der Krankenhaustypologie, dass das tiefer eingestufte nicht gleich teuer oder gar teurer sein kann, als das Referenzspital, ohne dass automatisch die Vermutung der unwirtschaftlichen Leistungserbringung entsteht. Weist ein zwei Stufen tiefer liegendes Spital dennoch gleiche oder höhere Kosten aus, so ist es an ihm zu rechtfertigen, weshalb das so ist. Denn die Unterschiede in den Anforderungen an Spitäler, die zwei Versorgungsstufen auseinander liegen sind zu gross, um seitens des tiefer eingestuftes Spitals gleich hohe oder gar noch höhere Kosten einfach ohne weiteres hinterfragen als wirtschaftlich im Sinne des Gesetzes zu akzeptieren.

3.4 In der hier zu beurteilenden Tarifempfehlung hat die Preisüberwachung die Landspitaler Sursee und Wolhusen, beide Versorgungsstufe 4, dem Spital X. der Versorgungsstufe 2 gegenüber gestellt. Bei dieser Art des Benchmarking steht nach dem Dargelegten zum vornherein fest, dass die zwei Spitäler tiefere Fallkosten hätten ausweisen müssen als das Spital X. Zusammen

bringen die Luzerner Spitäler und die Vorinstanz zwar eine Reihe von Einwänden und Argumenten zur Rechtfertigung ihrer Kosten vor, die allerdings in Anbetracht des Ausmasses, in dem diese über jenen des Spitals X. liegen, weder einzeln noch insgesamt zu überzeugen vermögen. So überschreiten Sursee und Wolhusen die Referenzmarke um 6,7% beziehungsweise 21,9%, was in Berücksichtigung des Benchmarking über zwei Stufen nicht mehr mit einer leicht längeren Aufenthaltsdauer in den beiden Spitälern, dem gelegentlichen Beizug von Ärzten aus dem Kantonsspital Luzern oder einem angeblich komplexeren Patientenmix erklärt werden kann. Es trifft zwar zu, dass die statistischen Grundlagen für das Basisjahr 1999 ebenso wie für 2000 nicht über alle Zweifel erhaben sind und für die beiden Jahre auch kein Casemix-Index ermittelbar ist. Das spielt indessen keine Rolle, denn es kann mit Sicherheit gesagt werden, dass ein derartiger Kostenunterschied in keinem Fall einzig auf einen komplexeren Patientenmix zurückzuführen ist, was übrigens auch vom BAG bestätigt wird. Damit steht aber für den Bundesrat fest, dass die von den beiden Spitälern für die Tariffberechnung 01 ausgewiesenen Kosten den Anforderungen an eine wirtschaftliche Leistungserbringung gemäss KVG nicht genügen. Die angefochtene Pauschale ist daher im Sinne der Empfehlung der Preisüberwachung zu korrigieren und ab dem 1. Januar 2001 im Kantonalen Spital Sursee-Wolhusen für Erwachsene und Kinder auf Fr. 316.– festzusetzen.

...

Nichtbezahlung von fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen; Mahnverfahren

KV 327 Urteil des EVG vom 2. März 2005 K 24/01

- **(Alt) Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV schreibt den Krankenversicherern vor, fällige Prämien und Kostenbeteiligungen zu mahnen und anschliessend bei ausgebliebener Bezahlung das Vollstreckungsverfahren nach SchKG einzuleiten (Erw. 5).**

Die verordnungsmässige Notwendigkeit, fällige Prämien und Kostenbeteiligungen vor Einleitung des Vollstreckungsverfahrens zu mahnen, ist verfassungs- und gesetzeskonform (Erw. 6).

- **L'art. 9 al. 1, 1ère phrase, OAMal (aujourd'hui : art. 90 al. 3 OAMal) prescrit aux assureurs-maladie d'adresser une sommation pour les primes et les participations aux coûts échues et d'agir ensuite, en cas de non-paiement, par la voie de la poursuite pour dettes selon la LP (cons. 5).**

L'obligation prévue par l'ordonnance de procéder d'abord à une sommation avant d'engager la procédure de poursuite est conforme à la Constitution et à la loi (cons. 6).

- **L'art. 9 cpv. 1 prima frase OAMal (ora art. 90 cpv. 3 OAMal) prescrive agli assicuratori malattia di diffidare gli assicurati per i premi e per le partecipazioni ai costi scaduti e di promuovere in seguito, in caso di mancato pagamento, una procedura esecutiva ai sensi della LEF (cons. 5).**

L'obbligo previsto dall'ordinanza di procedere a una diffida per premi e partecipazioni ai costi prima di promuovere la procedura esecutiva è conforme alla Costituzione e alla legge (cons. 6).

I.

A.

K. hat bei der Visana die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen. Mit Schreiben vom 12. April 2000 setzte die Visana ihrem Mitglied zum wiederholten Mal eine Frist zur Bezahlung der für die Monate Mai 1999 bis April 2000 geschuldeten Prämien in der Höhe von insgesamt Fr. 2397.20,

einschliesslich der Mahnkosten von Fr. 50.–. Gleichzeitig stellte die Kasse in Aussicht, nach unbenutztem Ablauf der Mahnfrist den Rechtsweg zu beschreiten; dabei würden sämtliche im Zeitpunkt der Betreuung offenen Beträge erfasst und weitere Bearbeitungskosten seien geschuldet. Am 17. Mai 2000 leitete sie gegen den Versicherten die Betreuung für die ausstehenden Prämien der Monate Mai 1999 bis Mai 2000 im Betrag von Fr. 2542.80 sowie für Mahnkosten in der Höhe von Fr. 55.– und für Bearbeitungskosten von Fr. 250.– ein. Den dagegen erhobenen Rechtsvorschlag beseitigte die Visana mit Verfügung vom 19. Juli 2000, woran sie mit Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2000 festhielt.

B.

Die hiegegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern am 18. Januar 2001 teilweise gut. Es erteilte die Rechtsöffnung lediglich im Umfang von Fr. 2647.20. Dieser Betrag umfasst die vorgängig gemahnten Prämienausstände (Fr. 2347.20), die angekündigten Mahnkosten (Fr. 50.–) sowie die geltend gemachte Bearbeitungsgebühr (Fr. 250.–).

C.

Die Visana führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, den vorinstanzlichen Entscheid aufzuheben. K. beantragt in der Stellungnahme vom 9. April 2001 neben der Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde die Auflösung des Versicherungsverhältnisses. Das Bundesamt für Sozialversicherung, Abteilung Krankenversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit), verzichtet auf eine Vernehmlassung.

II.

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

..

3.

Die Vorinstanz hat die Rechtsöffnung nur für jenen Teil der in Betreuung gesetzten Prämienforderungen erteilt, die von der Kasse vorgängig gemahnt worden sind. Zur Begründung verweist das kantonale Gericht auf Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV in der bis Ende 2002 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (BGE 127 V 467 Erw. 1, 121 V 366 Erw. 1b; nunmehr Art. 90 Abs. 3 KVV). Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass diese Verordnungsbestimmung zwingend eine Mahnung fälliger Prämien verlangt, ehe für diese das

Vollstreckungsverfahren eingeleitet werden darf. Darüber hinaus stellt die Versicherung die Rechtmässigkeit der Bestimmung in Frage, insbesondere verstosse sie gegen betriebsrechtliche Grundsätze.

4.

Nach der Rechtsprechung kann das Eidgenössische Versicherungsgericht Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich, von hier nicht in Betracht fallenden Ausnahmen abgesehen, auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüfen. Bei (unselbstständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation stützen, prüft es, ob sie sich in den Grenzen der dem Bundesrat im Gesetz eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Bundesrat durch die gesetzliche Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung beschränken, ob die umstrittenen Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenzen herausfallen oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desjenigen des Bundesrates setzen und es hat auch nicht die Zweckmässigkeit zu untersuchen. Die vom Bundesrat verordnete Regelung verstösst allerdings dann gegen das Willkürverbot oder das Gebot der rechtsgleichen Behandlung (Art. 9 und Art. 8 Abs. 1 BV), wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen lässt, wenn sie sinn- oder zwecklos ist oder wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt. Gleiches gilt, wenn die Verordnung es unterlässt, Unterscheidungen zu treffen, die richtigerweise hätten berücksichtigt werden sollen (BGE 130 I 32 Erw. 2.1.1, 129 II 164 Erw. 2.3, 129 V 271 Erw. 4.1.1¹, 329 Erw. 4.1, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 45 Erw. 4.3).

5.

(Alt) Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV (in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung), lautet in den drei amtssprachlichen Fassungen (Art. 9 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 21. März 1986 über die Gesetzessammlungen und das Bundesblatt; SR 170.512) wie folgt: «Bezahlen Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht, hat der Versicherer das Vollstreckungsverfahren einzuleiten.» «Si, malgré sommation, l'assuré ne paie pas les primes ou participations aux coûts échues, l'assureur doit engager une procédure de poursuite.» «Se, nonostante diffida, l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura esecutiva.» Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass der bis Ende 2002 in Kraft gewesene Art. 9 Abs. 1 KVV abgesehen von einer

¹ siehe RKUV 2003 Nr. KV 244 S. 96 ff.

redaktionellen Änderung je in der französischen («en dépit» an Stelle von «malgré») und italienischen Fassung (am Ende des Absatzes: «prevedono» anstatt «contemplano») wortwörtlich in den neuen Art. 90 Abs. 3 KVV überführt worden ist.

5.1 Der Wortlaut ist insoweit klar, als dass ein Vollstreckungsverfahren zwingend einzuleiten ist, wenn die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht beglichen hat. Hingegen ist er nicht eindeutig hinsichtlich der Frage, ob – so die Überzeugung der Vorinstanz – das Vollstreckungsverfahren umgekehrt auch nur eingeleitet werden kann, wenn die fälligen Ausstände vorgängig gemahnt worden sind, oder – so im Ergebnis die Auffassung der Beschwerdeführerin – fällige Forderungen auch ohne spezielle Zahlungserinnerung direkt in Betreibung gesetzt werden können. Der vom Ordnungsgeber gewählte Satzaufbau gibt hierzu keine eindeutige und unmissverständliche Antwort.

5.2 Indessen wäre die Bestimmung ohne die gleichzeitige Verpflichtung des Versicherers, sämtliche fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen zwingend zu mahnen, ihres Sinnes beraubt. Denn diesfalls wäre letztlich der Entscheid, ob eine fällige Forderung auf dem Betreibungsweg durchgesetzt werden soll oder nicht, dem Versicherungsträger anheim gestellt: Mahnt er, muss er bei ausgebliebener Zahlung zwingend das Vollstreckungsverfahren einleiten; verzichtet er auf die Zahlungserinnerung, muss er die Ausstände auch nicht auf dem Betreibungsweg vollstrecken und allfällige Krankheitskosten und Prämienausstände gingen damit zu Lasten der Versichertengemeinschaft.

Dies widerspricht aber der gesetzlichen Zahlungspflicht des Versicherten (Art. 61 und Art. 64 KVG), welche mit Blick auf die in der sozialen Krankenversicherung geltenden Grundsätze der Gegenseitigkeit und der Gleichbehandlung der Versicherten (Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG) auf der anderen Seite vom Krankenversicherer verlangt, Ausstände einzufordern (vgl. EVGE 1967 S. 11 Erw. 3b; bestätigt in RSKV 1973 Nr. 178 S. 155 Erw. 3).

5.3 Anhaltspunkte, die für eine letztlich der Konzeption der sozialen Krankenpflegeversicherung zuwiderlaufende Lesart von Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV sprechen könnten, sind den (weiteren) bei der Auslegung zu berücksichtigenden Gesichtspunkten (vgl. dazu BGE 128 V 112 Erw. 4b/aa mit Hinweisen) nicht zu entnehmen.

6.

Nachdem feststeht, dass Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV das Mahnen fälliger Prämien und Kostenbeiträge vor Einleitung des Vollstreckungsverfahrens

zwingend vorschreibt, ist dessen Verfassungs- und Gesetzmässigkeit zu prüfen.

6.1 Die Erfüllung der Prämienzahlungs- und der Kostenbeteiligungspflicht durch die Versicherten ist – wie bereits erwähnt – für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung (Art. 60 ff. KVG) und damit den Gesetzesvollzug unentbehrlich. Art. 88 Abs. 2 KVG (in der bis am 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung; nunmehr: Art. 54 ATSG) bestimmt, dass die gemäss Art. 88 Abs. 1 KVG vollstreckbaren Verfügungen und Einspracheentscheide, die auf Geldzahlung oder Sicherheitsleistung gerichtet sind, vollstreckbaren Urteilen im Sinne von Art. 80 SchKG gleichstehen. Ansonsten finden sich keine weiteren Bestimmungen zur Durchsetzung der Geldforderungen; auch keine solchen, die den Bundesrat ausdrücklich ermächtigen, die Vollstreckung näher auf Verordnungsebene zu regeln (BGE 125 V 273 Erw. 6c). Indessen ist er in Art. 96 KVG allgemein beauftragt, Ausführungsbestimmungen zu erlassen.

6.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bereits an anderer Stelle entschieden, dass auf Grund dieser Gesetzeslage neben der Zwangsvollstreckung nach SchKG in der KVV keine weiteren Formen des Vollzugszwangs eingeführt werden dürfen (BGE 125 V 266, insbesondere 272 ff. Erw. 6²).

Die im SchKG geregelte Ordnung der Zwangsvollstreckung von Geldforderungen verlangt für die Erteilung der Rechtsöffnung nur, dass die betriebene Forderung fällig ist (*Staehelin/Bauer/Staehelin* [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, SchKG I, Art. 1-87, Basel 1998, N 39 zu Art. 80 und N 77 zu Art. 82, je mit Hinweisen). Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV bestimmt dagegen, dass fällige Prämien und Kostenbeteiligungen erst nach vorgängiger Mahnung der Zwangsvollstreckung nach SchKG zugeführt werden dürfen. Damit wird jedoch keine neue Form der Zwangsvollstreckung geschaffen, sondern es werden lediglich deren Modalitäten für Prämien und Kostenbeteiligungen näher umschrieben. Der Gläubiger ist gefordert, neben dem geltend gemachten Ausstand dessen Mahnung durch Urkunde nachzuweisen, es sei denn, dies werde von der Gegenpartei ausdrücklich anerkannt oder wenn dies notorisch oder gerichtsnotorisch ist (in diesem Sinne ebenso bei zur Vollstreckung anstehenden suspensiv bedingten Forderungen: *Peter Stücheli*, Die Rechtsöffnung, Diss. Zürich 2000, S. 116 und 203; *Staehelin/Bauer/Staehelin* [Hrsg.], a.a.O., N 44 zu Art. 80). Macht die Verwaltungsbehörde dagegen von der weitaus häufiger anzutreffenden Möglichkeit Gebrauch, einen im Rahmen des von ihr eingeleiteten Betrei-

² siehe RKUV 1999 Nr. KV 89 S. 444 ff.

bungsverfahrens erhobenen Rechtsvorschlag selbst als ordentlicher Richter im Sinne von Art. 79 SchKG zu beseitigen (BGE 119 V 331 Erw. 2b³, 128 III 41 Erw. 2; Pra 2003 Nr. 31 S. 159 Erw. 4; vgl. *Roth*, Die Krankenkasse als Rechtsöffnungsrichterin in eigener Sache, in: Festschrift 75 Jahre Konferenz der Betreibungs- und Konkursbeamten der Schweiz, Basel 2000, S. 235, sowie grundsätzlich *Amonn/Walther*, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, 7. Aufl. 2003, § 19 Rz 15 u. 15a), wird sie dies ebenfalls nur tun dürfen, falls vorgängig gemahnt worden ist. Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV verstösst entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung ebenso wenig gegen betreibungsrechtliche Grundsätze. Zwar mag darin ein gewisser Widerspruch zur für privatrechtliche Rechtsverhältnisse geltenden Regelung erblickt werden, wonach die Mahnung einer fälligen Forderung im Rechtsöffnungsverfahren nur dann von selbstständiger Bedeutung ist, wenn Verzugszinsen im Streit stehen (Art. 102 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 OR; vgl. BGE 129 III 541 Erw. 3.2). In Frage steht indessen die öffentlich-rechtliche «Zwangsversicherung» und das KVG schreibt keine analoge Anwendung des OR oder einzelner seiner Bestimmungen vor.

6.3 Das Versicherungsobligatorium zeichnet sich dadurch aus, dass die versicherungspflichtige Person bei einem Versicherungsträger nach Art. 11 KVG ungeachtet der persönlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zwingend im vom Gesetzgeber näher definierten obligatorischen Umfang angeschlossen sein muss und die entsprechenden Prämien (Art. 61 KVG) wie auch Kostenbeteiligungen (Art. 64 KVG) zu tragen hat (*Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Rz 331 und 342).

Wenn der Bundesrat mit Rücksicht auf das Versicherungsobligatorium bei fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen in Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV eine Mahnung verlangt, ehe der Versicherungsträger zur Vollstreckung schreitet, ist darin insbesondere im Hinblick auf die den Kassen offen stehende Möglichkeit, sich selber im Anerkennungsprozess gemäss Art. 79 SchKG die Rechtsöffnung zu erteilen, ein vernünftiger Grund zu erblicken. Als willkürlich kann diese Bestimmung nicht bezeichnet werden, auch wenn sich die vom Bundesrat getroffene Regelung im Einzelfall ausnahmsweise als wenig zweckmässig erweisen mag, etwa wenn sich die versicherte Person aus grundsätzlichen Überlegungen von vornherein einer Prämienzahlung verweigert. Der mit einem solchen Prozedere verbundene, im Allgemeinen eher geringfügige Mehraufwand der Kassen ist hinzunehmen.

³ siehe RKUV 1993 Nr. K 919 S. 124 ff.

6.4 Gesamthaft gesehen ist die vorgängige Mahnung gemäss Art. 9 Abs. 1 Satz 1 KVV durch die allgemeine, einen weiten Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene einräumende Delegationsnorm von Art. 96 KVG gedeckt. Weder fällt die Verordnungsbestimmung offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenz noch ist sie aus anderen Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig. Dem Verordnungsgeber wäre es jedoch nicht verwehrt, die Bestimmung differenzierter auszugestalten, so dass Fälle, in denen das vorbehaltlose Mahnerfordernis von vornherein einen Leerlauf produziert, davon ausgenommen sind.

7.

Allenfalls könnte die Berufung eines Versicherten auf die Durchführung des Mahnverfahrens, von welchem die Kasse infolge Sinnlosigkeit abgesehen hat, im Einzelfall als rechtsmissbräuchlich qualifiziert werden mit der Folge, dass eine der Betreuung vorangehende Mahnung als überflüssig erachtet werden könnte. Indessen war es vorliegend nicht der Beschwerdegegner, der sich auf die fehlende Mahnung berufen hat, sondern das kantonale Gericht, welches das Recht von Amtes wegen angewendet hat.

8.

Was die Mahngebühren anbelangt, so wendet die Beschwerdeführerin zu Recht ein, dass die vorinstanzliche Feststellung, wonach im Betreibungsverfahren neben den im Schreiben vom 12. April 2000 ausgewiesenen Mahnkosten von Fr. 50.– unter demselben Titel weitere Fr. 55.– eingefordert worden seien, offenkundig aktenwidrig ist. Richtig ist, dass die Betreuung Mahnkosten in der Höhe von insgesamt Fr. 55.– erfasst, was aber nach wie vor (Fr. 5.–) mehr ist, als mit dem letzten Mahnungsschreiben vom 12. April 2000 geltend gemacht worden ist.

