

BSV / /
OFAS / /
UFAS / /

*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Kranken- und
Unfallversicherung*

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

*Assurance-maladie
et accidents*

Jurisprudence et pratique administrative

*Assicurazione malattia
e infortuni*

Giurisprudenza e prassi amministrativa

RKUV/RAMA/RAMI 6/1999

Réserve d'assurance KV 93 Arrêt du TFA du 30 août 1999	493
Examens selon le procédé IRM KV 94 Arrêt du TFA du 8 septembre 1999	498
Kumulation von Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und Pflegeleistung nach Artikel 7 Absatz 2 KLV: keine automatische Überentschädigung KV 95 Urteil des EVG vom 15. September 1999	503
Amalgamsanierung KV 96 Urteil des EVG vom 15. September 1999	512
Droit à la protection de la bonne foi KV 97 Arrêt du TFA du 17 septembre 1999	521
Psychotherapie KV 98 Urteil des EVG vom 24. September 1999	531
Mitteilungen – Communications – Comunicazioni Mutationen bei den Krankenversicherern / Mutations dans l'état des assureurs-maladie / Mutazioni concernenti gli assicuratori-malattie Einbindeaktion für die RKUV / Possibilité de faire relier la RAMA / Possibilità di rilegare la RAMI	538 539
Sachverzeichnis 1999 / Table des matières 1999 / Indice delle materie 1999	540

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

Dezember – Décembre – Dicembre 1999

Herausgeber/Editeur/Editore
Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Effingerstrasse 31, 3003 Bern
Telefon 031 322 91 12
Telefax 031 322 90 20

Redaktion/Rédaction/Redazione
Thomas Schmutz, Marc Léderrey,
Bernard Schuler, Helen Kaufmann

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

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

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

Faute d'un survivant	
U 353 Arrêt du TFA du 21 mai 1999 dans la cause Z. R.	549
Leistungspflicht bei erneutem Unfall; Rechtsweg bei Streitigkeit unter Versicherern über deren Zuständigkeit	
U 354 Urteil des EVG vom 2. Juni 1999 i. Sa. H. Z.	555
Droit de recours contre une décision d'un assureur-accidents	
U 355 Arrêt du TFA du 8 juin 1999 dans la cause N. R.	563
Beweiswürdigung, Parteigutachten	
U 356 Urteil des EVG vom 14. Juni 1999 i. Sa. F. B.	570
Réduction des prestations	
U 357 Arrêt du TFA du 8 juillet 1999 dans la cause G. R.	574
Sachverzeichnis 1999 / Table des matières 1999 / Indice delle materie 1999	579

Réserve d'assurance

KV 93 Arrêt du TFA du 30 août 1999

K
V
/
A
M

La définition de la réticence, de même que les principes jurisprudentiels développés à propos de l'article 5 alinéa 3 LAMA sous l'empire de l'ancien droit, restent pour l'essentiel applicables sous le régime de la LAMal, en ce qui concerne la possibilité d'instaurer des réserves dans l'assurance facultative d'indemnités journalières (consid. 2).

Conséquences d'un défaut de réponse à une question de la part de l'assuré (consid. 3d).

Der Begriff der Anzeigepflichtverletzung behält gleich wie die unter der Herrschaft des alten Rechts zu Artikel 5 Absatz 3 KUVG entwickelten juristischen Grundsätze im Wesentlichen seine Gültigkeit auch im Bereich des KVG, soweit es um die Möglichkeit der Anbringung von Vorbehalten in der freiwilligen Taggeldversicherung geht (Erw. 2).

Folgen bei unterbliebener Antwort des Versicherten auf eine ihm gestellte Frage (Erw. 3d).

La definizione della reticenza, come pure i principi giurisprudenziali sviluppati a proposito dell'articolo 5 capoverso 3 LAMI nel regime del previgente diritto, restano per l'essenziale applicabili nel regime LAMal per quanto concerne la possibilità di apporre delle riserve nell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (cons. 2).

Conseguenze dell'assenza di risposta da parte dell'assicurato a una domanda (cons. 3d).

I.

A. – V., né en 1953, a conclu avec la M. (ci-après: la caisse) une assurance d'une indemnité journalière pour perte de gain en cas de maladie. Le montant assuré était de 51 fr. 60 par jour, avec un délai d'attente de 30 jours. L'assurance a pris effet le 1^{er} mars 1997. Elle était grevée d'une réserve, d'une durée de cinq ans, pour «status après lésion du plexus brachial gauche».

Cette assurance faisait suite à une «Proposition d'assurance et déclaration d'adhésion» remplie et signée par l'assuré le 3 mars 1997, qui contenait un questionnaire médical. L'assuré a répondu «non» aux questions: «Etes-vous en parfaite santé?» et «Un traitement médical ou une hospitalisation sont-ils envisagés ou prévisibles?». A la question lui demandant s'il avait été hospitalisé ou s'il avait subi un traitement médical, il a répondu par l'affirmative, en précisant qu'il avait souffert d'une lésion du plexus brachial gau-

che, pour laquelle il avait été traité en 1996 et dont les séquelles avaient justifié le versement d'une demi-rente d'invalidité. Il a en outre répondu «non» à la question «Avez-vous suivi un traitement psychothérapeutique?». Il n'a pas répondu à la question: «Envisagez-vous de suivre un traitement psychothérapeutique?».

B. – Le 16 juillet 1997, la caisse a reçu un certificat médical établi par le docteur H., spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie. Selon ce certificat, V. était totalement incapable de travailler pour la période du 16 juillet 1997 au 4 août 1997. Donnant suite à une demande de la caisse, le docteur H. a répondu, le 17 septembre 1997, à un questionnaire destiné au médecin-conseil de celle-ci et dans lequel il a posé le diagnostic de dépression réactionnelle. Les premiers symptômes perceptibles pour le patient étaient apparus au début du mois de mars 1997. Un premier traitement avait été entrepris le 11 février 1997. Le patient avait eu connaissance du diagnostic de son affection «dès le début».

Par décision du 2 octobre 1997, la caisse a grevé l'assurance en cours d'une nouvelle réserve, rétroactive, valable du 1^{er} mars 1997 au 28 février 2002, pour «dépression réactionnelle».

Saisie d'une opposition de l'assuré, la caisse l'a rejetée, par une nouvelle décision, du 29 janvier 1998.

C. – Par jugement du 20 octobre 1998, le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours formé contre cette décision par V.

D. – V. interjette un recours de droit administratif dans lequel il conclut, implicitement, à la suppression de toute réserve pour dépression réactionnelle et au versement d'indemnités journalières pour la durée de son incapacité de travail (deux mois).

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

II.

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

...