Zwar darf der Versicherer eine angemessene Entschädigung einfordern, wo die versicherte Person unnötige Kosten schuldhaft verursacht hat. Dafür ist jedoch eine ausdrückliche Rechtsgrundlage in den Versicherungsbedingungen erforderlich (BGE 125 V 276 Erw. 2c/bb⁴). Diese findet sich vorliegend in Ziff. 4.6 Bst. c der seit 1999 geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, wonach die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen den säumigen Versicherten auferlegt werden und bei einer Mahnung oder Betreuung eine Umtriebsentschädigung erhoben wird. Indessen verhält sich die Versicherung treuwidrig, wenn sie – wie vorliegend – bei der Androhung der Betreuung die bisher aufgelaufenen Mahnkosten auf Fr. 50.– festlegt, um anschliessend ohne ersichtlichen Grund im Betreibungsverfahren diesen

⁴ siehe RKUV 1999 Nr. KV 88 S. 440 ff.

Betrag zu erhöhen. Denn Anhaltspunkte, dass dem Schreiben vom 12. April 2000 weitere Mahnschritte gefolgt sein könnten, sind den Akten nicht zu entnehmen. Entsprechendes wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht behauptet. Von den Mahnkosten abzugrenzen sind übrigens die mit dem Betreibungsdossier zusammenhängenden weiteren Unkosten, welche der Versicherungsträger mit Fr. 250.– separat ausgewiesen hat.

Spitalexterne Krankenpflege bei psychisch erkrankten Personen

KV 328 Urteil des EVG vom 18. März 2005 (K 97/03)

- **Leistungsvoraussetzungen**
 - im Allgemeinen (Erw. 2.1 und 2.4);
 - bei Massnahmen der Abklärung und Beratung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Erw. 2.2.1);
 - bei Massnahmen der Untersuchung und Behandlung nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Erw. 2.2.2);
 - bei Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (Erw. 2.2.3).

- **Conditions du droit aux prestations**
 - en général (cons. 2.1 et 2.4);
 - en cas d'instructions et de conseils selon l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (cons. 2.2.1);
 - en cas d'examens et de soins selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (cons. 2.2.2);
 - en cas de soins de base selon l'art. 7 al. 2 let c OPAS (cons. 2.2.3).

- **Presupposti per il diritto a prestazioni**
 - in generale (cons. 2.1 e 2.4);
 - in caso di consigli e istruzioni giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. a OPre (cons. 2.2.1);
 - in caso di esami e cure giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (cons. 2.2.2);
 - in caso di cure di base giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre (cons. 2.2.3).

I.

A.

U. ist dipl. Krankenschwester und führt eine Praxis als Gesundheitsberaterin. Auf Anordnung von Frau Dr. med. X., praktische Ärztin, erbrachte sie ab 12. April 2000 Leistungen für die bei der Concordia, Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (im Folgenden: Concordia) versicherte M.. Nachdem die Concordia für die mit «Anleitung und Beratung» bezeichneten Leistungen zunächst ohne weitere Prüfung aufgekomen war, ersuchte sie am 26. Oktober 2000 um Zustellung der erfolgten Bedarfsabklärung und teilte der Leistungserbringerin am 22. Januar 2001 mit, nach Auffassung des Vertrau-

ensarzte handle es sich bei den durchgeführten Massnahmen nicht um Krankenpflege gemäss Art. 7 KLV, weshalb keine Vergütungen geleistet werden könnten. In der Folge gelangte U. an die im Vertrag zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK, heute santésuisse) und dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) vom 23. Mai 1997 als Schlichtungsinstanz vorgesehene Paritätische Vertrauenskommission (PVK), welche das Verfahren ohne Unterbreitung eines Schlichtungsvorschlages am 11. Juli 2001 als erfolglos geblieben abschloss.

B.

Am 13. August 2001 reichte U. beim Schiedsgericht nach Art. 89 KVG des Kantons Thurgau Klage ein und beantragte, die Leistungspflicht für die streitigen Massnahmen sei zu bejahen und es sei die Concordia zu verpflichten, die noch offenen Teilrechnungen im Betrag von Fr. 1053.- zu bezahlen.

In der Funktion als Schiedsgericht nach Art. 89 KVG holte das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau (als Versicherungsgericht) bei Dr. med. K., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten ein, welches am 4. November 2002 erstattet wurde und zu dem sich die Parteien in der Folge geäussert haben. Mit Entscheid vom 22. Mai 2003 wies das Schiedsgericht die Klage ab.

C.

U. lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Leistungspflicht für die durchgeführten Massnahmen zu bejahen und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die noch offenen Teilrechnungen im Betrag von Fr. 1053.- zu bezahlen; eventuell sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Concordia beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit [BAG]), verzichtet auf Vernehmlassung.

...

II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde die Sache an die Vorinstanz zur Neubeurteilung zurückgewiesen:

...

2.

2.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25–31 nach Massgabe der in den Art. 32–34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG bezeichnet der Bundesrat unter anderem die nicht von Ärzten oder Ärztinnen oder von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG näher. Gestützt auf Art. 33 Abs. 5 KVG hat der Bundesrat diese Aufgabe mit Art. 33 lit. b KVV dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) übertragen. Auf Grund dieser Kompetenznorm hat das Departement in Art. 7 KLV den Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim bestimmt. Nach Abs. 1 dieser Norm übernimmt die Versicherung unter anderem die von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV) oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen. Gemäss Abs. 2 umfassen die Leistungen im Sinne von Abs. 1 Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Die Massnahmen nach lit. a werden umschrieben mit «1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin)» und «2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen». Zu den Massnahmen der Grundpflege (lit. c) gehören die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und

Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1) sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege (Ziff. 2).

2.2 Grundlage für den Entschädigungsanspruch von Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welche auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung sind zu befristen. Sie können bei Akutkranken für maximal drei Monate und bei Langzeitpatienten oder -patientinnen für maximal sechs Monate erteilt werden (Art. 8 Abs. 6 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden (Art. 8 Abs. 7 KLV). Für die Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind (Art. 9 Abs. 3 KLV).

2.3 Der Tarif zum Vertrag zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK, heute santésuisse) und dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) vom 23. Mai 1997 sieht für die von freiberuflich tätigen Krankenschwestern und Krankenpflegern erbrachten Leistungen im Sinne von Art. 7 KLV vier Tarifpositionen vor. Mit 13 Taxpunkten pro 10 Minuten werden Massnahmen der Bedarfsabklärung und Beratung (lit. a) und mit 12 Taxpunkten pro 10 Minuten Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (lit. b) entschädigt, wobei sowohl Massnahmen nach lit. a als auch solche nach lit. b nur von einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger nach Art. 49 KVV durchgeführt werden dürfen. Für Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV enthält der Tarifvertrag zwei Positionen. Während Massnahmen der Grundpflege, die in Verbindung mit Massnahmen der Bedarfsabklärung und Beratung (Tarifposition a) und/oder der Untersuchung und Behandlung (Tarifposition b) erbracht werden, mit 11 Taxpunkten pro 10 Minuten entschädigt werden (Tarifposition c1), beläuft sich die Entschädigung für Massnahmen der Grundpflege, die nicht in Verbindung mit Massnahmen der genannten Art stehen, auf 6,5 Taxpunkte pro 10 Minuten (Tarifposition c2). Dabei wird

davon ausgegangen, dass Massnahmen der Grundpflege, die nicht die Qualifikation einer diplomierten Pflegeperson erfordern, mit Tarifposition c2 zu entschädigen sind (RKUV 2003 Nr. KV 264 S. 322 Erw. 3.2).

3.

In grundsätzlicher Hinsicht ist streitig, welche Pflichtleistungen die Krankenversicherer im Rahmen von Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen zu übernehmen haben.

3.1 Auszugehen ist davon, dass der Krankheitsbegriff körperliche und geistige bzw. psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit umfasst (Art. 2 Abs. 1 KVG, gültig gewesen bis 31. Dezember 2002, und Art. 3 Abs. 1 ATSG, in Kraft getreten am 1. Januar 2003). Dementsprechend haben psychisch erkrankte Personen grundsätzlich in gleicher Weise wie Personen mit einem körperlichen Gesundheitsschaden Anspruch auf Leistungen für spitalexterne Krankenpflege gemäss Art. 7 KLV. Die Bestimmung bezieht sich inhaltlich zwar weitgehend auf somatische Krankheiten und enthält eine spezifisch auf psychische Erkrankungen zugeschnittene Norm lediglich unter dem Titel der Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV. Im Rahmen des KVG sind die psychischen Erkrankungen den körperlichen Krankheiten jedoch gleichgestellt, was auch bei der Auslegung von Art. 7 Abs. 2 KLV zu beachten ist. Wie das BSV in der Vernehmlassung vom 15. Dezember 2003 sinngemäss ausführt und das BAG in seiner am 3. März 2004 verfassten Stellungnahme zu einem Rundschreiben des SBK und des Spitex Verbandes Schweiz vom 26. Januar 2004 wiederholt, soll mit lit. c Ziff. 2 der Bestimmung (psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege) die Gleichbehandlung der psychischen mit den körperlichen Krankheiten bei den Pflegemassnahmen sichergestellt werden. In ähnlichem Sinn hat sich der Bundesrat in der Antwort vom 29. Januar 2003 auf die Einfache Anfrage von Nationalrätin B. zur ambulanten psychiatrischen Pflege vom 25. November 2002 geäussert (02.1130; Amtl. Bull. 2003 N 523; Beilagen, S. 95).

3.2 Die Leistungspflicht nach Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen setzt voraus, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Aus dem Erfordernis des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung (Art. 8 Abs. 1 KLV) folgt des Weiteren, dass die erkrankte Person in ärztlicher Behandlung stehen muss (*Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 65 Rz 130). Keine ärztliche Behandlung im Sinne des KVG bilden psychotherapeutische Massnahmen, die lediglich zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu einem anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zweck

durchgeführt werden (Art. 2 Abs. 2 KLV). In solchen Fällen besteht auch kein Anspruch auf Pflegemassnahmen nach Art. 7 KLV. Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist somit, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen und nicht um Massnahmen handelt, die aus andern persönlichen oder sozialen Gründen erforderlich sind.

3.2.1 Psychisch erkrankte Personen haben zunächst wie die körperlich Erkrankten Anspruch auf Massnahmen der Abklärung und Beratung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV. Die Massnahmen umfassen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes der versicherten Person sowie die Planung der notwendigen Massnahmen einerseits (Ziff. 1) und die Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege andererseits (Ziff. 2). Die Abklärung und Beratung kann sich sowohl auf die Behandlungspflege nach Abs. 2 lit. b als auch auf die Grundpflege nach Abs. 2 lit. c der Verordnungsbestimmung beziehen (vgl. *Eugster*, a.a.O., S. 58 Rz 114). Nach dem Wortlaut von Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV müssen die Massnahmen der Beratung auf die Durchführung der Krankenpflege («pour les soins», «per l'effettuazione delle cure») gerichtet sein. Dazu gehört laut Verordnung insbesondere die Beratung bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte und die Vornahme der notwendigen Kontrollen. Bei psychisch Erkrankten hat die Beratung den besonderen Anforderungen an die Krankenpflege bei psychischen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen. Im Einzelfall kann etwa die Anleitung und Einübung von Bewältigungsmechanismen (sog. Coping-Strategien), die Unterstützung in Krisensituationen oder die Beratung im Umgang mit Krankheitssymptomen erforderlich sein (vgl. Richtlinien des Zentralvorstandes des Spitex Verbandes Schweiz vom 12. Mai 1997). Die Massnahmen dürfen indessen nicht therapeutischen Charakter aufweisen, sondern haben sich auf die pflegerische Betreuung der psychisch erkrankten Person zu beschränken. Zudem dürfen sie sich nicht in einer (vom Gesundheitsschaden bzw. der Krankenpflege unabhängigen) Beratung in persönlicher oder sozialer Hinsicht oder in der Mithilfe im Haushalt erschöpfen.

3.2.2 Unter der Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV sind Pflegemassnahmen mit diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung zu verstehen (*Eugster*, a.a.O., S. 58 Rz 114). Entsprechende Massnahmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten durch die Pflegeperson auf Anordnung des Arztes (Ziff. 7), fallen auch bei psychisch erkrankten Personen in die Leistungspflicht der Krankenversicherer. Dagegen können keine Massnahmen vergütet werden, die psychotherapeutischen Charakter aufweisen. Nur die von den Ärzten durchgeführte Psychotherapie und die

sog. delegierte Psychotherapie (vgl. hiezu BGE 125 V 441 ff.¹) gehören zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherung, nicht aber die von freiberuflichen nichtärztlichen Psychotherapeuten erbrachten Leistungen (BGE 125 V 284 ff.²; RKUV 2003 Nr. KV 255 S. 240 ff.). Umso weniger sind psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen durch (psychiatrische) Pflegepersonen zu übernehmen. Anspruchsbegründend sind nur pflegerische Massnahmen in Zusammenhang mit der Untersuchung und Behandlung psychisch erkrankter Personen. Weil von den Pflegepersonen keine psychotherapeutischen Massnahmen vorgenommen werden dürfen und Beratungen hinsichtlich des Umgangs mit dem Krankheitsbild sowie stützende Gespräche in Krisensituationen – soweit keine ärztliche Intervention erforderlich ist – unter lit. a der Verordnungsbestimmung zu subsumieren sind, bleibt für Massnahmen der Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV nur wenig Raum.

3.2.3 Schliesslich haben psychisch erkrankte Personen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV Anspruch auf die in Ziff. 1 dieser Bestimmung genannten Massnahmen, wozu etwa die Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden sowie beim Essen und Trinken gehören. Im Gegensatz zu den Leistungskategorien von Art. 7 Abs. 2 KLV (vgl. hiezu RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 184 Erw. 3) ist die Aufzählung der einzelnen Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV dem Wortlaut nach («wie», «tels que», «quali») nicht abschliessend. Fraglich ist, ob auf Grund von Ziff. 2 der Bestimmung Anspruch auf weitere, spezifisch auf psychisch erkrankte Personen zugeschnittene Massnahmen besteht. Nach Auffassung von BSV und BAG eröffnet die Bestimmung kein neues Leistungsspektrum, sondern berücksichtigt allein den höheren zeitlichen Aufwand in der Grundpflege bei den psychisch erkrankten Personen. In gleichem Sinn hatte sich das BSV bereits in einem Beschwerdeverfahren betreffend den Tarif für die in Pflegeheimen erbrachten Leistungen im Kanton Waadt geäussert. Im diesbezüglichen Entscheid vom 20. Dezember 2000 (auszugsweise publiziert in: VPB 66/2002 Nr. 66.69 S. 817 ff.; zusammengefasst in RKUV 2001 Nr. KV 186 S. 471 ff.) folgte der Bundesrat grundsätzlich dieser Betrachtungsweise, stellte gleichzeitig aber fest, Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV sei eine weitergehende Bedeutung beizumessen, weil die in Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 – 12 und lit. c Ziff. 1 KLV genannten Massnahmen ausschliesslich solche der körperlichen Grundpflege erwähnten. Es sei offensichtlich, dass psychisch beeinträchtigte Personen einer besonderen Pflege bedürften, welche im Rahmen des in Art. 7 Abs. 2 KLV enthaltenen Leistungskataloges allein unter lit. c Ziff. 2 dieser Bestimmung subsumiert werden könne (in VPB 66/2002 Nr. 66.69 S. 817 ff. nicht publizierte Erw. 9.4

¹ siehe RKUV 1999 Nr. KV 98 S. 531 ff.

² siehe RKUV 1999 Nr. KV 87 S. 431 ff.

des bundesrätlichen Entscheids). Davon scheint auch der Verordnungsgeber bei den Vorarbeiten zu der auf den 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Neufassung von Art. 7 KLV (AS 1997 2039) ausgegangen zu sein. Im bereinigten Antrag an die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (ELK) hatte die mit der Ausarbeitung eines Verordnungsentwurfs beauftragte Arbeitsgruppe vorgeschlagen, Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV mit einer Ziffer 2 «Spezifische psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege» zu ergänzen. Im Kommentar zu dieser Bestimmung wurde ausgeführt, es gehe dabei vor allem um helfende, beratende und überwachende Präsenz bei Patientinnen oder Patienten, bei denen dadurch eine Versorgung teilstationär oder zu Hause (oder allenfalls beides in Abstimmung aufeinander) möglich und ein permanenter Klinikaufenthalt vermeidbar sei. Die ELK stimmte der vorgeschlagenen Bestimmung mehrheitlich zu. Auch wenn in der definitiven Fassung von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV nicht mehr von einer spezifischen psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege die Rede ist, muss davon ausgegangen werden, dass mit dieser Bestimmung nicht bloss die Anwendbarkeit von Art. 7 Abs. 2 lit. a, b und c Ziff. 1 auf psychisch beeinträchtigte Personen sichergestellt, sondern darüber hinaus eine Kostenübernahmepflicht für besondere Massnahmen bei psychisch Erkrankten statuiert werden sollte. Für diese Auslegung sprechen auch Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmung, welche darin zu erblicken sind, psychisch erkrankten Personen eine Krankenpflege zu Hause zu ermöglichen und damit eine allenfalls notwendige stationäre Behandlung zu vermeiden. Im Hinblick darauf, dass Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV bei der (nicht abschliessenden) Aufzählung der in Betracht fallenden Massnahmen (u.a. «Betten, Lagern», «Bewegungsübungen, Mobilisieren», «Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken») unmittelbar auf alltägliche Lebensverrichtungen Bezug nimmt, ist Ziff. 2 der Verordnungsbestimmung in dem Sinne auszulegen, dass zur psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege Massnahmen zu rechnen sind, welche der Überwachung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen bei der Alltagsbewältigung dienen (vgl. in diesem Sinne auch *Hardy Landolt*, Grundlagen des Pflegerechts, Bern 2001, Bd. I, S. 24 f. Rz 39; vgl. auch Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, in: BBl 2005 S. 2033 ff., hier: S. 2066). Gegenstand von Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV können allerdings nur Beeinträchtigungen in den grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen bilden und nur so weit, als sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich zudem um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln (vgl. *Eugster*, a.a.O., S. 58 Rz 114). Dabei geht es vorab darum, dass die psychisch erkrankte Person die alltäglichen

chen Lebensverrichtungen wieder selbst zu besorgen vermag («Hilfe und Selbsthilfe»).

3.3 Nicht zu übersehen ist, dass sich gewisse Massnahmen (beispielsweise Überwachung und Unterstützung im Alltag sowie in Krisensituationen) im Einzelfall sowohl unter lit. a (Beratung) als auch unter lit. c (Grundpflege) von Art. 7 Abs. 2 KLV subsumieren lassen und eine klare Abgrenzung der Massnahmen der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege gemäss lit. c Ziff. 2 der Verordnungsbestimmung von den nicht zu den Pflichtleistungen gehörenden Massnahmen der Hilfe im Haushalt und der sozialen Betreuung mit Schwierigkeiten verbunden ist. Im Hinblick auf eine rechtsgleiche Praxis wäre es – ungeachtet der laufenden Bestrebungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung – zu begrüssen, wenn der Ordnungsgeber, nach Anhörung der zuständigen Fachkommission (ELK), die unter dem Titel der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege als Pflichtleistungen zu vergütenden Massnahmen und den Leistungsbereich nach lit. a und b der Bestimmung bei psychisch Erkrankten näher umschreiben würde. Denn es ist offensichtlich, dass der geltende Wortlaut von Art. 7 KLV, welcher einseitig von den somatischen Erkrankungen ausgeht, nicht zu befriedigen vermag.

3.4 Anzumerken bleibt, dass es für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen bedarf (Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG). Vorauszusetzen ist ein klarer ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen, welche auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV). Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungstellung vorauszusetzen (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 KVG). Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen.

4.

4.1 Das streitige Leistungsbegehren stützt sich auf eine ärztliche Anordnung vom 3. Mai 2000. Dass es sich bei der verordnenden Ärztin nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern um eine Allgemein-

praktikerin handelt, steht einer Leistungspflicht des Krankenversicherers nicht entgegen. So wenig wie ärztliche Psychotherapie nur von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden kann (Art. 2 Abs. 1 KLV), bedarf es für die psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege einer fachärztlichen Anordnung. Nach Art. 8 KLV genügt ein ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung. Des Weiteren steht fest, dass die Beschwerdeführerin als selbstständig tätige, diplomierte Krankenschwester die für die Zulassung als Leistungserbringerin für die Krankenversicherung geltenden Anforderungen erfüllt (Art. 49 KVV). Sie verfügt über die kantonale Berufsausübungsbewilligung gemäss Art. 46 Abs. 2 KVV und ist dem Tarifvertrag zwischen dem KSK (heute santésuisse) und dem SBK vom 23. Mai 1997 angeschlossen. Unerheblich für den Leistungsanspruch ist, dass die Massnahmen nicht zu Hause, sondern in der Praxis der Krankenschwester durchgeführt wurden. Wie aus dem Titel zum 3. Abschnitt der KLV hervorgeht, regelt Art. 7 dieser Verordnung den Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Dementsprechend können spitalexterne Pflegeleistungen auch in Spitex-Zentren (Art. 51 KVV) oder von selbstständig tätigen Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV) in deren Praxis durchgeführt werden. Davon geht auch der Vertrag zwischen dem KSK und dem SBK vom 23. Mai 1997 (F Ziff. 4) aus, wonach die von Krankenschwestern und Krankenpflegern erbrachten Leistungen gemäss Art. 7 KLV vergütet werden, sofern sie zu Hause oder ambulant durchgeführt werden. Die allgemeinen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Krankenversicherers nach Art. 7 KLV sind somit erfüllt. Zu prüfen bleibt, ob die erbrachten Leistungen zu den Pflichtleistungen gemäss dieser Bestimmung gehören.

4.2

4.2.1 In der ärztlichen Anordnung vom 3. Mai 2000 für die Zeit vom 12. April bis 12. Oktober 2000 wird die Art der durchzuführenden Massnahmen mit «Anleitung und Beratung» bezeichnet und der Bedarf wie folgt umschrieben:

Leist. nach KLV 7	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Min.
a, 1	Bedarfsabklärung	1x	60
a, 2	Beratung Anleitung Wissensvermittlung Fähigkeiten entwickeln Hilfe zur Selbsthilfe	4x	60
	Ressourcen reaktivieren	2 x mtl.	60

Für die Zeit vom 13. Oktober 2000 bis 13. April 2001 wurden noch Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV von zwei Mal monatlich je 60 Minuten unter dem Titel «Beratung und Wissensvermittlung, Fähigkeiten entwickeln, Hilfe zur Selbsthilfe, Ressourcen reaktivieren» verordnet. Der von der Beschwerdeführerin angelegten Pflegedokumentation ist zu entnehmen, dass die Versicherte, welche als Bäuerin/ Hausfrau tätig ist, von der Hausärztin angemeldet wurde zur Anleitung und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und der Problemlösungsfähigkeit bei chronisch tiefem Selbstwertgefühl und Schuldgefühlen nach dem Suizid eines Sohnes. Als Pflegediagnosen (gemäss *Manlynn E. Doenges/Mary Frances Moorhouse*, Pflegediagnosen und Massnahmen, 2. Aufl., Bern 1994) werden genannt: «7.1.2.1 Selbstwertgefühl chronisch tief, 9.2.1.1 Trauern nicht angemessen, 5.1.1.1 Bewältigungsformen (coping) ungenügend, 8.1.1 Wissensdefizit.» In der Eingabe an die PVK führte die Beschwerdeführerin aus, bei der Patientin handle es sich um eine Person mit chronisch gestörtem Selbstwertgefühl, unzureichendem Problembewältigungsvermögen und damit einhergehendem psychosomatischem Beschwerdebild. Die Pflege bestehe konkret darin, auf Grund festgestellter Defizite Ressourcen der Patientin zu erfassen, zu mobilisieren und gemeinsam mit ihr zu reaktivieren sowie Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird das psychosomatische Beschwerdebild mit «insbesondere Übergewicht, Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen» umschrieben.

4.2.2 In der Stellungnahme vom 6. Februar 2001 gelangte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. Y., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, die Beschwerdeführerin habe nicht eine psychiatrische Grundpflege, sondern eine eigentliche Psychotherapie durchgeführt, wozu sie nicht befugt sei. Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, bei den durchgeführten Massnahmen handle es sich ausschliesslich um solche der Anleitung und Beratung, wie sie auch bei somatischen Patienten vorgenommen würden. In dem von der Vorinstanz bei Dr. med. K. eingeholten Gutachten vom 4. November 2002 werden die ärztliche Verordnung und die Pflegedokumentation als ungenügend bezeichnet. Nach Auffassung des Gutachters ist auf Grund der angegebenen Indikationen und des Umstandes, dass die Krankenschwester innerhalb knapp eines Jahres dreissig Mal während einer Stunde in ihrer Praxis mit der Patientin über deren Probleme gesprochen habe und die Ärztin die Patientin während dieser Zeit lediglich fünf Mal gesehen habe – in welchem Rahmen eine psychotherapeutische Behandlung gar nicht durchführbar sei – davon auszugehen, dass die Hausärztin die an sich indizierte ambulante Psychotherapie an die Pflegeperson delegiert habe. Diese habe die Patientin in einem klar als psychotherapeutisch zu bezeichnenden Setting mit entsprechender Stundenzahl betreut. Was

genau durchgeführt worden sei, lasse sich nicht feststellen. Jedenfalls lägen keine klassischen Behandlungskriterien für die Pflege zu Hause vor, wie sie beispielsweise von der Spitex (d.h. in den Richtlinien des Spitex Verbandes Schweiz vom 12. Mai 1997 über die «Psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege») definiert worden seien. Das kantonale Gericht ist der gutachterlichen Beurteilung gefolgt und zum Schluss gelangt, es sei weder eine Beratung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 noch eine Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV durchgeführt worden. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird geltend gemacht, das von der Vorinstanz eingeholte Gutachten beruhe auf einer unzutreffenden Fragestellung sowie mangelhaften tatsächlichen Annahmen und lasse die erforderliche Unparteilichkeit vermissen, weshalb ein Obergutachten durch einen Pflegeexperten anzuordnen sei.

4.2.3 Wie es sich hinsichtlich der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die streitigen Massnahmen verhält, lässt sich auf Grund der vorhandenen Akten nicht zuverlässig beurteilen. Zunächst fehlt es an ärztlichen Angaben zur bestehenden psychischen Störung und zu den erfolgten medizinischen Massnahmen. Es steht daher nicht fest, ob überhaupt ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegt und ob die durchgeführten Massnahmen in Verbindung mit einer ärztlichen Psychotherapie standen. Es lässt sich daher nicht feststellen, ob die streitigen Massnahmen als blosse Lebensberatung, als Pflegemassnahmen im Sinne von Art. 7 KLV oder, wie die Beschwerdegegnerin annimmt, als therapeutische Massnahmen (anstelle einer ärztlichen Psychotherapie) zu qualifizieren sind. Für Letzteres spricht nach Auffassung des Gutachters Dr. med. K. die hohe Zahl von Pflegestunden im Verhältnis zu den wenigen ärztlichen Konsultationen. Dieser Umstand könnte indessen ebenso gut darauf hinweisen, dass ärztlicherseits eine Psychotherapie nicht als erforderlich und eine Betreuung durch eine medizinische Hilfsperson als genügend betrachtet wurde. Nach den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hatte sich die Beschwerdeführerin allerdings gegen eine Psychotherapie ausgesprochen, was dafür spricht, dass eine solche erforderlich war und wegen der Weigerung der Versicherten möglicherweise an eine medizinische Hilfsperson delegiert wurde. Andererseits geht aus der ärztlichen Anordnung und der Pflegedokumentation hervor, dass Massnahmen der Beratung durchgeführt wurden, welche sich grundsätzlich unter Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV subsumieren lassen. Ob sich unter diesem Titel eine Beratung von zwei Mal einer Stunde monatlich rechtfertigen lässt, nachdem bereits zuvor während sechs Monaten Beratungen von sechs Stunden im Monat stattgefunden haben, ist allerdings fraglich. Die Annahme des Gutachters, die durchgeführten Massnahmen seien anstelle einer ärztlichen Psychotherapie durchgeführt wurden, liegt zumindest nahe, lässt

sich auf Grund der vorhandenen Akten aber nicht bestätigen. Fraglich bleibt schliesslich, inwieweit die Massnahmen als solche der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV zu qualifizieren sind. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den Sachverhalt durch Einholung eines Berichtes der behandelnden Ärztin und erforderlichenfalls durch Anordnung eines Gutachtens einer Pflegeperson näher abkläre und über den streitigen Leistungsanspruch neu entscheide.

...

Spitalexterne Krankenpflege bei psychisch erkrankten Personen

- **Weitere Anwendungsfälle**
- **Autres cas d'application**
- **Altri casi d'applicazione**

Entscheid des EVG vom 18. März 2005 (K 101/04)

Entscheid des EVG vom 18. März 2005 (K 105/04)

Entscheid des EVG vom 18. März 2005 (K 113/04)

Entscheid des EVG vom 18. März 2005 (K 114/04)

sind abrufbar auf www.bger.ch Rechtsprechung \ Urteile ab 2000 \ K ...

peuvent être consultés à l'adresse www.bger.ch jurisprudence \ arrêts dès 2000 \ K ...

possono essere consultati all'indirizzo www.bger.ch giurisprudenza \ decisioni dal 2000 \ K ...

Zuständigkeit des Schiedsgerichts

KV 329 Urteil des EVG vom 15. April 2005 (K 16/04)

- **Der Rahmenvertrag Tarmed ist kein Tarifvertrag, sondern eine Tarifstruktur, wobei die Taxpunktwerte auf kantonaler Ebene zu vereinbaren sind. Das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG ist deshalb für die im vorliegenden Fall streitige konsensuale Vereinbarung der Tarife nicht zuständig (Erw. 4.1).**
- **La convention-cadre Tarmed n'est pas une convention tarifaire, mais une structure tarifaire, dont les valeurs des points doivent être convenues au niveau cantonal. Le tribunal arbitral, prévu à l'art. 89 LAMal, n'est dès lors pas compétent pour se prononcer dans le cas d'espèce sur l'accord consensuel controversé sur les tarifs (cons. 4.1).**
- **La convenzione quadro Tarmed non è una convenzione tariffale ma una struttura tariffale. I valori del punto devono perciò essere concordati a livello cantonale. Pertanto, il tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89 LAMal non è competente per esprimersi sull'accordo consensuale sulle tariffe qui controverso (cons. 4.1).**

I.

A.

Am 13. Mai 2002 unterschrieben santésuisse Die Schweizer Krankversicherer (santésuisse) und H+ Die Spitäler der Schweiz (H+) den Rahmenvertrag Tarmed samt acht Anhängen. Dieser Vertrag bezweckt gemäss Art. 1 Abs. 2 die Einführung und Anwendung der gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur sowie eine einheitliche Abwicklung der Vergütung der Spitäler durch die Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 49 Abs. 5 KVG. Nach Art. 9 Abs. 2 des Rahmenvertrages sind die Taxpunktwerte auf kantonaler Ebene zu vereinbaren, wobei die «Modalitäten der Berechnung der Starttaxpunktwerte ... in Anhang 2 geregelt» werden. Mit Beschluss vom 30. September 2002 genehmigte der Bundesrat den Rahmenvertrag samt Anhängen.

B.

In den anschliessenden Verhandlungen beharrte santésuisse auf einem Taxpunktwert von maximal einem Franken. Die von den Vertragsparteien

konstituierte «paritätische Vertrauenskommission Tarmed» konnte wegen Uneinigkeit keinen Beschluss über die Interpretation des Rahmenvertrages betreffend Starttaxpunktwert und Kostenneutralität fassen. In der Folge gelangte H+ am 8. August 2003 klageweise an das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern und stellte folgenden materiellen Antrag: «santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer sei zu verpflichten, die Berechnungen des Taxpunktwertes nach Art. 9 Abs. 2 des Tarmed-Rahmenvertrages vom 13. Mai 2002 inklusive der Modalitäten der Berechnung der Starttaxpunktwerte gemäss Anhang 2 zu diesem Vertrag vorzunehmen, ohne einen vorneweg bestimmten maximalen Taxpunktwert festzulegen.» Nachdem das Schiedsgericht das Verfahren auf die Frage der Prozessvoraussetzungen beschränkt hatte, trat es mit Entscheid vom 23. Dezember 2003 auf die Klage nicht ein.

C.

H+ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides sei die Sache zur materiellen Beurteilung an das Schiedsgericht zurückzuweisen. santésuisse schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

D.

Abschliessend lässt H+ eine Stellungnahme zur Vernehmlassung der santésuisse einreichen.

II.

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

...

3.

Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG ein (kantonales) Schiedsgericht. Diese Bestimmung über die Zuständigkeit des Schiedsgerichtes geht als *lex specialis* derjenigen über das kantonale Versicherungsgericht (Art. 86 Abs. 1 KVG) vor (SVR 2002 KV 38 S. 138 Erw. 4a mit Hinweisen). Gesetz (KVG) und Verordnung (KVV) umschreiben nicht näher, was unter Streitigkeiten im Sinne von Art. 89 Abs. 1 KVG zu verstehen ist. Die auch für diese Bestimmung massgebende, zum altrechtlichen Art. 25 Abs. 1 KUVG ergangene Rechtsprechung

(BGE 123 V 285 Erw. 5¹ mit Hinweisen) und die Literatur (*Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Rz 413; *Alfred Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 171 f.) gehen von einer weiten Begriffsumschreibung aus, indem sie die sachliche Zuständigkeit für alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer bejahen, wenn und soweit diese Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder aufgrund des KVG eingegangen worden sind. In diesem Sinne muss der Streitgegenstand die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG betreffen (*Eugster*, a.a.O., Rz 413). Als Streitigkeiten fallen beispielsweise Honorar- und Tariffragen, namentlich die Überprüfung der richtigen Anwendung der Tarife bzw. einer Tarifposition oder einer Klausel im Einzelfall und deren Übereinstimmung mit dem Bundesrecht, Rückforderungen der Versicherer wegen Verletzung des Effizienzgrundsatzes oder die Ablehnung von Vertrauensärzten in Betracht (SVR 2002 KV 38 S. 138 Erw. 4a mit Hinweisen). Die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichtes ist jedoch zu verneinen, wenn es um die Genehmigung oder genehmigungspflichtige Abänderung eines Tarifvertrages geht, in welchem Fall die Kantonsregierung oder der Bundesrat zuständig ist (Art. 46 Abs. 4 KVG; SVR 2002 KV 38 S. 138 Erw. 4b mit Hinweisen).

4.

4.1 Der Rahmenvertrag Tarmed ist kein eigentlicher Tarifvertrag, sondern eine Tarifstruktur im Sinne des Art. 43 Abs. 5 KVG, sprechen doch die Parteien in Art. 1 Abs. 1 dieses Vertrages explizit davon, es sei eine «gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur» geschaffen worden. Die Parteien haben denn auch die Preise und Tarife im Rahmenvertrag nicht in Franken und Rappen festgelegt; die Bestimmung der Taxpunktwerte wird vielmehr gemäss Art. 9 Abs. 2 des Rahmenvertrages Tarmed auf kantonaler Ebene «vereinbart». Damit betrifft der Streit der Parteien aber die Frage der Tariffestsetzung, denn es geht darum, die konkreten Ausgangswerte für die – anhand des Rahmenvertrages Tarmed und den Anhängen vorzunehmende – Bemessung der Taxpunktwerte zu bestimmen. Diese Festsetzung der Tarife wird gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Kommt eine Einigung zustande, muss der Tarifvertrag durch die Kantonsregierung resp. den Bundesrat genehmigt werden (Art. 46 Abs. 4 KVG), kommt hingegen kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Fragen der hier streitigen konsensualen Festset-

¹ siehe RKUV 1998 Nr. KV 19 S. 6 ff.

zung der Tarife fallen deshalb nach der Konzeption des Gesetzes in die Zuständigkeit der politischen Behörden und nicht in diejenige der Gerichte. Entgegen der Auffassung in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde geht es um eine solche eigentliche Tarifgestaltung: Da in Art. 9 Abs. 2 des Rahmenvertrages explizit eine Vereinbarung und damit auch dieser naturgemäss vorgehende Verhandlungen vorgesehen sind, kann deren Ergebnis nicht «vertraglich bereits vorweg determiniert» worden sein, wie in der abschliessenden Stellungnahme der Beschwerdeführerin ausgeführt wird. Andernfalls wären die Verhandlungen sowie die Vereinbarung gar nicht mehr notwendig und die Taxpunktwerte könnten rein technisch festgesetzt werden. Die Vorinstanz ist deshalb mangels sachlicher Zuständigkeit zu Recht auf die Klage nicht eingetreten.

...

Zuständigkeit des Schiedsgerichtes; Auslegung des Begriffs des «Tiers garant»

KV 330 Urteil des EVG vom 18. April 2005 (K 79/04)

- Fehlt es an der Zuständigkeit des Schiedsgerichtes nach Art. 89 Abs. 1 KVG, weil keine Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer vorliegt, bleibt im Streit zwischen versicherter Person und Leistungserbringer auch kein Raum für eine Vertretung durch den Versicherer nach Art. 89 Abs. 3 KVG (Erw. 4).

Auslegung des Begriffs des «Tiers garant» (Art. 42 Abs. 1 und 89 Abs. 3 KVG) (Erw. 5). Das Gesetz bietet keinen Interpretationsspielraum etwa in dem Sinne, dass dieselbe Leistung nebeneinander sowohl nach dem System des Tiers payant wie auch des Tiers garant (teil-)vergütet werden kann (Erw. 5).

- Lorsque la compétence du Tribunal arbitral selon l'art. 89 al. 1 LAMal fait défaut parce qu'on ne se trouve pas en présence d'un litige entre un assureur et un fournisseur de prestations, il n'y a pas non plus de place pour la représentation par un assureur en vertu de l'art. 89 al. 3 LAMal dans le litige opposant l'assuré au fournisseur de prestations (cons. 4).

Interprétation de la notion de «tiers garant» (art. 42 al. 1 et art. 89 al. 3 LAMal). La loi ne laisse pas de place à une interprétation dans le sens que la même prestation pourrait être prise en charge (en partie) aussi bien selon le système du tiers payant que selon celui du tiers garant (cons. 5).

- In difetto di competenza del Tribunale arbitrale giusta l'art. 89 cpv. 1 LAMal per mancanza di una controversia tra assicuratore e fornitore di prestazioni, nella lite opponente l'assicurato al fornitore di prestazioni non rimane nemmeno spazio per una rappresentanza da parte dell'assicuratore giusta l'art. 89 cpv. 3 LAMal (cons. 4).

Interpretazione della nozione di «terzo garante» (art. 42 cpv. 1 e art. 89 cpv. 3 LAMal). La legge non lascia alcuno spazio interpretativo nel senso che la medesima prestazione può essere parallelamente rimborsata (parzialmente) sia secondo il sistema del terzo pagante che secondo quello del terzo garante (cons. 5).