2. – Selon l'art. 69 LAMal, les assureurs peuvent exclure de l'assurance facultative d'indemnités journalières, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission; il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible (al. 1). Les résér-

ves sont caduques au plus tard après cinq ans; avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée (al. 2). La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne (al. 3). Les 1^{er} à 3^{ème} alinéas sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières ou de réduction du délai d'attente (al. 4).

Selon la jurisprudence rendue à propos de l'art. 5 al. 3 LAMA, si la caisse n'a pas formulé de réserve lors de l'admission ou de l'augmentation des prestations assurées, elle ne peut le faire après coup (dans un certain délai) qu'en cas de réticence (ATF 110 V 309 consid. 1). La jurisprudence a qualifié de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en la passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute que l'assuré connaissait ou aurait dû connaître en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui (ATF 124 V 120 consid. 3b, 111 V 28¹ consid. 1b, 110 V 310 consid. 1 in fine). Cette définition, de même que les principes jurisprudentiels développés à propos de l'art. 5 al. 3 LAMA sous l'empire de l'ancien droit, restent pour l'essentiel applicables sous le régime de la LAMal (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996), en ce qui concerne la possibilité d'instaurer des réserves dans l'assurance facultative d'indemnités journalières (*Borella*, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, thèse Genève 1993, p. 403 sv.; *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 363 ss; *Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 111 note 272; cf. aussi RAMA 1997 n° K 984 p. 121 consid. 4d). En effet, en ce domaine, l'ancienne réglementation (art. 5 al. 3 LAMA; art. 2 de l'Ord. III sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération du 15 janvier 1965) a été reprise dans ses grandes lignes à l'art. 69 LAMal (voir au surplus le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 182).

3. – a) Les premiers juges considèrent que le recourant a commis une réticence en répondant par la négative à la question lui demandant si un traitement médical ou une hospitalisation étaient envisagés ou prévisibles et en ne répondant pas à celle lui demandant s'il envisageait de suivre un traitement psychothérapeutique. En effet, constate la juridiction cantonale, il ressort du rapport du docteur H. du 17 septembre 1997 que le premier traitement a eu lieu le 11 février 1997 et que l'assuré a eu connaissance «dès le

¹voir n° K 635 (1985) de ce recueil

début» des symptômes de sa maladie; il avait donc l'obligation d'en signaler l'existence dans le questionnaire qu'il a rempli le 3 mars 1997.

Le recourant objecte qu'il a consulté le docteur H., le 11 février 1997, pour des motifs professionnels, alors qu'il était à la recherche d'un emploi (il venait de terminer un emploi semi-protégé d'une année). A cette époque, il n'était pas encore question de traitement médical. Ses allégués sont corroborés par le docteur H. Celui-ci a précisé, dans deux nouvelles attestations, des 10 et 16 octobre 1997, que lors de la première consultation (du 11 février 1997), le patient était asymptomatique. Aucun médicament ne lui a été prescrit à cette occasion. La discussion sur les problèmes de chômage de l'intéressé a été reportée à une deuxième consultation, le 28 février 1997. Le 6 mars 1997, le patient est apparu dépressif et désespéré, de sorte qu'une médication anti-dépressive lui a été prescrite. C'est ce jour-là également que le diagnostic de dépression réactionnelle a été posé, cette dépression étant attribuable à une «dégradation socioprofessionnelle».

b) Il n'y a pas de raison de mettre en doute la véracité des déclarations de ce médecin. Contrairement à l'opinion des premiers juges, elles ne sont pas vraiment en contradiction avec les déclarations faites par le même praticien dans son rapport initial du 17 septembre 1997. Ce premier rapport était fort sommaire et appelait des précisions. La mention par le docteur H. de la date du 11 février 1997 sous la question «Date du premier traitement de cette affection par vos soins?» peut être comprise, vu les précisions apportées ultérieurement, comme étant la date de la première consultation. Du reste, dans ce rapport initial, le médecin situe au début du mois de mars 1997 la date d'apparition des premiers symptômes perceptibles pour le patient.

Ainsi donc, si l'on s'en tient aux déclarations du docteur H., on ne peut pas tenir pour établi, du moins pas avec un degré de vraisemblance prépondérante – conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales (voir par ex. ATF 121 V 47² consid. 2a, 208 consid. 6b) – que l'assuré était déjà au bénéfice d'un traitement médical le 3 mars 1997 ni même qu'un traitement médical était à cette époque envisagé ou prévisible. On ne saurait ainsi retenir qu'il a commis à cet égard une réticence.

c) Le fait que le recourant a consulté à deux reprises le docteur H. antérieurement à la date à laquelle il a rempli la proposition d'assurance ne suffit pas pour lui imputer une réticence. Qu'une personne au chômage, qui

² voir n° U 223 (1995) de ce recueil

connaît de surcroît des difficultés de réadaptation en raison d'un handicap, consulte à une ou deux reprises un psychiatre pour certains problèmes liés à l'insécurité de sa situation socioprofessionnelle n'est pas révélateur, en soi, de premières manifestations d'une dépression. Le fait, à lui seul, ne permet pas encore d'admettre que cette personne souffre d'une maladie, au sens de l'art. 2 al. 1 LAMal, qui exige un traitement médical ou risque de provoquer une incapacité de travail (cf. *Eugster*, op. cit., ch. 364; comp. avec l'arrêt ATF 109 V 36 où le grand nombre et la fréquence des consultations auprès d'un psychiatre devaient faire comprendre à l'assurée qu'on était en présence d'un véritable traitement médical et non pas d'entrevues informelles du genre de celles que l'on peut avoir avec une personne de confiance).

d) Le recourant, il est vrai, n'a pas répondu à la question lui demandant s'il envisageait de suivre un traitement psychothérapeutique (peut-être pensait-il alors que cette éventualité n'était pas à exclure). Mais, contrairement à ce que retiennent les premiers juges, l'absence de réponse à une question n'est pas, en soi, constitutive d'une réticence. Il en va autrement lorsque, d'après les autres déclarations de l'assuré, la question doit être considérée comme ayant reçu une réponse dans un sens déterminé et que cette réponse apparaît comme une réticence sur un fait que l'intéressé connaissait ou devait connaître. Cette dernière situation est donnée lorsque la question qui n'a pas reçu de réponse est en rapport si étroit avec une autre question à laquelle il a été répondu qu'une réponse tacite à la première en résulte (consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 110 II 499; RJAM 1983 n° 537 p. 142; *Roelli/Keller*, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, vol. I, p. 167; *Borella*, op. cit., p. 227).

En dehors de cette hypothèse, non réalisée en l'espèce, la caisse exigera en général de l'assuré qu'il complète la formule, si elle y voit un intérêt; si elle s'abstient de le faire, elle en supportera les conséquences (RJAM 1983 n° 537 p. 143 consid. 2). En l'occurrence, l'intimée n'a pas demandé un tel complément.