I.

A.

O. war seit 1. Januar 2001 bis zu ihrem Tod am 10. Oktober 2002 bei der Assura, Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Assura) obligatorisch krankenpflegeversichert. Während dieser Zeit hielt sich die zuvor im Kanton Freiburg Wohnende im Alters- und Pflegeheim P. (nachfolgend: Pflegeheim) im Kanton Bern auf. Sie war dort der Pflegebedarfsstufe 4 zugeteilt. Das Heim stellte der Assura für Pflegeleistungen täglich Fr. 68.– im Jahr 2001 und Fr. 70.– im Jahr 2002 in Rechnung. O. stellte es unter den Positionen Grundtarif und Pflegeleistung jeweils ebenfalls Rechnung. Dabei zog es die Leistungen der Krankenkasse ab. Die Hinterbliebenen sahen in einer solchen Inrechnungsstellung der Pflegekosten einen Verstoß gegen das Krankenversicherungsgesetz. Die Erbengemeinschaft O. (nachfolgend: Erbengemeinschaft) gelangte an die Assura und forderte sie auf, im Leistungsstreit gegen das Pflegeheim die Vertretung vor dem kantonalen Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG zu übernehmen. Mit Verfügung vom 18. Februar 2003 wies die Assura das Begehren ab und bestätigte dies mit Einspracheentscheid vom 16. Mai 2003.

B.

Die hiegegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Freiburg mit Entscheid vom 22. April 2004 gut. Es verpflichtete die Assura, die Erbengemeinschaft vor dem Schiedsgericht zu vertreten.

C.

Die Assura führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt die Aufhebung des kantonalen Entscheides. Die Erbengemeinschaft und das Bundesamt für Gesundheit schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

II.

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

...

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin vor dem kantonalen Schiedsgericht im Streit gegen das Pflegeheim zu vertreten hat. Dazu bedarf es nach Art. 89 KVG im Wesentlichen zweier Voraussetzungen: Es muss sich bei der zu beurteilenden Streitigkeit um eine solche zwischen Versicherer und Leistungserbringer handeln (Abs. 1) und für den Vertretungsanspruch der versicherten Person ist zusätzlich erforderlich, dass sie dem Leistungserbringer direkt die Vergütung schuldet (Abs. 3). Dazu wird ausdrücklich auf das in Art. 42 Abs. 1 KVG geregelte System des Tiersgarant verwiesen.

Die Bestimmung über die Zuständigkeit des Schiedsgerichts geht als *lex specialis* derjenigen über das kantonale Versicherungsgericht vor (BGE 127 V 467 Erw. 1, 121 V 366 Erw. 1b; *Kieser*, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, Rz 7 zu Art. 57 ATSG; *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 233 Rz 415; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 172; vgl. zum alten Recht BGE 121 V 314 Erw. 2b, 116 V 128 Erw. 2c¹ mit Hinweis). Gesetz (KVG) und Verordnung (KVV) umschreiben nicht näher, was unter Streitigkeiten im Sinne von Art. 89 Abs. 1 KVG zu verstehen ist. Nach Rechtsprechung (RKUV 2001 Nr. KV 166 S. 243 Erw. 3b/aa mit Hinweis) und Lehre (*Kieser*, a.a.O., Rz 7 zu Art. 57 ATSG; *Eugster*, a.a.O., S. 232 Rz 413; *Maurer*, a.a.O., S. 172) setzt die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts voraus, dass die Streitigkeit Rechtsbeziehungen zum Gegenstand hat, die sich aus dem KVG ergeben oder auf Grund des KVG eingegangen worden sind. Die Schiedsgerichte sind zur Beurteilung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern und leistungserbringenden Personen zuständig. Die Zuständigkeit des Schiedsgerichts bestimmt sich danach, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen (RKUV 2004 Nr. KV 287 S. 301 Erw. 2.2). Der Streitgegenstand muss die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG betreffen. Liegen der Streitigkeit keine solchen Rechtsbeziehungen zu Grunde, ist sie nicht nach sozialversicherungsrechtlichen Kriterien zu beurteilen, mit der Folge, dass nicht die Schiedsgerichte, sondern allenfalls die Zivilgerichte zum Entscheid sachlich zuständig sind (BGE 121 V 314 Erw. 2b). Als Streitigkeiten im Rahmen des KVG fallen z.B. Honorar- und Tariffragen in Betracht (RKUV 2004 Nr. KV 286 S. 295 Erw. 3 und 4).

¹ siehe RKUV 1990 Nr. 840

3.

...

4.

Der Interpretation des Bundesamtes, es liege eine Streitigkeit im Sinne von Art. 89 Abs. 1 KVG zwischen Versicherer und Leistungserbringer vor, ist nicht zu folgen. Hier haben die beiden Vertragsparteien im System des Tiers payant die eingegangenen Verpflichtungen erfüllt. Wenn sie dabei die Rechtslage unterschiedlich einschätzen, lässt sich daraus nicht ableiten, sie stünden im Streit zueinander. Die Streitsache berührt das Rechtsverhältnis zwischen Leistungserbringer und Versicherer nicht, denn selbst wenn sich herausstellen sollte, dass das Pflegeheim der Versicherten zu hohe Kosten in Rechnung gestellt hat, bliebe die Beschwerdeführerin nur im Rahmen der bereits ausgerichteten Vergütungen kostenpflichtig. Es liegt damit keine Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer vor, was allein gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG die Zuständigkeit eines kantonalen Schiedsgerichtes überhaupt begründen könnte (vgl. oben Erw. 2). Fehlt es an der Zuständigkeit des Schiedsgerichtes nach Art. 89 Abs. 1 KVG, bleibt auch kein Raum für eine Vertretung nach Art. 89 Abs. 3 KVG. Der kantonale Entscheid erweist sich in diesem Punkt als bundesrechtswidrig und ist deshalb aufzuheben.

5.

Im Übrigen bleibt festzuhalten, dass die Parteien und das Bundesamt den in den Art. 42 Abs. 1 und 89 Abs. 3 KVG verwendeten Begriff des «Tiers garant» nicht korrekt auslegen. Von einer Rechnungsstellung nach dem System des Tiers garant kann nicht schon dann die Rede sein, wenn Leistungserbringer Versicherten direkt Rechnung stellen und diese damit zu (Teil-) Honorarschuldnern machen. Unter dem «Tiers» ist der Versicherer gemeint (*Maurer, a.a.O., S. 77*) und eine Rechnungsstellung nach dem System des Tiers garant bedeutet gemäss dem klaren Wortlaut von Art. 42 Abs. 1 KVG, dass die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung schulden, weil Versicherer und Leistungserbringer nicht vereinbart haben, dass der Versicherer diese im System des Tiers payant direkt schuldet. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. Vorliegend haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet, weshalb man sich im System des Tiers payant befunden hat (Art. 42 Abs. 2 KVG). Dabei ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin dem Pflegeheim den in Art. 9a Abs. 2 lit. d KLV vorgesehenen Höchstansatz des Rahmentarifs für die Pflegebedarfsstufe 4 wie zwischen Versicherern und Pflegeheimen vertraglich vereinbart direkt und voll vergütet hat. Das Gesetz bietet keinen Interpretationsspielraum etwa in dem Sinne, dass dieselbe Leistung nebeneinander

sowohl nach dem System des Tiers payant wie auch des Tiers garant eingefordert und (teil-)vergütet werden kann. Nach dem klaren Wortlaut von Art. 89 Abs. 3 KVG hat der Versicherer die versicherte Person nur dann vor Schiedsgericht zu vertreten, wenn diese im System des Tiers garant die Vergütung schuldet. Dies ist dann nicht der Fall, wenn wie vorliegend eine Direktvergütung durch den Versicherer vereinbart worden ist. Die Vorinstanz erkannte diesen Widerspruch in der Argumentation der Parteien ebenfalls (vgl. Erw. 6b des kantonalen Entscheides), liess die Frage jedoch bewusst offen, um das Schiedsgericht seine Zuständigkeit selber beurteilen zu lassen. Für diese mangelt es jedoch bereits an den Voraussetzungen gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG, weil keine Streitigkeit zwischen Versicherer und Leistungserbringer zu beurteilen ist (vgl. oben Erw. 4).

...

Mitteilungen

Communications

Comunicazioni

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

Namensänderung/Changement de nom/Cambiamento di nome:

1442	Tavannes	Fondation Natura Assurances.ch (anciennement Caisse-maladie des Chemins de fer du Jura)	01.04.2005
------	----------	---	------------

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

240	St. Moritz	Öffentliche Krankenkasse Celerina (Übernahme durch den Kranken- und Unfall-Versicherungsverein St. Moritz, K 556)	04.07.2005
-----	------------	--	------------

Leistungspflicht der Ersatzkasse UVG

U 544 Urteil des EVG vom 17. Januar 2005 i. Sa. F. (U 20/04)

- **Leistungspflicht der Ersatzkasse UVG (Art. 73 Abs. 1 und Art. 77 Abs. 1 Satz 2 UVG):**

Leistungspflicht der Ersatzkasse UVG verneint bei Ausbruch einer Berufskrankheit im Jahre 1997 nach Asbestexposition im Jahre 1963, zu welcher Zeit der betroffene Arbeitnehmer nicht obligatorisch gegen Unfall versichert war.

- **Obligation de la caisse supplétive LAA (art. 73 al. 1 et art. 77 al. 1 2^{ème} phrase LAA) :**

Obligation de la caisse supplétive LAA d'allouer des prestations niée dans le cas d'une maladie professionnelle qui s'est déclarée en 1997 après une exposition à l'amiante en 1963, époque à laquelle le travailleur concerné n'était pas obligatoirement assuré contre les accidents.

- **L'obbligo della cassa suppletiva LAINF (art. 73 cpv. 1 e art. 77 cpv. 1 seconda frase):**

L'obbligo della cassa suppletiva LAINF di fornire prestazioni è negato nel caso in cui nel 1997 è insorta una malattia professionale causata dall'esposizione all'amianto avvenuta nel 1963, periodo in cui il lavoratore interessato non era ancora affiliato obbligatoriamente all'assicurazione contro gli infortuni.

Auszug aus den Erwägungen:

...

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Ausrichtung von Versicherungsleistungen abgelehnt mit der Begründung, der Verstorbene habe vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des UVG an bis zu seinem Hinschied nie Arbeitnehmereigenschaft gehabt. Er sei daher nie UVG-versichert gewesen. Im Übrigen habe die Ersatzkasse UVG nur zum Zweck, für den lückenlosen Versicherungsschutz der nicht bei der SUVA versicherten Arbeitnehmer zu sorgen, wenn Arbeitge-

ber diese nicht versicherten. Mangle es im vorliegenden Fall aber an einem Arbeitgeber, entfalle eine Leistungspflicht der Ersatzkasse UVG.

3.2 Die Vorinstanz hat eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ebenfalls verneint. Zur Begründung führte sie aus, dass G. zum für den Anspruch auf Versicherungsleistungen massgebenden Zeitpunkt des Ausbruchs der Berufskrankheit am 2. September 1997 weder obligatorisch noch als Selbstständigerwerbender freiwillig gemäss UVG versichert gewesen sei. Da er bei Krankheitsausbruch nicht der obligatorischen Versicherung unterstellt gewesen sei, liege sein Fall ausserhalb des Tätigkeitsbereichs der Ersatzkasse UVG.

3.3 Weder die Argumentation der Ersatzkasse UVG noch diejenige der Vorinstanz sind stichhaltig. Denn bei Berufskrankheiten hängt die Leistungspflicht des Unfallversicherers vom Umstand ab, ob der Betroffene während der Einwirkung des gefährlichen Stoffes oder der Verrichtung der krankmachenden Arbeit (sog. Exposition) versichert war, so dass die Versicherung über das Ende des Versichertseins hinauswirkt, wenn eine Krankheit erst später ausbricht (*Maurer*, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 219; vgl. auch nicht publizierte Erw. 3 des in RKUV 2004 Nr. U 508 S. 265 veröffentlichten Urteils). Aus diesem Grunde ist in Art. 77 Abs. 1 Satz 2 UVG vorgesehen, dass bei Berufskrankheiten derjenige Versicherer zu Leistungen verpflichtet ist, bei dem die Versicherung bestanden hat, als der Versicherte zuletzt durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten oder durch berufliche Tätigkeiten gefährdet war. Es ist deshalb – entgegen der Auffassung der Ersatzkasse UVG – irrelevant, ob G. vom Inkrafttreten des UVG an bis zu seinem Hinschied je Arbeitnehmereigenschaft gehabt hat. Ebenso wenig spielt es – anders als die Vorinstanz annimmt – eine Rolle, ob der Versicherte zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Berufskrankheit obligatorisch oder freiwillig gemäss UVG versichert war. Zu Unrecht führt die Vorinstanz zur Stützung ihres Standpunktes die Rechtsprechung gemäss BGE 119 V 204 Erw. 5c/aa an, welche sich einzig zur – mit dem vorliegenden Fall in keinem Zusammenhang stehenden – Frage äussert, ob eine vor dem 1. Januar 1984 ausgeübte berufliche Tätigkeit bei der Beurteilung, ob eine Berufskrankheit ausschliesslich oder stark überwiegend durch diese berufliche Tätigkeit verursacht worden ist, berücksichtigt werden muss, mit anderen Worten, ob unter beruflicher Tätigkeit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG die gesamte, also auch die vor dem 1. Januar 1984 ausgeübte Berufstätigkeit zu verstehen ist.

3.4 Zum (gemäss Art. 77 Abs. 1 Satz 2 UVG) massgebenden Zeitpunkt der Asbestexposition im Jahre 1963 – d.h. unter dem Geltungsbereich des KUVG vom 13. Juni 1911 – war nur die SUVA als Versicherungsträger für die

Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung zugelassen (vgl. auch *Maurer*, Bundessozialversicherungsrecht, S. 325), weshalb vorliegend als (obligatorischer) Versicherer einzig die SUVA in Betracht gefallen wäre, welche ihre Zuständigkeit indessen bereits rechtskräftig verneint hat (Verfügungen vom 17. August 1998 und 16. Januar 2002). Weil somit davon auszugehen ist, dass G. im Jahre 1963 in einem nicht dem Versicherungsobligatorium unterstehenden Betrieb gearbeitet hat (andernfalls er bei der SUVA versichert gewesen wäre), entfällt von vornherein eine Leistungspflicht der einzig für die Schliessung von Versicherungslücken im Rahmen des Obligatoriums zuständigen Ersatzkasse UVG (vgl. Erw. 2.2 hievor).

Schreckereignis

U 545 Urteil des EVG vom 2. Februar 2005 i. Sa. R. (U 324/04)

■ **Schreckereignis (Art. 6 UVG; Art. 9 UVV):**

Unfallcharakter im Sinne eines Schreckereignisses verneint mit Bezug auf einen Linienpiloten, bei welchem nach missglückter Landung eines vollbesetzten Flugzeuges auf vereister Piste eine posttraumatische Belastungsstörung auftrat.

■ **Événement terrifiant (art. 6 LAA ; art. 9 OLAA) :**

Caractère d'accident en tant qu'événement terrifiant nié dans le cas d'un pilote de ligne qui subit des troubles posttraumatiques de stress à la suite de l'atterrissage raté d'un avion plein de passagers sur une piste verglacée.

■ **Avvenimento terrificante (art. 6 LAINF; art. 9 OAINF):**

Il carattere d'infortunio inteso come un avvenimento terrificante è negato nel caso di un pilota di linea presso cui si sono manifestati disturbi da stress post-traumatico in seguito a un atterraggio mal riuscito di un aereo pieno su una pista ghiacciata.

I.

A.

Der 1949 geborene R. war seit 1982 bei der Fluggesellschaft X. als Pilot tätig. In dieser Eigenschaft war er bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert. Am 23. Dezember 2001 kam es bei einem Flug von Zürich nach S. wegen Schneefalls zur Verzögerung bei der Landung. Nachdem die Piste schliesslich freigegeben worden war, griffen nach einem reibungslosen Anflug beim Aufsetzen am Boden die Bremsen nur kurz. Danach blieb die Bremswirkung aus und das vollbesetzte Passagierflugzeug rollte über den Pistenrand hinaus, bis es kurz vor der Abschränkung in einem schneebedeckten Feld zum Stillstand kam. Verletzt wurde niemand und das Flugzeug blieb unbeschädigt. R., welcher zum damaligen Zeitpunkt über keinerlei Beschwerden klagte, kehrte am folgenden Tag in die Schweiz zurück und wurde – wie die übrigen Besatzungsmitglieder – vorschriftsgemäss bis Ende Jahr vom Dienst befreit. Ab 4. Januar 2002 nahm er seine

gewohnte Tätigkeit, abgesehen von je einer Woche unbezahltem Urlaub in den Monaten Januar, Februar und März, wieder auf. Nach verschiedentlichem Auftreten von Schlafstörungen ab Mitte Januar 2002 kam es am 28. März 2002 anlässlich des halbjährlichen Trainings im Flugsimulator zu einem Blackout. Am 3. April 2002 suchte R. daher den Hausarzt Dr. med. N. auf. Dieser diagnostizierte im Arztzeugnis vom 20. Mai 2002 eine posttraumatische Belastungsstörung und überwies den Versicherten an den für fliegerärztliche Untersuchungen zuständigen Dr. med. O., welcher die Diagnose bestätigte und eine psychotherapeutische Behandlung anordnete (Arztzeugnis vom 30. April 2002). Die Pilotentätigkeit nahm der Versicherte in der Folge nicht mehr auf. Die Arbeitgeberin meldete der SUVA das Ereignis vom 23. Dezember 2001 am 15. April 2002 als Unfall. Mit Verfügung vom 17. Juni 2002 verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht, da weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Aufgrund der von R. dagegen erhobenen Einsprache liess die SUVA ihn von der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie der anstaltsinternen Abteilung Versicherungsmedizin, Dr. med. K., untersuchen, welche am 15. Januar 2003 ihren Bericht erstellte. Gestützt darauf wies sie mit Entscheid vom 28. Januar 2003 die Einsprache ab.

B.

Die von R. dagegen erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht Basel-Landschaft – nach Einholung ergänzender Abklärungen bei der Fluggesellschaft X. und bei Dr. med. K. – mit Entscheid vom 16. Juni 2004 gut und verpflichtete die SUVA, die gesetzlichen Leistungen aus dem Ereignis vom 23. Dezember 2001 zu erbringen.

II.

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

...

4.

4.1 In BGE 129 V 180 Erw. 2.2 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht erwogen, wenn weder die versicherte Person noch Drittpersonen Verletzungen des Körpers erlitten hätten, bereite die Frage Schwierigkeiten, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Unfall anzunehmen sei, wenn das Ereignis den Körper überhaupt nicht oder doch nur unwesentlich verletze, hingegen derart wirke, dass es eine psychische Störung verursache. Ob

angesichts solcher Gegebenheiten, namentlich bei deliktischen Handlungen wie Raub, Drohung, Erpressung etc. die bisherige Rechtsprechung des Schreckereignisses modifiziert werden solle, liess das Gericht offen. Im vorliegenden Fall geht es indes nicht um eine deliktische Handlung.

4.2 Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 16. Dezember 2002 durch Frau Dr. med. K. gab der Versicherte zur missglückten Landung an, er und sein Co-Pilot seien über den starken Schneefall in S. überrascht gewesen. Sie hätten gewusst, dass die Bedingungen auf der Piste erschwert seien. Daher hätten sie vorerst auf einen anderen Flugplatz ausweichen wollen. Die Bodenkontrolle habe dann jedoch gemeldet, das Wetter sei besser, die Piste gereinigt und die Bremswirkung gut. Als er nach dem Aufsetzen am Boden gemerkt habe, dass die Bremswirkung ausblieb und sie über den Pistenrand hinaus schlitterten, habe es bis zum Stillstand noch eine Weile gedauert. Er habe bereits die Wand der Flughafenabspernung gesehen, als es einen Ruck gegeben habe und das Flugzeug schliesslich im schneebedeckten Feld stehen geblieben sei. Nachdem ihm die Stewardess gemeldet habe, dass sich niemand verletzt habe, sei er ausgestiegen und habe das Flugzeug kontrolliert. Der SUVA gegenüber gab der Beschwerdegegner an, im Anschluss an den Vorfall sei es ihm soweit gut gegangen und er habe gedacht, er werde keine Folgen davontragen. Aus diesem Grund habe er auch die angebotene Hilfe nicht in Anspruch genommen (SUVA-Rapport vom 11. Juni 2002). Im Januar traten dann erstmals Schlafstörungen auf, und im März kam es bei einer Übung im Simulator mit praktisch gleicher Flugsituation (schlechtes Wetter, wenig Sicht, Versagen der Bremsen) zu einem Blackout mit anschliessender Arbeitsunfähigkeit wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung.

4.3 Beim Zwischenfall vom 23. Dezember 2001 handelt es sich somit um ein psychisches Schockereignis, bei dem in der Endphase des Ablaufes kein Schaden körperlicher Art (Unglück) eintrat. Um als Unfall im Sinne des Gesetzes anerkannt zu werden, muss nach der Rechtsprechung (BGE 129 V 179 Erw. 2.1; Urteil K. vom 17. Juni 2003 [U 273/02]) die seelische Einwirkung durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart der versicherten Person sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen hervorzurufen. Diese qualifizierten Merkmale hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in EVGE 1956 S. 81 mit Bezug auf einen Lokomotivführer verneint, der aus einer Distanz von 200 bis 300 m realisierte, dass er ein Signal vor sich hatte, das unbedingten Halt gebot. Dieser glaubte, einer akuten Gefahr entgegenzufahren und leitete sogleich

die Schnellbremsung ein, ohne genauer abschätzen zu können, wo er den Zug zum Stehen bringen werde. Es geschah dies, nachdem er das Signal ungefähr um die Länge der Lokomotive überfahren hatte. Danach zeigte sich, dass Bahnarbeiter die Signalscheibe versehentlich stehen gelassen hatten. Nach *Maurer* (Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 184) muss ein Unfall angenommen werden, wenn jemand bei einem schweren Unglück selbst beteiligt ist, die akute Gefahr unverletzt übersteht, dann aber zufolge des erlittenen Schrecks krank wird. Zu denken sei vor allem an die heftigen Unglücksfälle des modernen Verkehrs, wo gelegentlich inmitten Schwerverletzter oder getöteter Personen jemand in körperlich unversehrtem Zustand geborgen werde und gleichwohl nach kurzer Zeit nervöse Störungen zeige. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat einen Unfall im Sinne des Gesetzes bejaht bei einem Lokomotivführer, der ein psychisches Trauma erlitt, als er realisierte, dass er eine Person tödlich überfahren hat, die sich in Selbstmordabsicht auf die Schienen gelegt hatte (RKUV 1990 Nr. U 109 S. 300). Ebenfalls bejaht hat es den Unfallcharakter bei einem Lokomotivführer, der mit dem Zug in eine Lawine geriet und nachher feststellte, dass zwei seiner Kollegen dabei ums Leben kamen (EVGE 1939 S. 102).

4.4 Zu den schwierigsten Flugmanövern im kommerziellen Luftverkehr gehören Start und Landung. Beim Landen gilt es, das Flugzeug durch Reduktion der Geschwindigkeit innerhalb der Rollbahn zum Stillstand zu bringen und damit eine hohe kinetische Energie zu vernichten. Beim Ereignis vom 23. Dezember 2001 ist dies planwidrig nur zum Teil durch die dafür üblicherweise vorgesehenen Mittel und Wirkungen (Bremsen, Luftwiderstand, Reibung der Pneu) gelungen. Erst durch den übergrossen Reibungswiderstand auf dem schneebedeckten Feld kam das Passagierflugzeug dann doch noch innerhalb der Flughafenabspernung zum Stillstand. Ein solches Ereignis gehört auch im Lebensbereich eines Linienpiloten nicht zum Alltäglichen oder Üblichen. Ein gefürchtetes Risiko bei der Landung besteht im Überrollen der Landebahn, sei dies, weil das Flugzeug nicht innerhalb der «touchdown zone» aufsetzt, erhöhte Geschwindigkeit hat, vom Wind abgetrieben wird oder – wie vorliegend – auf schwierige Pistenverhältnisse trifft. Jeder Pilot weiss, dass dies eine der Gefahren darstellt, welche das rechtzeitige Anhalten des Flugzeuges auf der Landepiste vereiteln kann. Solche Situationen bilden daher regelmässig Gegenstand von Übungen im Simulator. Es war daher wohl kein Zufall, dass der Beschwerdegegner eine solche Flugsituation beim halbjährlichen Training vom Frühling 2002 antraf. Namentlich im Winter, wenn die Gefahr von vereisten Pisten besteht, konzentriert sich der Pilot darauf, dieser mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu begegnen. Trifft das gefürchtete Risiko dann schliesslich doch ein, kann nicht von einer überraschenden Heftigkeit des Vorfalles gesprochen werden. Hat sich das Ereignis jedoch nicht

in überraschender Heftigkeit abgespielt, liegt kein Schreckereignis vor, welches den Unfallbegriff erfüllt. Damit erweist sich die Verneinung der Leistungspflicht durch die SUVA als rechtmässig.

Revision von vor dem 1. Juli 2001 entstandenen Invalidenrenten

U 546 Urteil des EVG vom 30. März 2005 i. Sa. T. (U 337/04)

- **Revision von vor dem 1. Juli 2001 entstandenen Invalidenrenten (Art. 18 Abs. 1 und Art. 118 Abs. 5 UVG):**

Die intertemporale Regelung, wonach Invalidenrenten, auf die der Anspruch vor dem 1. Juli 2001 (In-Kraft-Treten der Gesetzesänderung vom 15. Dezember 2000) entstanden ist, nach bisherigem Recht gewährt werden, bezieht sich auf Renten mit Invaliditätsgraden von weniger als 10%. Demgegenüber fallen Renten mit höheren Invaliditätsgraden nicht unter die Übergangsbestimmung. (Erw. 2)

- **Révision de rentes d'invalidité ayant pris naissance avant le 1er juillet 2001 (art. 18 al. 1 et art. 118 al. 5 LAA):**

La réglementation intertemporelle, selon laquelle les rentes d'invalidité dont le droit est né avant le 1er juillet 2001 (entrée en vigueur de la modification légale du 15 décembre 2000) sont maintenues conformément à l'ancien droit, concerne les rentes fondées sur un taux d'invalidité inférieur à 10%. En revanche, les rentes d'invalidité d'un taux supérieur ne tombent pas sous le coup de cette réglementation transitoire. (cons. 2)

- **Revisione delle rendite d'invalidità sorte prima del 1° luglio 2001 (art. 18 cpv. 1 e art. 118 cpv. 5 LAINF):**

La regolamentazione intertemporale prevedente la concessione secondo il diritto previgente delle rendite d'invalidità, il cui diritto è sorto prima del 1° luglio 2001 (entrata in vigore della modifica di legge del 15 dicembre 2000), si riferisce alle rendite fondate su un tasso d'invalidità inferiore al 10%. Per contro, le rendite d'invalidità di grado superiore non ricadono nel campo di applicazione della disposizione transitoria. (cons. 2)

Auszug aus den Erwägungen:

...

2.

Parteien und Vorinstanz leiten aus Art. 118 Abs. 5 UVG ab, dass vor dem 1. Juli 2001 entstandene Rentenansprüche in revisionsrechtlicher Hinsicht nach Massgabe des bisherigen Rechts zu beurteilen sind. Diese Auffassung ist im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen zu prüfen.

2.1 In der Tat legt der Wortlaut von Art. 118 Abs. 5 UVG einen derartigen Schluss nahe (vgl. die Rechtsprechung zur ebenfalls an den Anspruchsbeginn anknüpfenden Übergangsbestimmung von Art. 118 Abs. 2 lit. c UVG: BGE 111 V 36; RKUV 1988 Nr. U 46 S. 217).

2.2 Vom Wortlaut ist indessen abzuweichen, 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 130 II 71 Erw. 4.2, 130 V 232 Erw. 2.2, 295 Erw. 5.3.1, 428 Erw. 3.2, 475 Erw. 6.5.1, 484 Erw. 5.2, 129 V 284 Erw. 4.2, je mit Hinweisen).

Art. 118 Abs. 5 UVG bildet in systematischer Hinsicht die Übergangsbestimmung zu Art. 18 Abs. 1 UVG in der seit 1. Juli 2001 geltenden Fassung. Beide gehen auf die parlamentarische Initiative *Raggenbass* vom 11. Dezember 1996 zurück (BBI 2000 1321). Den Anstoss zu dieser Initiative gab ein am 19. August 1996 ergangenes, in BGE 122 V 335 publiziertes Urteil. Darin gab das Eidgenössische Versicherungsgericht seine im Jahre 1944 (EVGE 1944 S. 112) begründete Praxis auf, versicherten Personen mit einer Invalidität von weniger als 10% den Anspruch auf eine Unfallversicherungsrente regelmässig abzusprechen.

2.2.1 Ziel der parlamentarischen Initiative war es erklärermassen, die durch diesen BGE notwendig gewordene Gesetzesgrundlage zur Beibehaltung der bisherigen Verwaltungspraxis zu schaffen (Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats [SGK-N] vom 26. November 1999 zur Parlamentarischen Initiative Invalidität unter 10% [*Raggenbass*], BBI 2000 1321 Ziff. 1.1 und 2.1). Die vom Nationalrat mit der Ausarbeitung einer Gesetzesvorlage beauftragte SGK-N führte ein Vernehmlassungsverfahren durch. Die Befürworter des Entwurfs argumentierten, nach dem klaren Willen des Gesetzgebers solle eine Invalidenrente nur gewährt werden, wenn eine spürbare erwerbliche Beeinträchtigung eingetreten sei. Frühere Bemühungen, diesen Grundsatz im Gesetz festzuhalten, seien an der Befürchtung gescheitert, dass bei Aufnahme einer ausdrücklichen Regelung bei jeder unfallbedingten Invalidität von über 10% eine Rente geltend gemacht würde.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht habe nach anfänglicher Zuspriechung von Mindestrenten seine Praxis dahin gehend geändert, dass bei kleinen Einbussen keine Berechtigung zum Bezug einer Rente anerkannt würde. Diese Rechtsprechung, welche die Aberkennung einer Rente bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 10% statuierte, habe sich über ein halbes Jahrhundert gehalten und sei von der massgebenden Doktrin gebilligt worden. Seit der Inkraftsetzung des UVG werde überdies der Integritätskomponente, die nach KUVG oft zu kleinen, meist befristeten Renten geführt hatte, durch das Institut der Integritätsentschädigung Rechnung getragen (Art. 24 UVG). Es sei fraglich, ob kleinere Einbussen, die unter 10% liegen, überhaupt eine dauerhafte Invalidität zur Folge hätten. Geringfügige Restfolgen eines Unfalles begründeten in der Regel keine sich praktisch auswirkende Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. Meist gewöhne sich der Versicherte bei der Wiederaufnahme der Arbeit an die anfänglichen Beschwerden, und man könne davon ausgehen, dass er die wirtschaftlichen Folgen durch eine entsprechende Willensanstrengung ausgleichen oder auch selbst tragen könne. Die Befürworter verwiesen weiter auf den Umstand, dass Verunfallte im Vergleich zu den Erkrankten ohnehin meist besser gestellt seien, so setze etwa eine Invalidenrente nach IVG einen Invaliditätsgrad von mindestens 40% voraus. Auch wurde es im Hinblick darauf, dass das UVG den vollständig erwerbsunfähigen Versicherten einen Selbstbehalt von 20% zumutet (d.h., der Unfallversicherer vergütet nur 80% des vor dem Unfall verdienten Einkommens; zusammen mit einer Rente der Invalidenversicherung höchstens 90% des versicherten Verdienstes; Art. 20 Abs. 1 und 2 UVG), als vertretbar erachtet, dass auch leicht Behinderte einen Selbstbehalt von 10% in Kauf nehmen. Auch sei bei Kleinstrenten der administrative Aufwand unverhältnismässig hoch, und die Eigeninitiative, kleine Verdiensteinbussen wettzumachen, würde dadurch gehemmt (BBI 2000 1324 ff. Ziff. 2.4.1).

2.2.2 In der Folge beantragte die SGK-N dem Nationalrat, Art. 18 Abs. 1 UVG abzuändern und als Übergangsbestimmung Art. 118 Abs. 5 UVG neu einzufügen. Dabei erläuterte sie die Vorlage dahingehend, dass mit der Änderung von Art. 18 Abs. 1 UVG verhindert werden solle, dass das Urteil des EVG vom 19. August 1996 Präjudizwirkung entfalten könne und in der Praxis der Unfallversicherung Kleinstrenten eingeführt würden. Zur vorgeschlagenen Übergangsbestimmung von Art. 118 Abs. 5 UVG hielt der Bericht der SGK-N vom 26. November 1999 erklärend fest, darin werde (lediglich) festgehalten, dass bisher gewährte Renten unter 10% von der Neuregelung nicht betroffen sein sollten; eine Änderung dränge sich nicht auf, da auch vor dem Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts Kleinstrenten nur in Ausnahmefällen gewährt worden seien. Der Bundesrat unterstützte mit Stellungnahme vom 23. Februar 2000 die Vorlage der SGK-N mit ähnlichen Argumenten (BBI

2000 1330-1332). Auch die SGK-S empfahl in ihrem Bericht vom 24. Oktober 2000 an den Ständerat den Entwurf zur Annahme, ohne sich dabei - wie zuvor ebenso bereits der Bundesrat (BBl 2000 1330) und der Nationalrat bei der Detailberatung vom 21. März 2000 (Amtl. Bull. 2000 N 366 f.) - zur vorgeschlagenen Übergangsbestimmung näher zu äussern (Amtl. Bull. 2000 Beilagen S. 13). Der Antrag der SGK-N wurde alsdann sowohl durch den National- als auch den Ständerat am 15. Dezember 2000 diskussionslos verabschiedet (Amtl. Bull. 2000 N 1611 und S 877, 941). Dies zeigt, welche Fälle nach dem Willen des Gesetzgebers von der Übergangsregelung von Art. 118 Abs. 5 UVG erfasst werden sollten, nämlich lediglich die bereits unter der Herrschaft des bisherigen Rechts entstandenen Kleinstrenten. Gegenteiliges würde den mit der Gesetzesänderung verfolgten Zweck, die durch BGE 122 V 335 notwendig gewordene Gesetzesgrundlage zur Beibehaltung der bisherigen Verwaltungspraxis zu schaffen, keine Kleinstrenten zuzusprechen, geradezu vereiteln. Die Legislative wollte letztlich mit der Gesetzesänderung den status quo ante herbeiführen, ohne dabei Versicherte zu benachteiligen, deren Rentenanspruch vor dem In-Kraft-Treten der Änderung vom 15. Dezember 2000 am 1. Juli 2001 entstanden war. Die Versicherten sollten wieder so gestellt werden, als BGE 122 V 335 noch nicht ergangen war. Vor dieser Änderung der Rechtsprechung führte ein im Rahmen eines Revisionsverfahrens unter die Massgeblichkeitsgrenze von 10% fallender Invaliditätsgrad regelmässig zur Aufhebung der Rentenleistungen. Dagegen waren Kleinstrenten wegen der bereits nur sehr geringfügigen erwerblichen Beeinträchtigung von einer revisionsweisen Aufhebung praktisch ausgenommen, da die hierfür geforderte wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht nachzuweisen war.

2.3 Angesichts des aus der Entstehungsgeschichte eindeutig hervorgehenden Grundes und Zwecks der jungen Gesetzesänderung wie auch des hinter dem Verzicht auf Kleinstrenten stehenden Beweggrundes, nur beachtliche negative Erwerbsfolgen mittels Rente auszugleichen, kann Art. 118 Abs. 5 UVG trotz des für sich isoliert betrachtet in eine andere Richtung gehenden Wortlauts vernünftigerweise nur so ausgelegt werden, dass von der in Art. 18 Abs. 1 UVG getroffenen Neuregelung auf Gesetzesstufe jene Rentenbezüger ausgeschlossen sind, deren Invaliditätsgrad bereits zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Änderung auf weniger als 10% festgesetzt worden war. Hingegen kann dieser Bestimmung nicht der Rechtssinn zukommen, auf dem Weg von Rentenrevisionen (Art. 22 UVG [in Verbindung mit Art. 17 ATSG]) neue Kleinstrentenansprüche zu begründen.

...

Ärztliches Gutachten: Tragung der Kosten

U 547 Urteil des EVG vom 14. März 2005 i. Sa. N. (U 85/04)

■ **Ärztliches Gutachten: Tragung der Kosten (Art. 61 ATSG, Art. 43 ATSG):**

Ein Gutachter, welcher im Auftrag einer Privatperson tätig ist, untersteht nicht dem Tarifvertrag und ist an das darin enthaltene Entschädigungssystem für Gutachten nicht gebunden. Es handelt sich um einen privatrechtlichen Auftrag, welcher vom Versicherten nach obligationenrechtlichen Regeln zu entschädigen ist. Unerheblich ist, dass die Expertise der Klärung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche dient.

Daran ändert nichts, dass der Unfallversicherer möglicherweise nachträglich entschädigungspflichtig wird.

■ **Expertise médicale : Prise en charge des frais (art. 61 LPGA, art. 43 LPGA) :**

Un expert qui intervient sur mandat d'une personne privée n'est pas soumis à la convention tarifaire et n'est pas lié au système de rémunération pour les expertises prévu dans cette convention. Il s'agit d'un mandat de droit privé qui doit être rémunéré par l'assuré selon les règles du code des obligations. Il importe peu que l'expertise serve à clarifier des droits à des prestations relevant du droit des assurances sociales.

Le fait que l'assureur-accidents puisse être par la suite tenu de payer les frais de l'expertise, ne change rien à l'affaire.

■ **Perizia Medica: Portatori dei costi (art. 61 LPGA, art. 43 LPGA):**

Un perito che opera su incarico di una persona privata, non è sottoposto alla convenzione tariffale e non è legato al sistema di remunerazione per perizie previsto da detta convenzione. Si tratta di un incarico di diritto privato che l'assicurato deve remunerare secondo le disposizioni previste dal codice delle obbligazioni. Non è rilevante che la perizia serva ad accertare un diritto alle prestazioni in base al diritto delle assicurazioni sociali.

Il fatto che l'assicuratore-infornuti in un secondo tempo potrebbe eventualmente essere obbligato a rimborsare le prestazioni non è rilevante.

Auszug aus den Erwägungen :

...

2.