4. – Dans de telles circonstances, la caisse n'était pas en droit d'instituer la réserve litigieuse.

Le recours de droit administratif est ainsi bien fondé et il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur le droit aux indemnités journalières prétendues.

Examens selon le procédé IRM

KV 94 Arrêt du TFA du 8 septembre 1999

Problème de la constitutionnalité et de la légalité d'une ancienne disposition de l'OPAS, qui comportait des restrictions à ce type d'exams pour la région du genou notamment. In casu, le tribunal s'écarte de la disposition en cause.

Frage der Verfassungsmässigkeit und der Gesetzmässigkeit einer früheren KLV-Bestimmung, welche namentlich für MRI-Untersuchungen im Kniebereich Beschränkungen kannte. In casu weicht das Gericht von der fraglichen Bestimmung ab.

Problema della costituzionalità e della legalità di una precedente disposizione dell'OPre che comportava talune restrizioni a questo tipo di esami segnatamente nella regione del ginocchio. In casu il tribunale si scosta dalla disposizione in causa.

I.

A. – V. est affiliée à la caisse-maladie F. (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. En 1996, elle bénéficiait de la couverture d'assurance «STANDARD», en l'occurrence l'assurance obligatoire limitée à la maladie, avec une franchise annuelle de 600 fr.

Le 21 novembre 1996, l'assurée a consulté le docteur B. qui a diagnostiqué une chondrite rétro-patellaire sévère avec épanchements et douleurs au niveau du compartiment interne et qui a ordonné un examen par résonance magnétique nucléaire (IRM) au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), à Lausanne, lequel a eu lieu le 10 décembre 1996. Il en est résulté une facture de 752 fr. 40.

Invité par la caisse à justifier cette mesure, le docteur B. a répondu: «Tenter d'éviter une arthroscopie purement diagnostique, ce qui a été le cas.»

Après un échange de correspondance avec le CHUV, le docteur B. et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), la caisse a signifié à son assurée, par décision sur opposition du 13 novembre 1997, qu'elle refusait de prendre en charge les frais de cet examen radiologique au motif qu'il avait été ordonné à des fins purement diagnostiques et non pas pour établir un plan opératoire, comme l'exigeait la réglementation légale.

B. – Saisi d'un recours de l'assurée, le Président du Tribunal cantonal des assurances l'a rejeté par jugement du 13 février 1998. L'autorité cantonale a

considéré, en bref, que la limitation des indications permettant d'utiliser l'IRM aux frais de l'assurance-maladie sociale, décrétée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), ne sortait pas du cadre de la loi.

C. – V. interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande implicitement l'annulation et conclut à la condamnation de la caisse à payer les frais de l'examen radiologique litigieux.

La caisse intimée conclut au rejet du recours. A la demande du juge délégué, le service médical de l'OFAS a fourni certains renseignements de nature médicale sur lesquels les parties ont eu la possibilité de prendre position, l'une et l'autre confirmant leurs conclusions.

II.

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

1. – a) Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal (ATF 125 V 28¹ consid. 5b). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition.

Selon l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine d'autre part dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour au DFI les compétences susmentionnées. Celui-ci a fait usage de cette sous-délégation en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge.

¹ voir n° KV 67 (1999) de ce recueil

b) Aux termes du ch. 9.2 *Autres procédés d'imagerie* de l'annexe 1 à l'OPAS (art. 1^{er}), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 1998, la résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie (IRM) était prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, notamment:

«*let. e: Dans la région des muscles et/ou des os des membres (articulations incluses), pour établir un plan opératoire et/ou pour délimiter la radiothérapie de tumeurs malignes ou d'une nécrose de l'articulation de la hanche.*»

Cette restriction a disparu de la nouvelle rédaction du ch. 9.2 introduite à partir du 1^{er} janvier 1999 par la modification de l'OPAS du 9 juillet 1998 (RO 1998 2926).

2. – Il est constant que dans le cas d'espèce, ce n'est pas pour établir un plan opératoire – aucune opération ne s'étant révélée nécessaire puisque le traitement prodigué à la recourante a été purement médicamenteux selon les indications données par le médecin traitant – mais seulement à des fins diagnostiques et pour éviter le recours à une arthroscopie que l'examen litigieux a eu lieu.

a) La recourante, appuyée par son médecin traitant, conteste le point de vue de la caisse et du premier juge en se plaçant essentiellement sur le terrain économique: selon elle, une arthroscopie aurait coûté au moins quatre fois plus cher que l'IRM qu'elle a subi, sans compter le prix du séjour à l'hôpital. De plus, grâce à cet examen une opération a pu être évitée.

Invité par le juge délégué à répondre à trois questions, le service médical de l'OFAS a fourni les renseignements suivants:

- l'IRM est, à efficacité égale, moins onéreux et moins invasif (il n'est même pas invasif du tout) qu'une arthroscopie diagnostique;
- cet examen, dans le cas d'espèce, était conforme aux normes internationales en la matière et, utilisé en lieu et place d'une arthroscopie, il est du point de vue médical, efficace, approprié et économique. C'est pourquoi, le ch. 9.2 de l'annexe 1 à l'OPAS a été modifié sur ce point avec effet à partir du 1^{er} janvier 1999, en ce sens que toutes les limitations existant jusqu'alors ont été supprimées.

b) La limitation de l'utilisation de l'IRM qui est à l'origine du présent litige repose sur une décision de la Commission des prestations (cf. les art. 37a let. b et 37d OAMal en liaison avec l'art. 1^{er} OPAS) prise au mois d'août 1992, sous l'empire de la LAMA (cf. le ch. 10.2 let. e de l'annexe à l'Ordonnance 9 du DFI concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeu-

tiques à la charge des caisses-maladie reconnues [RO 1993 351, plus spécialement 357]). Cette restriction était encore en vigueur lorsque l'examen litigieux a eu lieu.

Dans l'arrêt publié dans la RAMA 1990 n° K 837, p. 138 (rendu sous le régime de la LAMA), le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une caisse-maladie était tenue d'assumer les frais d'examen IRM pratiqués chez un assuré en 1987 en raison de la suspicion d'une affection de la moelle épinière; le tribunal a pris en considération un avis favorable donné après coup seulement (en 1988) par la commission des prestations; auparavant, la mesure n'était pas considérée par cette commission comme scientifiquement reconnue et économique. Le tribunal a rappelé que la commission n'avait pas le pouvoir d'édicter des normes générales et abstraites ayant force de loi. La prise en considération de ses conclusions dans un cas concret n'était donc pas soumise aux principes qui régissent l'application dans le temps des règles de droit (principe de la non-rétroactivité). En cas de contestation sur la valeur diagnostique ou thérapeutique d'une mesure, il fallait uniquement se demander si la mesure, au moment de son application, satisfaisait aux exigences légales pour être mise obligatoirement à la charge des caisses-maladie. Dans cet examen, a conclu le tribunal, l'avis favorable de la commission des prestations, même donné après coup, pouvait servir de fondement à la décision du juge, au même titre que l'opinion d'un expert.

En l'occurrence, on ne peut pas raisonner de la même manière qu'en 1990, attendu qu'on se trouve en présence d'une limitation figurant désormais dans une ordonnance. Qui plus est, selon les dispositions introduites à partir du 1^{er} janvier 1996, la réglementation dans ce domaine repose maintenant sur le principe de la liste; en dehors des listes établies, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie (ATF 125 V 29¹ consid. 5 *in fine*). Le présent cas doit ainsi être jugé selon les dispositions de l'ordonnance en vigueur jusqu'au 31 décembre 1998 (cf. ATF 121 V 100 consid. 1a). Mais cela ne signifie pas qu'appelé à trancher un cas d'application, le juge ne puisse se prononcer sur la conformité à la loi et à la Constitution d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations, même s'il s'impose une grande retenue dans cet examen (ATF 125 V 30¹ consid. 6a).

3. – a) Une norme réglementaire viole la Constitution, en particulier les principes de l'égalité devant la loi et de l'interdiction de l'arbitraire lorsqu'elle n'est pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs, qu'elle est dépourvue de sens et d'utilité, qu'elle opère des distinctions juridiques que

¹ voir n° KV 67 (1999) de ce recueil

les faits à régler ne justifient pas ou qu'elle omet, au contraire, des distinctions juridiques indispensables (ATF 124 I 299 consid. 3b, 124 V 15 consid. 2a, 194¹ consid. 5a).

b) Il est établi, notamment par les réponses du service médical de l'OFAS aux questions du juge délégué, que dans le cas particulier, la prestation fournie à l'assurée par le CHUV à la demande du médecin traitant était efficace, appropriée et économique, comme l'exige l'art. 32 al. 1 LAMal. Par ailleurs, on peut déduire des divers avis médicaux qui figurent au dossier, y compris ceux du médecin-conseil de la caisse intimée et du service médical de l'OFAS que, sur le plan scientifique, la justification de la limitation en cause n'existait déjà plus lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, voire avant cette date, compte tenu des progrès rapides réalisés dans l'utilisation de l'IRM à des fins diagnostiques. Si la mise à jour de la liste n'est intervenue qu'avec effet au 1^{er} janvier 1999, cela paraît essentiellement dû à la lenteur du processus de décision en la matière, en partie liée au rodage de la nouvelle loi.

Par conséquent, en prévoyant que la résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie était prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, dans la région des os des membres (articulations incluses) notamment, seulement pour établir un plan opératoire, la disposition incriminée établissait, au moins depuis 1996, une distinction que les faits à régler ne justifiaient pas. En cela, elle était contraire au principe de l'égalité de traitement.

D'autre part, le principe de l'économie de traitement (art. 32 al. 1 LAMal) commande, lorsque cela est possible, de donner la préférence, à efficacité égale, au traitement médical le meilleur marché (ATF 124 V 200² consid. 3 et les références). Or, il n'est pas contesté qu'en l'occurrence le recours à l'IRM a occasionné des frais sensiblement moindres qu'une arthroscopie. Préférer, en l'espèce, une mesure plus coûteuse (qui implique notamment le recours à un matériel opératoire, une anesthésie et un contrôle médical après l'intervention) irait non seulement à l'encontre du principe légal susmentionné, mais serait en plus dénué de sens.

4. – Dans ces conditions, il se justifie de s'écarter de l'ancien ch. 9.2 let. e de l'annexe 1 à l'OPAS. Le recours est dès lors bien fondé et il convient d'annuler le jugement attaqué, ainsi que la décision sur opposition litigieuse. La caisse intimée devra rembourser à la recourante les frais de l'examen par IRM subi le 10 décembre 1996, au tarif applicable en l'occurrence.

¹ voir n° KV 40 (1998) de ce recueil

² voir n° KV 33 (1998) de ce recueil

Kumulation von Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV: keine automatische Überentschädigung

KV 95 Urteil des EVG vom 15. September 1999

Das soziale Krankenversicherungsrecht, insbesondere Artikel 110 KVV, schliesst die Kumulation von Hilflosenentschädigungen der AHV/IV (Art. 43^{bis} AHVG, Art. 42 IVG) und Pflegeleistungen der sozialen Krankenversicherung gemäss Artikel 7 Absatz 2 KLV nicht aus (Erw. 3).

Im Einzelfall ist gestützt auf Artikel 122 KVV eine Kürzung der Pflegeleistungen der sozialen Krankenversicherung wegen Überentschädigung möglich, soweit die Pflegeleistungen «gleicher Art und Zweckbestimmung» sind (Art. 122 Abs. 1 KVV) wie die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV (Erw. 5b und c).

Le droit de l'assurance-maladie sociale, en particulier l'article 110 OAMal, n'exclut pas le cumul des allocations pour impotent de l'AVS/AI (art. 43^{bis} LAVS, art. 42 LAI) et des prestations de soins de l'assurance-maladie obligatoire selon l'article 7, alinéa 2, OPAS (cons. 3).

Dans le cas concret, une réduction des prestations de soins de l'assurance-maladie sociale fondée sur l'article 122 OAMal en raison d'une surindemnisation est possible, pour autant que les prestations de soins soient «de même nature et visent un même but» (art. 122, al. 1, OAMal) que les allocations pour impotent de l'AVS/AI (cons. 5b et c).

Il diritto sociale dell'assicurazione malattie, in particolare l'articolo 110 OAMal, non esclude il cumulo degli assegni per grandi invalidi dell'AVS/AI (art. 43^{bis} LAVS, art. 42 LAI) e delle prestazioni medico-sanitarie dell'assicurazione sociale contro le malattie di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre (cons. 3).

Nel singolo caso è possibile in base all'articolo 122 OAMal una riduzione delle prestazioni medico-sanitarie dell'assicurazione sociale contro le malattie a causa di sovrindennizzo, per quanto le prestazioni medico-sanitarie siano «di uguale natura e scopo» (art. 122 cpv. 1 OAMal) degli assegni per grandi invalidi dell'AVS/AI (cons. 5b e c).

I.