2.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Zu den Parteikosten gehören neben den Vertretungskosten besondere Auslagen, die für Abklärungsmassnahmen entstanden sind, welche durch den Versicherer bzw. das kantonale Versicherungsgericht anzuordnen und durchzuführen gewesen wären, an deren Stelle jedoch durch die Partei veranlasst wurden (*Ueli Kieser*, ATSG-Kommentar, Art. 61 Rz. 96). Nach der zu Art. 108 Abs. 1 lit. g UVG (gültig gewesen bis zum 31. Dezember 2002) ergangenen, unter der Herrschaft von Art. 61 lit. g ATSG weiterhin als massgebend zu betrachtenden Rechtsprechung hat der Unfallversicherer die Kosten eines vom Versicherten selbst veranlassten Privatgutachtens zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des im kantonalen Beschwerdeverfahren beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm nach dem Untersuchungsgrundsatz obliegenden Pflicht zur rechtsgenügelichen Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist. Dem allgemeinen Rechtsgrundsatz entsprechend, wonach eine Partei unabhängig von einem allfälligen Prozesserfolg die von ihr unnötigerweise verursachten oder verschuldeten Kosten selbst zu tragen hat, besteht ein Entschädigungsanspruch auch dann, wenn der Unfallversicherer in der Sache selbst obsiegt (RKUV 2004 Nr. U 503 S. 186 mit Hinweisen; BGE 115 V 62).

2.2 Die SUVA bestreitet die Pflicht zur Entschädigung des vom Versicherten eingeholten ergänzenden Gutachtens nicht ausdrücklich, auch wenn sich ihrer Meinung nach darüber streiten lässt, ob die zusätzlichen Fragen für die Beurteilung der unfallversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche unerlässlich waren. Dieser Vorbehalt ist unbegründet. Dem kantonalen Gericht ist darin beizupflichten, dass die im Ergänzungsgutachten beantworteten Fragen insbesondere zur Unfallkausalität und zur organischen oder psychischen

Natur der geltend gemachten Beschwerden für eine abschliessende Beurteilung der Ansprüche erforderlich waren. Zu einer diesbezüglichen Ergänzung des von der Invalidenversicherung angeordneten Gutachtens bestand umso mehr Anlass, als die Ärzte der Klinik B. im Bericht vom 6. Februar 2001 den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den bestehenden Beschwerden und dem Unfall im Gegensatz zu Dr. med. R. vom Ärzteteam Unfallversicherung der SUVA bejaht hatten.

3.

3.1 Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde der SUVA richtet sich gegen die vorinstanzliche Bemessung der Entschädigung. Die Anstalt rügt zunächst, dass die Vorinstanz sie zur Rückerstattung des für das Zusatzgutachten in Rechnung gestellten Betrages von Fr. 3500.– verpflichtet habe, ohne den Entscheid zu begründen und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

3.2 Nach der Rechtsprechung muss der Entscheid über die zu entrichtende Parteientschädigung in der Regel nicht begründet werden. Um eine sachgerechte Anfechtung zu ermöglichen (vgl. hiezu BGE 124 V 181 Erw. 1a mit Hinweisen), wird eine Begründungspflicht jedoch angenommen, wenn sich das Gericht nicht an vorgegebene Tarife oder gesetzliche Regelungen hält oder sofern von einer Partei aussergewöhnliche Umstände geltend gemacht werden (BGE 111 Ia 1; ZAK 1986 S. 134 Erw. 2a) oder schliesslich, wenn das Gericht die Parteientschädigung abweichend von der eingereichten Kostennote auf einen bestimmten, nicht der üblichen, praxismässig gewährten Entschädigung entsprechenden Betrag festsetzt (SVR 2000 IV Nr. 11 S. 31). Im Lichte dieser Rechtsprechung bestand für die Vorinstanz keine Pflicht, den Entscheid über die Parteientschädigung näher zu begründen. Eine Begründungspflicht ergibt sich auch nicht aus dem kantonalen Verfahrensrecht (vgl. *Christian Zünd*, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich vom 7. März 1993, Diss. Zürich 1998, § 34 Rz. 15). Entgegen den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hat die fehlende Begründung eine sachgerechte Anfechtung des kantonalen Kostenentscheids nicht verunmöglicht. Das kantonale Gericht war auch nicht gehalten, der SUVA den Entscheid vorgängig zur Stellungnahme zu unterbreiten (vgl. RKUV 2000 Nr. U 395 S. 322 Erw. 7c). Mit der erstinstanzlichen Beschwerde hat der Versicherte die Übernahme der Kosten des Zusatzgutachtens im Betrag von Fr. 3500.– beantragt. Dazu konnte sich die SUVA in der Beschwerdeantwort und der Duplik äussern, was sie denn auch getan hat, ohne sich indessen zur Höhe der Kosten für die Begutachtung zu äussern.

4.

4.1 Bei Privatgutachten bemisst sich die Entschädigung nach der Rechtsprechung nicht aufgrund der in der obligatorischen Unfallversicherung anwendbaren Medizinaltarife (Arzttarif UV/IV/MV vom 13. November 1984 bzw. Tarifvertrag Tarmed vom 28. Dezember 2001, gültig für die obligatorische Unfallversicherung ab dem 1. Mai 2003), sondern nach den Regeln des privaten Auftrags (Art. 394 ff. OR). Nach allgemeinen auftragsrechtlichen Grundsätzen hat bei Fehlen einer Vereinbarung oder Verkehrssitte gemäss Art. 394 Abs. 3 OR die Vergütung den geleisteten Diensten zu entsprechen, ihnen objektiv angemessen zu sein. Nach welchen Gesichtspunkten sie im Übrigen zu ermitteln und was bei ihrer Bemessung berücksichtigt werden darf, entscheidet sich nicht allgemein, sondern nach den Umständen des Einzelfalls, namentlich nach der Art und Dauer des Auftrags, der übernommenen Verantwortung sowie der beruflichen Tätigkeit und Stellung des Beauftragten. In Anlehnung an Art. 161 OG (Moderationsverfahren für Anwaltskosten) können bei der Festsetzung des Honorars die Schwierigkeiten und die Wichtigkeit der Streitsache, der Umfang der Arbeitsleistung und der Zeitaufwand berücksichtigt werden, insbesondere spezielle Anstrengungen, die der Klient vom Beauftragten verlangen durfte (RKUV 2000 Nr. U 362 S. 44 Erw. 3b und Nr. U 395 S. 323; Urteile S. vom 6. Mai 2002, U 395/01, Erw. 5b/bb und E. vom 1. Februar 1999, U 5/97, Erw. 7, zusammengefasst in: SZS 43/1999 S. 253 f.).

4.2 Die SUVA stellt die Richtigkeit dieser Praxis in Frage und macht geltend, ein sogenanntes Privatgutachten sei, sofern ihm Beweiskraft zukomme, nichts anderes als eine Administrativexpertise mit der Besonderheit, dass die Abklärung nicht durch den Versicherer, sondern durch den Versicherten veranlasst werde. Es bestehe kein nachvollziehbarer Grund, medizinische Gutachten, welche im Sozialversicherungsverfahren erfolgten, in Bezug auf die Entschädigung unterschiedlich zu behandeln, je nachdem, ob der Versicherer oder der Versicherte Auftraggeber sei. Der Privatgutachter wisse von Anfang an, dass die Expertise einem sozialversicherungsrechtlichen Verfahren diene, und sei sich der entsprechenden Rahmenbedingungen, einschliesslich der Pflicht, nach Tarif abzurechnen, bewusst. Der Tarifvertrag Tarmed widme den ärztlichen Gutachten ein eigenes Kapitel, wobei je nach Schwierigkeit der Begutachtung fünf Kategorien unterschieden würden und die Entschädigung in Form von Taxpunktwerten nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen festgesetzt worden sei. Dieses Entschädigungssystem sei auch auf die Privatgutachten als anwendbar zu erachten. Die gegenteilige Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts untergrabe die Officialmaxime und entziehe den zur Abklärung verpflichteten Organen die notwendige Gutachterkapazität. Sie führe zu unhaltbaren Zuständen, indem die Entschä-

digungsfrage im Voraus nicht geregelt sei und sich der Unfallversicherer im Nachhinein oft mit Forderungen konfrontiert sehe, die ausserhalb jeder Bandbreite lägen. Die Anwendung privatrechtlicher Grundsätze führe zu falschen Anreizen und zu Kostenentwicklungen, die heute nicht tolerierbar seien.

4.3 Dieser Argumentation kann nicht beigeplichtet werden. Auszugehen ist davon, dass das Privatgutachten nicht vom Unfallversicherer, sondern vom Versicherten in Auftrag gegeben wird. Weil der Gutachter im Auftrag einer Privatperson und nicht des Unfallversicherers tätig ist, untersteht er nicht dem Tarifvertrag und ist an das darin enthaltene Entschädigungssystem für Gutachten nicht gebunden. Es handelt sich um einen privatrechtlichen Auftrag, welcher vom Versicherten nach obligationenrechtlichen Regeln zu entschädigen ist. Unerheblich ist, dass die Expertise der Klärung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche dient. Vielmehr ist entscheidend, dass der Gutachter nicht im Auftrag des Unfallversicherers, sondern einer privaten Person tätig wird, auch wenn es sich dabei um eine nach UVG versicherte Person handelt. Daran ändert nichts, dass der Unfallversicherer möglicherweise nachträglich entschädigungspflichtig wird. So wenig, wie sich die versicherte Person bei einer fehlenden Entschädigungspflicht auf den geltenden Medizinaltarif berufen kann, hat der Unfallversicherer einen Anspruch darauf, dass sich eine allfällige Entschädigungspflicht des Unfallversicherers auf diejenigen Kosten beschränkt, wie sie entstanden wären, wenn er das Gutachten selbst in Auftrag gegeben hätte.

Nicht gefolgt werden kann der SUVA auch soweit sie geltend macht, die bisherige Rechtsprechung führe zu falschen Anreizen und zu nicht vertretbaren Kostenentwicklungen. Zu beachten ist, dass eine Entschädigung zu Lasten des Unfallversicherers lediglich dann Platz greift, wenn dieser auf ungenügenden tatsächlichen Grundlagen über Leistungsansprüche entschieden hat und damit der ihm obliegenden Abklärungspflicht (Art. 43 ATSG) nicht nachgekommen ist. Hätte sich die SUVA im vorliegenden Fall am Gutachten beteiligt, was unter den gegebenen Umständen angezeigt gewesen wäre, so wäre die Entschädigung gemäss Tarif erfolgt. Sie hat es damit selbst zu vertreten, dass die Rechnungsstellung für das Zusatzgutachten nicht nach Tarif, sondern privatrechtlich im Auftragsverhältnis erging. Im Übrigen trägt der Versicherte das Kostenrisiko privater Begutachtungen, weshalb nicht damit zu rechnen ist, die geltende Praxis werde dazu führen, dass von dieser Möglichkeit über Gebühr Gebrauch gemacht wird. Schliesslich bedeutet die Anwendung privatrechtlicher Regeln nicht, dass der Unfallversicherer stets die vollen in Rechnung gestellten Kosten zu übernehmen hat. Vielmehr

beschränkt sich der Anspruch auf eine unter auftragsrechtlichen Aspekten angemessene Entschädigung.

5.

5.1 Streitig ist die Entschädigung für die Beantwortung von Zusatzfragen im Rahmen eines von der IV angeordneten polydisziplinären Gutachtens. Der vom Rechtsvertreter eingereichte Fragenkatalog umfasst zehn Fragen betreffend Diagnose/Befunde (Ziff. 1 und 2), die Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden (Ziff. 3 bis 5), die Dominanz der organischen oder der psychischen Beschwerden (Ziff. 6), die Behandlungsbedürftigkeit (Ziff. 7), die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf sowie in einer zumutbaren andern Tätigkeit (Ziff. 8 und 9) und den Integritätsschaden (Ziff. 10). Die Beantwortung erfolgte separat aus neurologischer und psychiatrischer Sicht in einem Bericht von insgesamt sieben Seiten. Dabei wird teilweise auf die jeweils fachlich andere Beurteilung verwiesen. Die Beantwortung der spezifisch unfallversicherungsrechtlichen Fragen (Unfallkausalität, organisch/psychische Natur der Beschwerden, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit, Integritätsschaden) beschränkt sich auf wenige Zeilen. Detailliert Stellung genommen wird zu einem vom Rechtsvertreter eingereichten Bericht des Psychiaters Dr. med. W. vom 16. Juni 1998, wobei die entsprechenden Ausführungen teils unfallspezifischen, teils allgemeinen Charakter haben und damit teilweise im Rahmen der IV-Begutachtung erfolgten. Anhaltspunkte dafür, dass im Hinblick auf die Beantwortung der Ergänzungsfragen in wesentlichem Umfang zusätzliche Untersuchungen durchgeführt worden sind, ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Es ist anzunehmen, dass der unfallspezifische Abklärungsaufwand verhältnismässig gering war. Das Gleiche gilt in Bezug auf den Arbeits- und Zeitaufwand für die Beantwortung der Zusatzfragen, welche in Kurzform erfolgte und nicht von besonderer Schwierigkeit war. Von einer komplexen Kausalitätsbeurteilung kann nicht gesprochen werden.

Im Lichte der für die Bemessung der Entschädigung massgebenden Kriterien (Art und Dauer des Auftrags, der übernommenen Verantwortung sowie der beruflichen Stellung des Beauftragten einerseits sowie Schwierigkeit und Wichtigkeit der Streitsache, Umfang der Arbeitsleistung und Zeitaufwand andererseits) lässt sich das in Rechnung gestellte Honorar von Fr. 3500.– für die Beantwortung der Zusatzfragen nicht rechtfertigen. Einen solchen Betrag hat das Eidgenössische Versicherungsgericht beispielsweise für ein umfassendes neurologisches Gutachten als vertretbar erachtet (Urteil S. vom 19. April 2000, U 264/99). In weiteren Fällen wurde bei fachärztlichen Gutachten von Stundenansätzen von Fr. 200.– (Urteil E. vom 1. Februar 1999, U 5/97, Erw. 7) und Fr. 250.– (Urteil S. vom 6. Mai 2002, U 395/01, Erw. 5b/bb) ausgegangen. Wird dem vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der seithe-

rigen Lohn- und Preisentwicklung sowie der Tatsache, dass es sich um eine polydisziplinäre Beurteilung durch eine medizinische Abklärungsstelle handelt, ein Stundenansatz von Fr. 300.– zugrunde gelegt, so entspricht der für die Beantwortung der Zusatzfragen in Rechnung gestellte Betrag einem Arbeitsaufwand von knapp zwölf Stunden, was nach den gesamten Umständen als übersetzt zu betrachten ist. Soweit die Vorinstanz dem Versicherten die volle Entschädigung des in Rechnung gestellten Betrages gewährt hat, lässt sich der Entscheid mit den massgebenden Bemessungskriterien nicht vereinbaren und hält damit vor Bundesrecht nicht stand.

5.2 Nicht gefolgt werden kann auch der Auffassung der SUVA, wonach die Entschädigung auf höchstens Fr. 500.– festzusetzen sei. Nachdem die mit dem Zusatzgutachten beauftragte medizinische Abklärungsstelle auch auf Rückfrage der SUVA keine konkreten Angaben zum Arbeitsaufwand für die Beantwortung der Zusatzfragen gemacht hat, fehlt es an hinreichenden Grundlagen für die Bemessung der Entschädigung. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die für die Bemessung der Entschädigung erforderlichen Auskünfte einhole und über den Anspruch anhand der bundesrechtlichen Bemessungsregeln neu entscheide. Neu zu befinden hat das kantonale Gericht auch über die in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde angefochtene Zusprechung einer Parteientschädigung (Anwaltskosten) zu Lasten der SUVA.

Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischer Fehlentwicklung nach Unfall

U 548 Urteil des EVG vom 28. Februar 2005 (U306/04)

- **Adäquater Kausalzusammenhang bei psychischer Fehlentwicklung nach Unfall (Art. 6 Abs. 1 UVG):**

Beispiel für einen (höchstens) mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den Bagatellunfällen: Unmittelbar nach Einschlagen des Hornussenspiels wollte der Versicherte aus dem Stand herauslaufen, um die durch die intensive Drehbewegung des Oberkörpers freigesetzte Rotationsenergie zu vernichten; dabei blieb der linke Fuss am Boden haften, wodurch der Energieschub auf den Rücken einwirkte (akut einschliessender Schmerz) und der Versicherte ein massives Rotationsstrauma erlitt. – Adäquater Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und starkem Rückenleiden mit dominanter Konversions- bzw. somatoformer Schmerzstörung verneint (Erw. 3).

- **Lien de causalité adéquate en cas de trouble du développement psychique après un accident (art. 6, al. 1, LAA):**

Exemple d'un accident (tout au plus) de gravité moyenne, situé à la limite des accidents insignifiants ou de peu de gravité: juste après avoir frappé le hornus, l'assuré a voulu quitter rapidement l'aire de lancement pour compenser l'énergie de rotation libérée par le mouvement rotatif intense du haut de son corps; son pied gauche est toutefois resté colé au sol, ce qui a provoqué une poussée d'énergie dans son dos (douleur aiguë subite) et l'assuré a souffert d'un fort traumatisme de rotation. – Négation du lien de causalité adéquate entre l'accident et les fortes douleurs du dos avec trouble de conversion dominant, respectivement trouble douloureux de forme somatique (cons. 3).

- **Nesso causale adeguato in caso di disfunzione psichica in seguito a infortunio (art. 6 cpv. 1 LAINF):**

Esempio di un infortunio di media entità (al massimo) al limite dell'infortunio-bagatella: nel corso di una partita di hornussen, immediatamente dopo una battuta, l'assicurato intendeva uscire rapidamente dalla piattaforma di battuta per neutralizzare l'energia di rotazione sprigionata dal violento movimento rotatorio della parte superiore del corpo; nel far questo, il piede sinistro è rimasto immobile così

che la spinta d'energia si è ripercossa sulla schiena (dolore acuto) con il risultato che l'assicurato è rimasto vittima di un trauma di rotazione. – È negato il nesso causale adeguato tra l'infortunio e il forte dolore dorsale con disturbo doloroso dominante di conversione o disturbo somatoforme (cons. 3).

Auszug aus den Erwägungen:

...

3.

Strittig ist der von der Beschwerdegegnerin verfügte und vorinstanzlich bestätigte Fallabschluss (Einstellung sämtlicher Leistungen aus dem Ereignis vom 16. März 1997) per 31. März 1999.

3.1 Mangels eines objektiv klar nachweisbaren organischen Substrats der geklagten Beschwerden ging die Vorinstanz von einem – die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (zu 50%–100%) beeinträchtigenden – Beschwerdebild ausschliesslich psychischer Genese aus. Die ausgeprägten bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen (vorwiegend tief lumbal mit Ausstrahlung in die Beine) schrieb sie dabei den ärztlichen Diagnosen einer in Zusammenhang mit der einfachen, narzisstisch und histrionisch gefärbten Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers stehenden bunten Konversionssymptomatik (ICD-10: F.44.7; Gutachten des Medizinischen Zentrums Z. vom 20. Juni 2001; bestätigt durch die Berichte des versicherungsinternen Arztes Dr. med. H. [vom 25. Juli 2001] und des beratenden Psychiaters Dr. med. C. [vom 22. August 2001]) bzw. einer Konversionsstörung mit Schmerzausdehnung zu (Gutachten der Klinik W. vom 20. März 2003, wo auch von einer somatoformen Schmerzstörung die Rede ist). Das Gericht bejahte in der Folge einen zumindest teilweisen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. März 1997 und dem aktuellen Gesundheitszustand, bestätigte jedoch in Anwendung der Rechtsprechung zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen (BGE 115 V 133 ff.) die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass jedenfalls ab 1. April 1999 die erforderliche Adäquanz der Kausalbeziehung und damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht mehr gegeben sei.