A. - Der Verband Bündnerischer Krankenhäuser (VBK) (nunmehr Verband «Spitäler und Heime Graubünden») und der Kantonalverband Bündnerischer Krankenversicherer (KBK) schlossen am 17. Juni/7. Juli 1997 einen

Vertrag über die Leistungen bei stationärer Behandlung in Pflegeheimen und Pflegeabteilungen (nachfolgend: Pflegeheimvertrag). Der am 1. Januar 1998 in Kraft getretene und am 12. Mai 1998 vom VBK auf den 31. Dezember 1999 gekündigte Vertrag bestimmt in Art. 4 Abs. 2, dass der Versicherer den Pflegeheimen für die Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV nach dem Pflegegrad abgestufte Tagespauschalen vergütet, welche sich nach Anhang 4 zum Vertrag auf Fr. 5.– in der Pflegestufe 1, Fr. 15.– in der Pflegestufe 2, Fr. 30.– in der Pflegestufe 3 und Fr. 45.– in der Pflegestufe 4 belaufen. Nach Art. 4 Abs. 4 des Vertrages hat das Pflegeheim dem Versicherer «die Gewährung von Leistungen der Eidg. Invalidenversicherung und Leistungen der Hilflosenentschädigung an einen Versicherten» zu melden.

Zwischen den Vertragsparteien kam es zu Meinungsverschiedenheiten über die Anrechnung von Hilflosenentschädigungen der AHV/IV an die Pflegeleistungen der Krankenversicherer. Während der KBK sich auf den Standpunkt stellte, dass es sich um gleichartige Leistungen handle und die Krankenversicherer lediglich subsidiär leistungspflichtig seien, vertrat der VBK die Auffassung, dass sich die von den Krankenversicherern vorgenommenen Leistungskürzungen weder mit dem Gesetz noch mit dem Pflegeheimvertrag vereinbaren liessen. Nach Durchführung einer Schlichtungsverhandlung, die zu keiner Einigung führte, erhob der VBK am 17. Juni 1998 Klage beim Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG mit dem Begehren, es sei festzustellen, dass auf den Pflegepauschalen gemäss Art. 4 Abs. 2 des Pflegeheimvertrages keine Hilflosenentschädigungen der AHV oder IV in Abzug gebracht werden dürften.

B. – In Gutheissung der Klage stellte das Schiedsgericht Graubünden mit Entscheid vom 30. Oktober 1998 fest, dass die dem Vertrag vom 17. Juni/7. Juli 1997 beigetretenen Mitglieder des KBK den Pflegeheimen die vereinbarten und vom Regierungsrat genehmigten Pflegeheimpauschalen ohne Abzüge zu entrichten hätten.

C. – Der KBK führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Klage abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei; eventuell sei die Sache zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Der VBK und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beantragen Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

II.

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

1. – a) Angefochten ist ein Entscheid des kantonalen Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG, gegen welchen nach Art. 91 KVG und Art. 128 in Verbindung mit Art. 98 lit. g OG Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht erhoben werden kann. Es liegt keine der Verwaltungsgerichtsbeschwerde entzogene Tarifstreitigkeit im Sinne von Art. 129 Abs. 1 lit. b OG vor. Mit dem angefochtenen Entscheid hat das Schiedsgericht nicht gestaltend in einen zwischen den Parteien vereinbarten Tarif eingegriffen, sondern in Form eines auf abstrakte Feststellung lautenden Erkenntnisses darüber entschieden, wie eine koordinationsrechtliche Frage auf Grund des zwischen den Parteien vereinbarten Vertrages und der anwendbaren bundesrechtlichen Vorschriften zu beantworten ist. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist daher zulässig (vgl. BGE 119 V 324¹ Erw. 2).

b) Zu Recht hat das Schiedsgericht auch die Eintretensvoraussetzungen im vorinstanzlichen Verfahren bejaht. Mit der Klage an das Schiedsgericht vom 17. Juni 1998 hat der VBK nicht nur in Vertretung seiner dem Vertrag angeschlossenen Mitglieder gehandelt, sondern einen eigenen Rechtsanspruch verfolgt. Zur Wahrnehmung und allenfalls gerichtlichen Durchsetzung der aus dem Vertrag sich ergebenden Rechtsansprüche ist der VBK berechtigt. In Bezug auf das entsprechende Feststellungsinteresse ist seine Aktivlegitimation im vorinstanzlichen Verfahren zu bejahen (vgl. BGE 119 V 326¹ Erw. 4b). Soweit der KBK den vorinstanzlichen Nichteintretensantrag erneuert, erweist sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde als unbegründet.

2. – a) Streitig ist die Frage, ob die dem Pflegeheimvertrag vom 17. Juni/7. Juli 1997 angeschlossenen Krankenversicherer berechtigt sind, die vereinbarten Pflegepauschalen für die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV im Umfang der von der AHV oder IV ausgerichteten Hilflosenentschädigungen zu kürzen. Der beschwerdeführende KBK bejaht dies zunächst auf Grund von Art. 4 Ziff. 4 des Vertrages, wonach das Pflegeheim dem Versicherer die Gewährung von Hilflosenentschädigungen der AHV oder IV zu melden hat. Die Bestimmung hat indessen bloss formellen Charakter, und es lässt sich daraus keine materielle Koordinationsregel in dem Sinne ableiten, dass Hilflosenentschädigungen stets von den Pflegeleistungen in Abzug zu bringen wären.

b) Darüber hinaus enthält der Pflegeheimvertrag keine Bestimmungen, welche die Auffassung des KBK zu stützen vermöchten. Im Vertrag ist ausschliesslich von Pauschalen die Rede, was darauf schliessen lässt, dass es

¹ siehe Nr. K 930 (1994) dieser Sammlung

sich um zwar abgestufte, innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen aber feste Entschädigungen handelt, die grundsätzlich unabhängig vom Bezug weiterer Leistungen, einschliesslich allfälliger Hilflosenentschädigungen der AHV oder IV, zur Ausrichtung gelangen. Das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden hat in einem Schreiben an den VBK vom 5. Mai 1998 denn auch festgestellt, dass ein Abzug der Hilflosenentschädigung der AHV oder IV von den auf Grund des Pflegeheimvertrages zu erbringenden Leistungen nicht zulässig sei. Für eine gegenteilige vertragliche Regelung hätte es einer ausdrücklichen Bestimmung bedurft. Dies umso mehr, als sich die Vertragspartner nach Anhang 5 Ziff. 1 des Vertrages einig waren, dass bezüglich verschiedener Fragen im Zusammenhang mit dem KVG unterschiedliche Auffassungen bestünden, «die gesamtschweizerisch gerichtlich oder durch den Bundesrat geklärt werden müssten».

3. – Zu prüfen bleibt, ob eine Anrechnung der Hilflosenentschädigungen auf Grund der anwendbaren bundesrechtlichen Vorschriften zu erfolgen hat.

a) Nach Art. 78 Abs. 2 KVG sorgt der Bundesrat dafür, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden, insbesondere beim Aufenthalt in einem Spital. Gestützt hierauf hat der Bundesrat Koordinationsregeln erlassen und in Art. 110 KVV (Fassung vom 15. Juni 1998, in Kraft seit 1. August 1998) bestimmt, dass beim Zusammentreffen von Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, der Militärversicherung, der AHV oder der IV die Leistungen dieser andern Sozialversicherungen vorgehen.

Gemäss Art. 122 KVV dürfen die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen, wobei bei der Berechnung der Überentschädigung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt werden (Abs. 1). Eine Überentschädigung liegt u. a. vor, wenn die Sozialversicherungsleistungen die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und anderen ungedeckten Krankheitskosten übersteigen (Abs. 2 lit. b). Liegt eine Überentschädigung vor, so werden die betreffenden Leistungen der Krankenversicherung um deren Betrag gekürzt (Abs. 3).

b) Das soziale Krankenversicherungsrecht enthält keine Bestimmung, wonach die Kumulation von Hilflosenentschädigungen der AHV oder IV mit Pflegeleistungen der Krankenversicherer ausgeschlossen ist, noch er-

gibt sich eine solche Regel aus dem AHV/IV-Recht (wo sich das Koordinationsrecht auf das Verhältnis der Hilflosenentschädigungen zu solchen der obligatorischen Unfallversicherung und der Militärversicherung beschränkt: Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG; vgl. hierzu BGE 124 V 166 ff.). Andererseits besteht entgegen dem früheren Recht (Art. 17 Abs. 2 VO III KV in dem gemäss Art. 142 UVV ab 1. Januar 1984 gültig gewesenen Wortlaut) auch keine Bestimmung, wonach die Hilflosenentschädigungen (der AHV/IV oder der Unfallversicherung) und Zuschläge für Hilflosigkeit (der Militärversicherung) mit Pflegeleistungen der Krankenversicherung uneingeschränkt kumuliert werden können. Wie das BSV in der Vernehmlassung ausführt, war im Rahmen der Koordinationsbestimmungen der KLV zunächst eine Vorschrift vorgesehen gewesen, wonach bei Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV oder IV die von der Krankenpflegeversicherung zu leistende Kostenvergütung so weit gekürzt werden darf, als sie zusammen mit den von der andern Sozialversicherung erbrachten Leistungen die der versicherten Person entstandenen Gesamtkosten übersteigt. In der Folge wurde jedoch die ersatzlose Streichung der Bestimmung beschlossen, in der Meinung, dass bei Verzicht auf diese Norm die allgemeinen Rechtsgrundsätze betreffend die Überentschädigung anwendbar seien.

c) Art. 110 KVV regelt das Verhältnis der Leistungen der sozialen Krankenversicherung zu denjenigen der obligatorischen Unfallversicherung, der Militärversicherung, der AHV oder der IV in der Weise, dass die Krankenversicherung für gleichartige Leistungen lediglich subsidiär zu leisten hat (*Alfred Maurer*, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a. M. 1996, S. 118 f.; *Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: SBVR, Basel 1998, S. 213). Es gilt eine relative Priorität der andern Versicherungen im Sinne einer Nachrangigkeit der Leistungen der Krankenversicherung (*Franz Schlauri*, Beiträge zum Koordinationsrecht der Sozialversicherungen, St. Gallen 1995, S. 35). Eine Leistungskumulation bleibt damit zulässig, soweit sie nicht zu einer Überentschädigung führt. Diesbezüglich bestimmt Art. 122 KVV, dass die Leistungen der Krankenversicherung u. a. dann gekürzt werden können, wenn die Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung der Sozialversicherer insgesamt die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten übersteigen. Zur Frage, ob die Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV und die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung darstellen, enthalten Gesetz und Verordnung keine Bestimmung. Der auch im Rahmen von Art. 122 KVV anwendbare Art. 124 KVV (*Maurer*, a. a. O., S. 119; *Eugster*, a. a. O., S. 213 Rz 388) erklärt lediglich die vom Versicherer und von Dritten zu übernehmenden Kosten für Pflegemass-

nahmen als gleichartig und äussert sich (anders als Art. 69 Abs. 1 lit. b MVG) nicht zur Hilflosenentschädigung.

4. – a) Die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen werden in Art. 7 Abs. 2 KLV näher umschrieben. Danach vergütet die Krankenversicherung neben den Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a) jene der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Zur Grundpflege 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). Die Leistungen werden vergütet, wenn sie auf Grund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Krankenschwestern oder Krankenpflegern, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV).

Anspruch auf Hilflosenentschädigung der AHV oder IV hat, wer wegen Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 42 Abs. 2 IVG). Die Entschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen und beträgt bei Hilflosigkeit schweren Grades 80%, bei Hilflosigkeit mittleren Grades 50% und bei Hilflosigkeit leichteren Grades 20% des Mindestbetrages der einfachen Altersrente gemäss Art. 34 Abs. 2 AHVG (Art. 42 Abs. 3 IVG und Art. 37 IVV). Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung der AHV setzt eine Hilflosigkeit schweren oder mittleren Grades voraus (Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG). Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn der Versicherte in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 36 Abs. 1 IVV). Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (Art. 36 Abs. 2 IVV). Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist oder einer dauernden persönlichen Überwa-

chung oder einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf oder wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (Art. 36 Abs. 3 IVV). Zu den für die Bemessung der Hilflosigkeit massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen gehören praxismässig das Ankleiden, Auskleiden; das Aufstehen, Absitzen und Abliegen; das Essen; die Körperpflege; das Verrichten der Notdurft; die Fortbewegung (im oder ausser Haus) und die Kontaktaufnahme (BGE 121 V 90 Erw. 3a mit Hinweisen).

b) Der beschwerdeführende KBK beruft sich auf das für die Festsetzung der Pflegeleistungen (Pauschalen) im Rahmen des Pflegeheimvertrages vom 17. Juni/7. Juli 1997 massgebende BESA-Einstufungs- und Abrechnungssystem des Heimverbandes Schweiz (3. Aufl. 1997) und macht geltend, der BESA-Leistungskatalog zeige, dass nicht nur Identität der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV mit den für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung massgebenden Lebensverrichtungen im Bereich der Fortbewegung, der Körperpflege, dem An- und Auskleiden und dem Essen (und Trinken) bestehe, sondern auch in den Teilbereichen Aufstehen, Absitzen und Abliegen, dem Verrichten der Notdurft sowie der Kontaktaufnahme, welche in der exemplifikativen Liste von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV nicht erwähnt seien. Es bestünden damit praktisch keine Leistungen oder Tätigkeiten, die für die Hilflosenentschädigung von Bedeutung seien und nicht schon im Rahmen des BESA-Kataloges von der Krankenversicherung berücksichtigt würden.