3.2 Die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall und den persistierenden Beschwerden wird – angesichts der Aktenlage sowie im Lichte der zutreffenden vorinstanzlichen Erwägungen zu Recht – von keiner Seite mehr in Frage gestellt, weshalb es sich rechtfertigt, die richterliche Überprüfung auf die umstrittene Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu beschränken.

3.2.1 Entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz den adäquaten Kausalzusammenhang nach der Rechtsprechung zu psychischen Folgeschäden (BGE 115 V 133 ff., insb. 140 Erw. 6c/aa) beurteilt hat. Unzutreffend ist der diesbezüglich erhobene Einwand des Beschwerdeführers, das beim Hornussen erlittene Torsionstrauma mit nicht klar nachweisbaren körperlichen Unfallfolgen (insbesondere einer nicht objektivierbaren hohen Schmerzempfindlichkeit) sei mit einem Schleudertrauma bzw. einem äquivalenten Verletzungsmechanismus (praxisgemäss: Kopfanprall mit Abknicken der HWS; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2l) vergleichbar, weshalb die hierzu ergangene Rechtsprechung mit ihrer fehlenden Differenzierung zwischen psychischen und physischen Beschwerden analog zur Anwendung gelangen müsse. Das spezifische gemeinsame Merkmal der unter die Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 366 ff. fallenden Verletzungen ist eine unvermittelte Krafteinwirkung auf die Halswirbel- bzw. Kopf-/ Nackenregion und das – in manchen Fällen – daraus entstehende typische, komplexe Beschwerdebild (Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw.; BGE 117 V 360 Erw. 4b). Für eine Einwirkung der erwähnten Art bestehen im vorliegenden Fall jedoch keinerlei Anhaltspunkte; namentlich weisen weder der Rotationsmechanismus, wie er sich im Falle des Beschwerdeführers ereignet hat, noch der anschliessend eingetretene und nunmehr chronifizierte Schmerzzustand im Rücken- und Beinbereich eine Ähnlichkeit zu einer HWS-Distorsion mit ihrem typischen Beschwerdebild auf. Ist aber – wie hier – ein Schleudertrauma der HWS (oder Schädel-Hirn-Trauma) bzw. eine äquivalente Verletzung auszuschliessen, sind die im Anschluss an einen Unfall eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigungen, für die ein natürlicher Kausalzusammenhang medizinisch zwar angenommen wird, jedoch nicht oder nicht hinreichend organisch nachweisbar ist, ohne Weiteres nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zu beurteilen (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b; RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79). Folgte man der Argumentation des Beschwerdeführers, liefe dies im Ergebnis auf eine Aufhebung der in den Rechtsprechungslinien gemäss BGE 117 V 366 ff. und 115 V 133 ff. vorgenommenen Differenzierung hinaus, wozu mitnichten Anlass besteht.

3.2.2 Hinsichtlich der adäquanzrechtlich nach objektiven Gesichtspunkten (BGE 124 V 44 Erw. 5c/aa, 115 V 139 Erw. 6) und ohne Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten (RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 ff.; Urteil P. vom 7. August 2003 [U 290/02] Erw. 4 mit

zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung) vorzunehmenden Kategorisierung der Unfallschwere hat die Vorinstanz das Ereignis vom 16. März 1997 als mittelschwer, angrenzend an die leichten Unfälle, qualifiziert. Dem ist angesichts des augenfälligen Geschehensablaufs – programmwidriger Ablauf einer intensiven Drehbewegung des Oberkörpers aus dem Stand mit einschliessenden akuten Kreuzschmerzen – beizupflichten. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers klar ausser Betracht fällt eine Zuordnung zu den schwereren Unfällen im mittleren Bereich bzw. im Grenzbereich zu den schweren Unfällen. Solche hat das Eidgenössische Versicherungsgericht etwa in folgenden Fällen angenommen (nebst den nachfolgenden Bsp. siehe auch die Übersicht in RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122 ff. Erw. 4b/bb; vgl. ferner RKUV 1999 Nr. U 335 S. 208 f. Erw. 3b/aa und bb):

- Reifenplatzer auf der Autobahn bei ca. 95 km/h mit anschliessendem Überschlagen des Fahrzeugs auf das Dach (unveröffentlichte Erw. 3.3.2 des Urteils BGE 129 V 323);
- Überschlagen eines Fahrzeuges infolge Reifenplatzers mit Kontusionen an Thorax, Schultern und Halswirbelsäule der Versicherten (nicht veröffentlichtes Urteil G. vom 10. November 1992 [U 68/91]);
- Herausschleudern eines Versicherten durch das Fenster eines Autos nach Frontalzusammenstoss, wobei er mit dem Bein bis zur Hüfte im umgestürzten Wagen eingeklemmt blieb und sich eine Gehirnerschütterung, eine Kopfverletzung, einen Mittelhandbruch und Verletzungen in der Leistengegend zuzog (nicht veröffentlichtes Urteil B. vom 8. April 1991 [U 47/90]);
- Angriff zweier scharfer Wach- und Schutzhunde mit einer Widerristhöhe bis 72 cm und einem Gewicht bis 45 kg, welcher zu einer Rissquetschwunde, mehreren zum Teil klaffenden Fleischwunden, ausgedehnten Hämatomen sowie Schürfwunden führte (Urteil J. vom 16. Juli 2001 [U 146/01]);
- ausser Kontrolle geratener Einsturz eines Garagengebäudes, wobei es durch die einstürzende Seitenwand des Gebäudes zu einer erheblichen Gewaltwirkung auf den Versicherten kam mit verschiedenen Frakturen und anderen Verletzungen als Folge (Urteil P. vom 10. Juli 2000 [U 89/99]);
- Sturz aus rund 6-8 Metern auf den mit Bauschutt und Erde bedeckten Boden mit Halswirbelbruch (Urteil M. vom 8. Februar 2000 [U 167/99]);
- Sturz aus einer Höhe von etwa 7-8 Metern auf einen Humusboden (Urteil G. vom 8. Oktober 2004 [U 168/04]).

Bereits diese wenigen Beispiele aus der Praxis lassen deutlich werden, dass sich eine Einordnung des Ereignisses vom 16. März 1997 im Bereich der schwereren Unfällen nicht rechtfertigt, fehlt es doch an einer vergleichbaren (Gewalt-)Einwirkung auf den Körper. Nichts am objektiv relativ harmlosen, augenfälligen Geschehensablauf ändert die Annahme eines aufgrund der

starken Schwungbewegung beim Einschlagen des Hornussenspiels «massiven Rotationstraumas der LWS» (so das Gutachten des Prof. Dr. med. A. vom 21. Februar 1998). Ebenfalls keine abweichende Beurteilung rechtfertigt der Umstand, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Ereignis einen Gefühlsverlust in den Beinen wahrnahm. Die subjektiv empfundene motorische Lähmung (so Dr. med. F. im Bericht vom 23. September 1997) mag den Unfall aus Sicht des Betroffenen zwar als relativ schwer erscheinen lassen; für die Kategorisierung der Unfallschwere, welche sich allein nach objektiven Gesichtspunkten zu richten hat (s. oben), ist dies jedoch unbeachtlich. Es bleibt mithin bei der vorinstanzlichen Einstufung des Vorfalls vom 16. März 1997 in der Skala der leichteren Unfällen im mittleren Bereich.

3.2.3 Sowohl einem mittelschweren wie auch im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufter oder auffallender Weise gegeben sind (vgl. BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa; vgl. auch BGE 123 V 100 Erw. 2c).

3.2.3.1 Eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vom 16. März 1997 oder besonders dramatische Begleitumstände hat die Vorinstanz richtigerweise verneint. Zwar ist dem Umstand, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem misslungenen Auslaufen aus dem Stand und einer daraus folgenden, zu starken Drehbewegung seines Oberkörpers mit akut einschliessendem Kreuzschmerz zusammenbrach, daraufhin von seinen Kollegen zu einem Baum getragen wurde, an welchem er sich erfolglos hochziehen versuchte, und schliesslich mit subjektivem Gefühlsverlust in den Beinen notfallmässig ins Spital eingeliefert werden musste, eine gewisse Dramatik nicht gänzlich abzusprechen; diese kann jedoch – auch mit Blick auf das breite Spektrum möglicher, weit spektakulärerer und folgenschwererer Zwischenfälle bei sportlichen Betätigungen – nicht als besonders gelten, woran entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers das (für Unfälle im Übrigen typische) Überraschungsmoment nichts ändert.

3.2.3.2 Von schweren oder besonders gearteten Verletzungen, welche geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung der eingetretenen Art auszulösen, kann angesichts des erlittenen LWS-Torsionstraumas (ohne organisch klar nachweisbare Läsionen) – auch wenn es als massiv eingestuft wird – nicht gesprochen werden. Ergänzend zu den diesbezüglich zutreffenden Erwägungen der Vorinstanz ist die Stellungnahme des Psychiaters Dr. med. C. vom 22. August 2001 zu erwähnen, worin unter Hinweis auf die einfache Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers mit histrionischen und narzisstischen Zügen sowie einer neurotischen Autoritätsproblematik ausgeführt wird, das Ereignis vom 16. März 1997 mit einschliessendem Schmerz sei zwar geeignet gewesen, im psychischen Bereich eine Anpassungsstörung auszulösen; Anpassungsstörungen würden aber in der Regel nicht länger als ein halbes Jahr dauern, wobei eine leicht depressive Störung über zwei Jahre nach dem Ereignis persistieren könne. Vor diesem Hintergrund ist – selbst in Anbetracht der zu berücksichtigenden weiten Bandbreite der Versicherten (BGE 129 V 181 ff. Erw. 3.3 mit Hinweisen) – die organisch nicht klar nachweisbare Verletzung vom 16. März 1997 nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet, eine psychische Störung mit anhaltender Erwerbsunfähigkeit herbeizuführen.

3.2.3.3 Im Lichte der Aktenlage hat die Vorinstanz auch eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung sowie einen schwierigen Heilungslauf und erhebliche Komplikationen zu Recht verneint, wogegen auch in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nichts eingewendet wird.

3.2.3.4 Mit Bezug auf das vorinstanzlich als nicht erfüllt erachtete Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung räumt der Beschwerdeführer implizit selbst ein, dass davon nur bei einer (hier nicht in Betracht fallenden; vgl. Erw. 3.2.1 hievor) Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 366 ff. abzuweichen wäre. Anzufügen bleibt, dass das genannte Adäquanzkriterium nach der hier massgebenden Praxis zu psychischen Folgeschäden auch dann zu verneinen wäre, wenn man – abweichend vom vorinstanzlich (zu Recht) als ausschlaggebend erachteten Gutachten der Klinik W. vom 20. März 2003 – der Auffassung von Prof. Dr. med. A. (Gutachten vom 21. Februar 1998) folgen würde, dass der Beschwerdeführer beim erlittenen Rotationstrauma (ohne nachweisbare Fraktur) mit hoher Wahrscheinlichkeit eine leichte bis mässige Contusio spinalis (Rückenmarkkontusion) erlitten hat und die ärztliche Behandlung demnach nicht als ausschliesslich psychisch bedingt bezeichnet werden könnte. Tatsache bliebe auch in diesem Fall, dass die eigentliche ärztliche Behandlung des lumbalen Leidens von verhältnismässig kurzer Dauer war. Nach (erfolglosen) konservativen Therapien und ambulanten physikalischen Therapien im März/April 1997

verordneten die Ärzte im Mai/Juni/August 1997 lediglich noch Schmerzmittel, und mangels therapeutischer Optionen wurde die somatisch-rheumatologische Behandlung im August 1997 für abgeschlossen erklärt (Bericht des Spitals Y. vom 8. August 1997). Im September 1997 entschloss sich der Versicherte zur Anpassung eines Wirbelsäulenenlastungsgeräts (Korsett). Spätestens ab jenem Zeitpunkt liefern die Akten keine Hinweise mehr auf eine – körperlich bedingte – ärztliche Behandlung. Ausnahme bildet eine zwecks Linderung verstärkter Schmerzen im Dezember 1998 ambulant durchgeführte Testanästhesie L5/S1 (nach einer versuchten Discographie L3/L4 und L4/L5 Mitte Oktober 1998), die allerdings nicht den erhofften Erfolg brachte, sodass auf weitere Anästhesien verzichtet wurde. In den späteren Stellungnahmen rieten die Ärzte mit Blick auf die ihres Erachtens klar im Vordergrund stehende psychische Problematik zu einer – gemäss BGE 115 V 133 ff. bei der Adäquanzprüfung nicht zu berücksichtigenden – psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung (Gutachten des Medizinischen Zentrums Z. vom 2. Juni 2001; Gutachten der Klinik W. vom 20. März 2003 [parallel dazu eine physiotherapeutische Behandlung der im Hintergrund stehenden somatischen Behinderung empfohlen]). Nachdem mithin die körperlich bedingte ärztliche Behandlung bereits im August 1997 weitestgehend abgeschlossen war und lediglich nur noch punktuell schmerzlindernde Massnahmen ergriffen wurden, ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Behandlungsdauer auch bei unterstelltem organischem Kern des Leidens im Sinne des Gutachtens von Prof. Dr. med. A. zu verneinen.

3.2.3.5 Wie es sich mit den vorinstanzlich ebenfalls verneinten Kriterien einer hinsichtlich Grad und Dauer erheblichen, physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sowie körperlicher Dauerschmerzen verhält, bedarf keiner abschliessenden Prüfung. Denn auch bei Erfüllung (nur) dieser beiden Kriterien reichte dies praxismässig nicht aus, um dem Unfall vom 16. März 1997 eine – adäquanzrechtlich – massgebende Bedeutung für die über den 31. März 1999 hinaus bestehende Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers zuzuschreiben. Soweit im Übrigen Dauerschmerzen und langdauernde, erhebliche Arbeitsunfähigkeit in besonders ausgeprägter bzw. auffallender Weise gegeben sind, kann jedenfalls dieses *besondere* Ausmass und diese *auffallende* Intensität (vgl. Erw. 3.2.3 hievor) nicht als körperlich bedingt erachtet werden, zumal bereits im Bericht des Spitals Y. vom 16. Mai 1997 nebst einem «somatischen Kern einer Chondrose L4/5» von einer «sekundären wahrscheinlich massgeblich beteiligten Schmerzverarbeitungsstörung» die Rede war, diese sodann im Bericht desselben Spitals vom 8. August 1997 im Zusammenhang mit dem «chronifizierten Erkrankungsverlauf mit weitgehender Alltagsinvalidisierung» bestätigt (unter Feststellung «weitgehend fehlender somatischer Ursachen» bzw. Verneinung einer «relevanten somati-

schen Pathologie») und die Dominanz einer das Schmerzgeschehen prägenden psychischen Problematik auch später – mit Ausnahme der ausdrücklich abweichenden Beurteilung von Prof. Dr. med. A. vom 21. Februar 1998 – wiederholt bekräftigt und diagnostisch untermauert wurde (Berichte des Spitals Y. vom 25. August 1997 [Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, ICD-10: F 45.4] und des Dr. med. F. vom 23. September 1997 [somatoforme Schmerzstörung], Gutachten des Medizinischen Zentrums Z. vom 20. Juni 2001 [Konversionssymptomatik; ICD - 10: F 44.7], Berichte der Dres. med. H. und C. vom 25. Juli und 22. August 2001 [je Bestätigung des Gutachtens vom 20. Juni 2001], Gutachten der Klinik W. vom 20. März 2003 [Konversionsstörung mit Schmerzausdehnung]). Angesichts der hier notwendigen Ausklammerung psychischer Faktoren (BGE 115 V 133 ff.) könnte daher den genannten Kriterien weder für sich allein noch gemeinsam ausschlaggebendes Gewicht (vgl. Erw. 3.2.3 hievord) beigemessen werden.

3.3 Nach dem Gesagten ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den aktuell geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 16. März 1997 zu verneinen. Mit der Vorinstanz ist daher die verfügte Leistungseinstellung per 31. März 1999 – welches Datum sich im Wesentlichen auf die Angaben des Psychiaters Dr. med. C. (Bericht vom per 31. März 1999) zum zeitlichen Verlauf von Anpassungsstörungen stützt, aber selbst im Lichte des Gutachtens des Prof. Dr. med. A. vom 21. Februar 1998 (S. 12) als angemessen zu beurteilen ist – zu bestätigen.

Schleudertrauma der HWS

U 549 Urteil des EVG vom 15. März 2005 i. Sa. C. (U 380/04)

■ **Schleudertrauma der HWS (Art. 6 UVG):**

Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges im Fall eines Auffahrunfalles, welcher in die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingereiht wurde (Erw. 5 mit diversen Hinweisen).

■ **Accident de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (art. 6 LAA):**

Appréciation du lien de causalité adéquate dans le cas d'un télescopage qui a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (cons. 5 avec divers renvois).

■ **Traumatismo cervicale di contraccolpo (art. 6 LAINF):**

Valutazione del nesso causale adeguato nel caso di una collisione che è stata classificata nella categoria degli avvenimenti di media entità, al limite degli infortuni di lieve entità (cons. 5 con vari riferimenti).

Auszug aus den Erwägungen:

...

5.

5.1 Während Vorinstanz und Unfallversicherer den Vorfall vom 22. August 2000 im Rahmen der Einteilung, wie sie rechtsprechungsgemäss für die Belange der hier vorzunehmenden Adäquanzprüfung massgeblich ist (BGE 117 V 366 f. Erw. 6a), als mittelschweres Geschehnis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ansiedelte, vertritt der Beschwerdeführer den Standpunkt, dass von einem mittelschweren Unfall auszugehen sei.

5.1.1 Die Akten enthalten zwar, zumal auch keine Polizei beigezogen worden ist, keine näheren Einzelheiten zum Unfallhergang. Ohne dass es weiterer Abklärungen bedürfte, ist auf Grund der Angaben des Beschwerdeführers

gegenüber dem Unfallversicherer («Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen» vom 14. Dezember 2000) und den involvierten Ärzten (so u.a. der Bericht des Dr. med. M. vom 26. Mai 2002) mit dem kantonalen Gericht davon auszugehen, dass der Versicherte am 22. August 2000 einen Auffahrunfall erlitt, indem er vor einem Fahrzeug, das nach links abbiegen wollte, anhielt, ein nachfolgender Personenwagen in ihn hineinfuhr und er dadurch in den vor ihm stehenden Wagen gestossen wurde. Das Fahrzeug des Versicherten wurde dabei an der Stossstange sowie am Heck beschädigt, was Reparaturkosten in Höhe von rund Fr. 2255.– nach sich zog.

5.1.2 Für die Qualifikation eines Unfalles als schwer, mittelschwer oder leicht ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen (BGE 117 V 366 Erw. 6a). Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug werden dabei regelmässig in die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingereiht (vgl. die in SZS 2001 S. 432 ff. erwähnten Urteile A. vom 29. Dezember 1998, U 100/97, und V. vom 30. Juni 1997, U 231/96; ferner Urteile M. vom 12. Juli 2002, U 34/02, Erw. 4a sowie T. vom 6. Februar 2002, U 61/00, Erw. 3a, je mit diversen Hinweisen). Hiervon abzuweichen besteht vorliegend, wie im angefochtenen Entscheid und durch die Beschwerdegegnerin (vgl. auch deren letztinstanzliche Vernehmlassung vom 2. Dezember 2004, S. 4 f.) einlässlich dargelegt wurde, keine Veranlassung. Insbesondere rechtfertigt der Umstand, dass der Personenwagen des Beschwerdeführers durch den Aufprall in das vor ihm stehende Fahrzeug geschoben wurde, bei objektiver Betrachtungsweise und unter Berücksichtigung der gesamten Verhältnisse keine andere Beurteilung. Das vom Versicherten zitierte Urteil H. vom 19. Mai 2004, U 330/03, dem ebenfalls eine Doppelkollision zu Grunde lag, unterscheidet sich insofern erheblich vom hier vorliegenden Sachverhalt, als sich der Unfall auf der Autobahn und nicht im Stadtverkehr und damit – auch der Schilderung des Unfallherganges nach zu schliessen – bei relativ hoher Fahrgeschwindigkeit ereignete.