Der VBK hält dem entgegen, in einem Pflegeheim seien neben den Pflege- und Behandlungsmassnahmen auch Leistungen zur Alltagsgestaltung zu erbringen. Dazu gehörten aktivierende Massnahmen wie Aktivierungs- oder Ergotherapie sowie die Hilfestellung bei der Alltagsgestaltung in Form sozialer Betreuung oder Unterstützung. Solche Leistungen seien von der KLV nicht gedeckt, weshalb sie von den Pflegeheimen und Pflegeabteilungen den Bewohnern bzw. den Versicherern in Rechnung gestellt werden könnten. Im Übrigen vergüte die Hilflosenentschädigung auch Dienstleistungen zur gesellschaftlichen Kontaktnahme und zum Besuch auswärtiger Veranstaltungen, welche regelmässig nicht vom Heimpersonal erbracht würden.

Das BSV führt aus, von den Pflegeheimen würden etliche Leistungen unter dem Titel der Alltagsgestaltung angeboten, welche nicht zu den Pflege- und Behandlungsmassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV gehörten und

entweder in der Heimtaxe integriert oder separat erfasst und den Heimbewohnern in Rechnung gestellt würden. In den wenigsten Fällen würden nur Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV beansprucht. Gewisse Privatangelegenheiten (wie notwendige Einkäufe, Begleitung bei Arztbesuchen, administrative Angelegenheiten) würden von Personen ausserhalb des Heimpersonals oder als zusätzlich zu bezahlende Leistung vom Heimpersonal erledigt. Daraus sei zu schliessen, dass die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV in aller Regel nicht als Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung wie die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV zu betrachten seien.

5. – a) Die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV unterscheiden sich in grundsätzlicher Hinsicht. Bei der Hilflosenentschädigung handelt es sich um eine Geldleistung, die sich nach Massgabe der im konkreten Fall bestehenden Hilfs- und Überwachungsbedürftigkeit bemisst, jedoch unabhängig von den effektiv entstehenden Kosten und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Dienstleistungen Dritter ausgerichtet wird. Die Leistung wird dem Anspruchsberechtigten ausbezahlt und steht diesem grundsätzlich zur freien Verfügung. Die Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV bilden demgegenüber Sachleistungen in Form von Kostenvergütungen. Sie dienen der Deckung konkreter Pflegekosten und werden auf Grund von Tarifverträgen in der Regel direkt den Leistungserbringern vergütet (System des *Tiers payant* gemäss Art. 42 Abs. 2 KVG).

b) Werden die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV den Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV als Ganzes gegenübergestellt, können die Leistungen nicht als gleichartig qualifiziert werden. Mit den Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV) umfassen die Pflegeleistungen der Krankenversicherung auch Massnahmen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer nach Art. 42 IVG oder Art. 43^{bis} AHVG zu entschädigenden Hilflosigkeit stehen. Als weitgehend gleichartig können die Leistungen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV gelten, welche im Wesentlichen der Vergütung von Massnahmen dienen, die wegen Hilflosigkeit erforderlich sind (*Eugster*, a. a. O., S. 59 Rz 115; *Robert Ettlin*, Die Hilflosigkeit als versichertes Risiko in der Sozialversicherung, Diss. Freiburg 1998, S. 169). Nach Ziff. 2 dieser Bestimmung umfasst die Grundpflege allerdings auch psychiatrische und psychogeriatrische Massnahmen (Betreuungsgespräche), welche in der Regel krankheitsbedingt (beispielsweise wegen Altersdepression) und auf die Ermöglichung des Heimaufenthaltes gerichtet sind. Andererseits dient die Hilflosenentschädigung auch der Ent-

schädigung von Drittleistungen, die nicht zu den Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV gehören. So werden mit der Hilflosenentschädigung auch Dienstleistungen Dritter zur Kontaktnahme mit der Umwelt abgegolten, welche nicht unter die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV fallen. Diesen Dienstleistungen kann für den Anspruch eine wesentliche oder gar ausschlaggebende Bedeutung zukommen (vgl. Art. 36 Abs. 3 lit. d IVV). Eine generelle Kürzung der Pflegeleistungen um den jeweiligen vollen Betrag der Hilflosenentschädigung, wie sie der beschwerdeführende KBK als rechters erachtet, lässt sich unter diesen Umständen nicht rechtfertigen. In Betracht fällt lediglich eine Kürzung wegen Überentschädigung im Einzelfall (Art. 122 KLV). Der konkrete Nachweis einer Überentschädigung ist allerdings mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, weil er eine Aufschlüsselung der Leistungen voraussetzt, die sich angesichts der grundsätzlichen Unterschiede in den Leistungsarten kaum sachgerecht und rechtsgleich vornehmen lässt.

c) Über die konkrete Überentschädigungsermittlung insbesondere bei Versicherten, die sich in einem Pflegeheim aufhalten, ist im vorliegenden Verfahren nicht zu befinden. Immerhin sei festgestellt, dass Heimbewohnerinnen und -bewohner gemäss Art. 44 KVG in Verbindung mit Art. 9a Abs. 3 KLV zwar Tarifschutz geniessen; der Anspruch beschränkt sich nach Art. 50 KVG jedoch auf die Leistungen, wie sie der Krankenversicherer bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause zu erbringen hat. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Heimtaxe) gehen daher grundsätzlich zu Lasten des Heimbewohners. Die Hilflosenentschädigung kann auch der Bezahlung solcher von der Krankenversicherung nicht gedeckter Kosten dienen, weil der Heimaufenthalt auch wegen Hilfs- und Überwachungsbedürftigkeit erforderlich sein kann. Dem Versicherten erwachsen des Weiteren Kosten für Dienstleistungen, die zwar vom Heimpersonal erbracht werden, jedoch nicht unter die Leistungspflicht nach Art. 7 Abs. 2 KLV fallen und separat in Rechnung gestellt werden können (*Jean-Louis Duc*, Statut des assurés dans des établissements médico-sociaux selon la LAMal, in: SZS 40/1996, S. 281 f.), ferner für Dienstleistungen, die nicht vom Heimpersonal erbracht werden (persönliche Angelegenheiten) und für welche der Versicherte zufolge Hilflosigkeit auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Wie das BSV in der Vernehmlassung ausführt, kommt es bei den geltenden Heimtarifen daher auch beim Zusammenfallen von Hilflosenentschädigungen mit den Leistungen der Krankenversicherung in aller Regel zu keiner Überentschädigung, weil den Betroffenen ungedeckte Kosten entstehen, die höher sind als die Hilflosenentschädigungen der AHV oder IV.