5.2 Die Adäquanz des Kausalzusammenhanges ist folglich zu bejahen, falls ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; Dauerbeschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; erheblicher Grad und lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit) in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 117 V 367 f. Erw. 6b mit Hinweis).

5.2.1 Der Unfall vom 22. August 2000 trug sich unbestrittenermassen weder unter besonders dramatischen Begleitumständen zu, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit.

5.2.2 Es bestehen sodann keinerlei Anzeichen für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen verschlimmert hätte.

5.2.3 Ferner vermag die Diagnose eines Schleudertraumas sowie einer HWS-Distorsion das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen (u.a. Urteile M. vom 7. August 2003, U 346/02, Erw. 5.2 und B. vom 22. Mai 2002, U 339/01, Erw. 4c, je mit Hinweis). Entgegen der Betrachtungsweise des Beschwerdeführers sind keine Anhaltspunkte erkennbar, die als in diesem Sinne aggravierende Faktoren zu betrachten wären. Namentlich verfügte er – im Gegensatz zu der dem von ihm erwähnten Urteil M. vom 20. März 2003, U 125/01, zu Grunde liegenden Konstellation – über eine Kopfstütze und war im Moment des Aufpralls angegurtet («Angaben zum Unfallhergang» vom 4. Juli 2001). Überdies führen weder der Umstand der Doppelkollision – und der damit verbundene so genannte Resonanzeffekt –, wie bereits das Urteil H. vom 19. Mai 2004, U 330/03, Erw. 2.3.1 belegt, noch die Körpergrösse des Beschwerdeführers (184 cm) ohne zusätzliche, sich erschwerend auf das Verletzungsbild auswirkende Kräfte zur Bejahung des fraglichen Kriteriums. Solche können insbesondere nicht im Blick in den Rückspiegel – und dem dabei leicht seitlich abgedrehten Kopf (vgl. die Angaben im «Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen» vom 14. Dezember 2000 und im Bericht des Dr. med. M. vom 26. Mai 2002) – gesehen werden, zumal der Versicherte nachträglich eine aufrechte, gerade Kopfhaltung und einen unerwartet erfolgten Zusammenstoss behauptet («Angaben zum Unfallhergang» vom 4. Juli 2001; Berichte des Dr. med. F. vom 24. Februar 2003 und des Dr. med. Z. vom 31. März 2003).

5.2.4 Bezüglich der Dauer der ärztlichen Behandlung ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach der Unfallerstversorgung am 22. August 2000 zwar wiederholt, jedoch zum Teil mit erheblichen zeitlichen Unterbrüchen, verschiedene Fachärzte und -ärztinnen zur Abklärungsdiagnostik aufgesucht hat. So sind, wie den aktenkundigen Behandlungsabrechnungen entnommen werden kann, im Unfalljahr insgesamt – neben regelmässiger ambulanter Physiotherapie – vier ärztliche Untersuchungen in der Klinik S. durchgeführt worden. Im Jahre 2001 konsultierte der Versicherte die Spezialisten der Klinik S. im März vier- sowie im Mai zweimal. Von Januar bis Ende Juli 2001 unterzog er sich ferner teilweise mehrmals monatlich physiotherapeutischen Vorkehren. Am 10. Juli, 17. und 27. August, 4. und 11. September, 20.

November sowie 11. und 18. Dezember 2001 begab er sich alsdann in Behandlung bei Dr. med. R., FMH für Physikalische Medizin. Während des Zeitraums vom 8. Januar bis 2. April 2002 liess der Beschwerdeführer sich gesamthaft 18-mal beim Zentrum C. beraten und therapieren (Elektro-, Wärme- und Phytotherapie, Akupunktur, Schröpfen, Tuina-Massagen) und wurde am 19. Februar, 25. März und 24. Juni 2002 durch Dr. med. K., Allgemeine Medizin FMH, Homöopathie SVHA, sowie am 10., 16. Mai und 22. Mai 2002 in der Praxis des Dr. med. U. behandelt. Vom 8. April bis 25. Juni 2002 sowie vom 9. Dezember 2002 bis 1. März 2003 suchte der Versicherte mehrfach den Chiropraktor Dr. A. auf und nahm am 22. Mai, 27. Juni sowie 1. Juli 2002 weitere physiotherapeutische Massnahmen in Anspruch. Seit anfangs 2003 bei Frau Dr. med. H. in Behandlung stehend erfolgten zusätzliche neurologische Untersuchungen am 24. Februar 2003 durch Dr. med. F. sowie am 28. März und 1. Mai 2003 durch Dr. med. Z.. Ferner fand der Versicherte sich am 1. April 2003 zur ambulanten Sprechstunde in der Station für Schmerztherapie des Spitals B. ein und liess – nach Lage der Akten jedenfalls im April und Mai 2003 – chinesische Akupunkturbehandlungen in der Praxis I. durchführen. In der zweiten Hälfte des Jahres 2003 konsultierte er schliesslich Frau Dr. med. R. sowie Frau Dr. med. J., Innere Medizin FMH. Daraus wird ersichtlich, dass sich die ärztliche Behandlung im Unfalljahr auf etwa eine Konsultation im Monat beschränkte und im ersten Halbjahr 2001 lediglich während der Monate März und Mai stattfand. Ab Juli 2001 intensivierte sich die Behandlungsfrequenz für ca. ein Jahr, um ab Juli bis anfangs Dezember 2002 wiederum zu stagnieren. Für 2003 ist abermals ein Anstieg der ärztlichen und therapeutischen Vorkehren zu verzeichnen. Gesamthaft betrachtet kann bei dieser Sachlage nicht von einer spezifischen, zielgerichteten ärztlichen Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gesprochen werden, erschöpften sich die unregelmässig durchgeführten Konsultationen doch weitgehend in Verlaufskontrollen sowie in der Verordnung manualtherapeutischer Massnahmen (u.a. Urteile S. vom 8. April 2002, U 357/01, Erw. 3c/bb und B. vom 22. Mai 2002, U 339/01, Erw. 4c). Überdies ist eine Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich (Urteile H. vom 19. Mai 2004, U 330/03, Erw. 2.3.2 und H. vom 30. Mai 2003, U 353/02, Erw. 3.3).

5.2.5 Der Versicherte nahm die Arbeit nach dem Unfall (vom 22. August 2000) ab 25. August 2000 zu 50% sowie ab 5. September 2000 wiederum zu 100% auf (Berichte der Klinik S. vom 11. Oktober und 14. Dezember 2000 sowie 9. Januar und 21. Mai 2001). Nachdem er anfangs März 2001 einen erneuten Beschwerdeschub erlitten hatte, wurde für den 6. und 8. März 2001

eine volle, vom 10. bis 16. März 2001 eine 50%ige, vom 23. bis 27. März 2001 eine volle, am 30. März 2001 eine 50%ige und vom 4. bis 6. April 2001 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (Bericht des Dr. med. M. vom 26. Mai 2002). Abermals ein 100%iges Leistungsvermögen bestand sodann vom 21. Januar bis 1. Februar 2002 (Berichte der Frau Dr. med. K., Zentrum C., vom 7. Februar und 10. April 2002 sowie des Dr. med. M. vom 26. Mai 2002). Vom 8. bis 20. April 2002 wurde der Beschwerdeführer alsdann zu 100%, vom 21. April bis 11. Mai 2002 zu 50% sowie vom 11. bis 14. Dezember 2002 wiederum zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Berichte des Dr. A. vom 25. Juni und 14. Dezember 2002). Frau Dr. med. H. bescheinigte dem Versicherten ferner für die Zeit vom 13. bis 17. Januar 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 20. bis 24. Januar 2003 von 50%, vom 3. bis 7. März 2003 sowie vom 10. bis 14. März 2003 von 100% und vom 17. bis 28. März 2003 von 50% (Bericht vom 27. Februar 2003, Zeugnisse vom 16. und 23. Januar sowie 4. und 13. März 2003). Mit Bericht vom 31. März 2003 empfahl Dr. med. Z. dem Versicherten, den Arbeitgeber um eine vorübergehende krankheitsbedingte Reduktion des Pensums auf 70 bis 80% zu ersuchen. Am 1. Mai 2003 erachtete derselbe Arzt den Beschwerdeführer sodann als «vorläufig» zu 100% arbeitsunfähig (Bericht vom 8. Mai 2003). Frau Dr. med. J. bestätigte in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 31. Juli 2003, von 30% ab 1. August 2003 sowie von 25 bis 50% ab 16. Oktober 2003. Am 3. November 2003 bescheinigte Frau Dr. med. R. dem Versicherten alsdann eine Arbeitsunfähigkeit als Informatiker von ca. 50%.

Diese Angaben zeigen, dass es beim Beschwerdeführer auf Grund von Rezidiven zwar immer wieder zu Phasen der Arbeitsunfähigkeit gekommen ist, er aber auch über längere Perioden hinweg – so von anfangs September 2000 bis März 2001, von Mitte April 2001 bis Ende Januar 2002, von anfangs Februar bis anfangs April 2002, von Mitte Mai bis anfangs Dezember 2002, von Mitte Dezember 2002 bis Mitte Januar 2003 sowie von Ende Januar bis anfangs März 2003 – als uneingeschränkt leistungsfähig betrachtet wurde. Entgegen den Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde bestanden folglich nicht nur die vom Versicherten einzig auf gutes Ressourcenmanagement zurückgeführten beiden beschwerdefreien Intervalle nach dem Unfall («Vorunfallzustand») sowie von Ende Mai bis Ende September 2002 (Ferienrekonvaleszenz). Die während des Beurteilungszeitraums geltend gemachten weiteren leidensbedingten Einschränkungen (reduzierte Arbeitseinsätze, Bezug von Ferien- statt Krankheitstagen etc.) mögen, soweit ausgewiesen, zwar zutreffen, ändern aber nichts daran, dass es dem Beschwerdeführer – anders als beispielsweise in den in RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff. Erw. 3d/aa exemplarisch aufgezählten Fällen oder in dem von ihm zitierten Urteil

H. vom 21. Oktober 2003, U 45/03, Erw. 3.2.1 – doch über weite Strecken möglich war, einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Ungeachtet des Verlaufs des Leistungsvermögens seit März 2003 kommt dem Grad und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die Adäquanzbeurteilung vor diesem Hintergrund keine erhebliche Bedeutung zu (vgl. auch SZS 2001 S. 439 f.).

5.2.6 Was das Kriterium der Dauerbeschwerden anbelangt, ergibt sich aus den Akten, dass sich der Gesundheitszustand zeitweise besserte und die ärztliche Behandlung in ihrer Frequenz verringert oder gar eingestellt werden konnte. Bereits im Januar 2001, d.h. sechs Monate nach dem Unfall, stellten die Ärzte der Klinik S. einen Beschwerderückgang bei zwar noch starken, aber nurmehr zwischendurch auftretenden Kopf- und Nackenschmerzen fest (Bericht vom 9. Januar 2001). Nach einem Beschwerdeschub im Frühjahr 2001, welcher sich jedoch rasch wieder zurückbildete, vermerkte Dr. med. R. für die zweite Jahreshälfte eine symptomarme Phase trotz grossem beruflichem Stress (Zwischenbericht vom 1. November 2001). Weitere Rezidive ereigneten sich im November/Dezember 2001 sowie anfangs April 2002, die indes ebenfalls wieder abheilten, sodass Dr. A. im Juni 2002 abermals eine deutliche Besserung der Beschwerden vermelden konnte (Bericht vom 25. Juni 2002). Bis Dezember 2002 waren sodann weder ärztliche noch chiropraktische Untersuchungen erforderlich (vgl. u.a. Bestätigung des Dr. A. vom 14. Dezember 2002). Anschliessend verschlechterte sich die gesundheitliche Situation erneut.

Nach der Aktenlage haben die Beschwerden somit nicht durchgehend bestanden. Ferner wirkten sich Schmerzen auch während der Perioden, in welchen sie rezidierten, stets nur belastungsabhängig auf den Gesundheitszustand aus. Unter diesen Umständen kann – mit Vorinstanz und Beschwerdegegnerin – nicht von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden ausgegangen werden, zumal der Versicherte seine berufliche Tätigkeit, wie bereits dargelegt, nachweislich nur zeitweilig gesundheitsbedingt unterbrechen musste.

5.2.7 Ob allenfalls das Kriterium des schwierigen Heilverlaufs mit erheblichen Komplikationen erfüllt ist, muss nicht weiter geprüft werden, da es jedenfalls nicht in der ausgeprägten Form vorliegt, die rechtsprechungsgemäss erforderlich wäre, damit dem Unfall vom 22. August 2000 eine rechtlich massgebende Bedeutung für die Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ab Dezember 2002 zukäme.

Der vorinstanzliche Entscheid erweist sich damit als rechters.

Zum Adäquanzkriterium (des Grades und der Dauer) der Arbeitsunfähigkeit bei Versicherten in fortgeschrittenem Alter

U 550 Urteil des EVG vom 17. März 2005 i. Sa. A. (U 287/04)

- **Zum Adäquanzkriterium (des Grades und der Dauer) der Arbeitsunfähigkeit bei Versicherten in fortgeschrittenem Alter (Art. 4 ATSG, Art. 6 Abs. 1 UVG):**

Das Adäquanzkriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit fällt mit dem Zeitpunkt der ordentlichen Pensionierung nicht weg, denn üblicherweise werden auch nach der altersbedingten Aufgabe der Erwerbsarbeit noch Tätigkeiten im Aufgabenbereich ausgeübt, und Einschränkungen in diesem Bereich belasten ebenfalls. Zumindest in Bezug auf die im Unfallzeitpunkt bestehende Erwerbstätigkeit ist die Arbeitsunfähigkeit darum auch über das Erreichen des Pensionierungsalters hinaus zu berücksichtigen (Erw. 11).

- **A propos du critère de la causalité adéquate (du degré et de la durée) de l'incapacité de travail chez des assurés ayant un âge avancé (art. 4 LPGA, art. 6, al. 1, LAA):**

Le critère de la causalité adéquate du degré et de la durée de l'incapacité de travail subsiste après l'entrée à la retraite ordinaire car, habituellement, la personne qui a cessé de travailler pour des raisons d'âge continue d'avoir des activités et les limitations de ces activités sont également pesantes. C'est pourquoi, l'incapacité de travail doit être prise en considération également après l'âge de la retraite au moins en rapport à l'activité lucrative existant au moment de l'accident (cons. 11).

- **Per quanto concerne il criterio dell'adeguatezza (del grado e della durata) dell'incapacità lavorativa nel caso di assicurati in età avanzata (art. 4 LPGA, art. 6 cpv. 1 LAINF):**

Il criterio dell'adeguatezza adeguata del grado e della durata dell'incapacità lavorativa non viene a cadere al momento del pensionamento ordinario, poiché anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa per motivi legati all'età solitamente sono svolte ancora attività che rientrano nelle proprie mansioni e delle limitazioni di tali attività possono essere difficilmente sopportabili. Almeno per quanto attiene all'attività lavorativa esercitata, al momento dell'infortunio l'incapacità

lavorativa va quindi presa in considerazione o anche dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento (cons. 11).

Auszug aus den Erwägungen:

...

11.

Hinsichtlich der Prüfung des Vorliegens von gemäss BGE 117 V 359 verlangter Adäquanzkriterien ergibt sich Folgendes: Obwohl als mittelschwer zu qualifizieren, ist der Unfall vom 10. September 1997 nicht als besonders eindrücklich zu bezeichnen. Die Leiden der Versicherten sind als Dauerbeschwerden zu klassifizieren, wobei nach BGE 117 V 359 nicht zu untersuchen ist, ob sie somatischen oder psychosomatischen Charakter haben. Was das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung betrifft, so vermag zwar die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung für sich alleine dessen Vorliegen nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteile D. vom 4. September 2003 (U 371/02) und T. vom 6. Februar 2002 (U 61/00); HAVE 2003 S. 298; vgl. auch SZS 2001 S. 448). Solche Umstände sind vorliegend gegeben. Im MEDAS-Gutachten wurde angeführt, dass die Beschwerdegegnerin seit dem Unfallereignis täglich an – meist bewegungsabhängig verstärkten – Nacken- und Hinterkopfschmerzen leidet. Das Unfallereignis und seine Folgen seien auch von einschneidender Relevanz auf das Dasein der Versicherten nach der Pensionierung, denn sie sei in den geplanten Aktivitäten deutlich eingeschränkt. Wenn die Beschwerdeführerin das Beschwerdebild der Beschwerdegegnerin lediglich auf Kopfschmerzen reduziert haben will, bagatellisiert sie es allzu stark. Immerhin hält das MEDAS-Gutachten unmissverständlich fest, dass die für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden in akzentuierter Form gegeben sind. Da eine ärztliche Fehlbehandlung nicht vorliegt, ist das entsprechende Kriterium nicht erfüllt. Das Kriterium der (langdauernden) Arbeitsunfähigkeit will die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin nur bis zum Erreichen des Pensionierungsalters am 1. Mai 1998 berücksichtigen haben. Eine solche Betrachtungsweise lässt sich nicht auf die dazu zitierte Rechtsprechung nach RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 abstützen. Das Adäquanzkriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit fällt mit dem Zeitpunkt der ordentlichen Pensionierung nicht weg, denn üblicherweise werden auch nach der altersbedingten Aufgabe der Erwerbsarbeit noch Tätigkeiten im Aufgabenbereich ausgeübt, und Einschränkungen in diesem

Bereich belasten ebenfalls. Zumindest in Bezug auf die im Unfallzeitpunkt bestehende Erwerbstätigkeit ist die Arbeitsunfähigkeit darum auch über das Erreichen des Pensionierungsalters hinaus zu berücksichtigen. Zudem wäre es mit dem Rechtsgleichheitsgebot kaum vereinbar, dieses Kriterium bei älteren Personen im Gegensatz zu jüngeren Versicherten gar nicht oder nur für kurze Zeit heranzuziehen. Im MEDAS-Gutachten wurde angeführt, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Tätigkeit als Betreuerin in einer Strafanstalt – im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens am 17. Juli 2002 und damit nahezu fünf Jahre nach dem Unfallereignis – zu 50% eingeschränkt sei. Das Kriterium der lange andauernden Arbeitsunfähigkeit ist daher erfüllt. Die Vorinstanz bejahte dies auch für das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Die Beschwerdeführerin stellt dies in Frage und verweist dazu auf den Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Y. vom 25. Mai 1998. Dort wird tatsächlich ein leichter Rückgang der Beschwerden rapportiert. Im zweiten Austrittsbericht vom 7. Oktober 1999 ist aber vermerkt, die Beschwerden hätten sich seit Dezember 1998 wieder vermehrt. Dazu ist ebenfalls auf die gutachtlichen Feststellungen der MEDAS zu verweisen, wonach seit dem Unfallereignis täglich Nacken- und Hinterkopfschmerzen auftreten. Dass es bei der Beschwerdegegnerin Zeiten der Beschwerdefreiheit gegeben haben soll, wie es die Beschwerdeführerin darlegt, ist aktenmässig nicht belegt.