Amalgamsanierung

KV 96 Urteil des EVG vom 15. September 1999

Die Kosten einer Amalgamsanierung sind auch nach der Neuregelung der Leistungspflicht bei zahnärztlichen Behandlungen durch den Gesetzgeber nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu decken (Erw. 7 und 8).

Zur Frage der unentgeltlichen Verbeiständung im vorinstanzlichen Verfahren (Erw. 9).

Les coûts d'un assainissement d'un amalgame, d'après la nouvelle réglementation légale de l'obligation d'assurance en cas de traitement dentaire également, ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins (cons. 7 et 8).

A propos de l'assistance judiciaire gratuite en procédure de première instance (cons. 9).

Anche secondo il nuovo ordinamento legale circa l'obbligo prestativo in tema di cure dentarie, i costi di risanamento di un amalgama non vanno coperti dall'assicurazione malattie obbligatoria (cons. 7 e 8).

Del gratuito patrocinio nella procedura di prima istanza (cons. 9).

I.

A. – Der 1944 geborene H. stellte am 26. September 1996 ein Gesuch um Kostengutsprache für eine Amalgamsanierung. Nach Beizug ihres Vertrauensarztes Prof. Dr. Dr. A., Chefarzt der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie am Spital X., lehnte die K., Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Kasse), mit Verfügung vom 6. Februar 1997 eine Leistungspflicht ab. Mit Einspracheentscheid vom 20. Juni 1997 hielt sie an ihrem Standpunkt fest.

B. – H. liess gegen diesen Entscheid Beschwerde erheben und beantragen, die Kasse habe ihm die für die in Aussicht genommene Amalgam- bzw. Palladiumsanierung erforderlichen Leistungen abzugelten, eventualiter sei sie zur Übernahme der Kosten für die Abklärung der Ursachen der gesundheitlichen Beschwerden zu verpflichten. Nach Durchführung eines doppelten Schriftenwechsels stellte H. am 12. März 1998 ein Gesuch um rückwirkende Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung. Mit Entscheid vom 30. April 1998 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Beschwerde ab, soweit es darauf eintrat. Gleichzeitig wurde das Gesuch um rückwirkende Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung abgewiesen.

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt H. wiederum die Abgeltung der für die in Aussicht genommene Amalgam- bzw. Palladiumsanierung erforderlichen Leistungen durch die Kasse, die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Festsetzung der dem unentgeltlichen Rechtsvertreter zukommenden Entschädigung sowie die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht beantragen.

Die Kasse schliesst in der Hauptsache auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde; zur Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung enthält sie sich einer Stellungnahme. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat sich nicht vernehmen lassen.

D. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde in eigener Sache beantragt Dr. K., Rechtsvertreter des H., die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Festsetzung der dem unentgeltlichen Rechtsbeistand zukommenden Entschädigung.

Die Kasse enthält sich einer Stellungnahme zu dieser Frage.

II.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat aus den folgenden Erwägungen die Verwaltungsgerichtsbeschwerde – soweit sie die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung im kantonalen Rechtsmittelverfahren betraf – teilweise gutgeheissen und sie im Übrigen abgewiesen:

1. – Die Nichtgewährung der unentgeltlichen Verbeiständung ist sowohl Gegenstand der Verwaltungsgerichtsbeschwerde des Versicherten als auch derjenigen seines Rechtsvertreters. Da auch beide Rechtsmittel den nämlichen vorinstanzlichen Entscheid betreffen, rechtfertigt es sich, die Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (BGE 123 V 215 Erw. 1, 120 V 466¹ Erw. 1 mit Hinweisen; *Poudret*, *Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire*, Bd. 1, S. 343 unten f.).

2. – Materiellrechtlich streitig und zu prüfen ist, ob die Kasse die Kosten für die in Aussicht genommene Amalgam- bzw. Palladiumsanierung zu übernehmen hat.

3. – a) Die Kosten der zahnärztlichen Behandlung werden – wie die Vorinstanz zutreffend dargelegt hat – von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen, wenn diese – alternativ – durch eine

¹ siehe Nr. K 945 (1994) dieser Sammlung

schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG), durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG). Zahnärzte und Zahnärztinnen sind für Leistungen nach Art. 31 KVG den Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt (Art. 36 Abs. 3 KVG).

b) In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG ist der Bundesrat beauftragt worden, u. a. die Leistungen nach Art. 31 Abs. 1 KVG für zahnärztliche Behandlungen näher zu bezeichnen oder diese Aufgabe dem Departement oder dem Bundesamt zu übertragen. Der Bundesrat hat von seiner Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch gemacht. Er hat das Departement (des Innern) beauftragt, die zahnärztlichen Behandlungen gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG nach Anhören der zuständigen Kommission zu bezeichnen (Art. 33 lit. d KVV). Das Departement hat in der von ihm erlassenen Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) diese zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17–19a aufgelistet. Art. 17 KLV beschlägt die Pflichtleistungen des Krankenversicherers bei schwerer, nicht vermeidbarer Erkrankung des Kausystems. In der bis Ende 1998 gültig gewesenen und hier massgebenden Fassung nennt Art. 18 KLV die Pflichtleistungen bei Folgezuständen schwerer Allgemeinerkrankungen (konsekutive Behandlung) und Art. 19 KLV bei zahnärztlicher Behandlung, die der Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihren Folgen vorausgeht (vorausgehende Behandlung). Art. 19a KLV zählt die zahnärztlichen Behandlungen auf, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind.

4. – a) Der Beschwerdeführer machte zur Begründung seines Gesuchs um Kostenübernahme Gesundheitsschäden mit Krankheitswert geltend, die durch die Entfernung seiner Amalgamfüllungen behoben würden. Er legte diverse Analyse- und Diagnoseberichte bei. So hatte er sich am 11. Juni 1996 bei Prof. Dr. med. Z. einer Quecksilberanalyse unterzogen, anlässlich welcher eine den WHO-Grenzwert deutlich übersteigende Quecksilberaufnahme festgestellt worden war. Daraus schloss der Spezialist, dass eine Gesundheitsgefährdung auf längere Sicht nicht auszuschliessen sei; gleichzeitig bezeichnete er den Zustand der Füllungen als mangelhaft (stark angegriffen). Die von Dr. med. L., Neuroradiologisches und Radiologisches Institut Y., angefertigten MRI-Aufnahmen des Gehirns zeigten ausser einer grösseren Schleimhautzyste keine pathologischen Befunde; erwähnt wurde die Möglichkeit einer leichten Hirnatrophie (Bericht vom 10. Juli 1996). Dr. med. habil. D., Internist / Umweltarzt, schliesslich diagnostizierte am 15. August 1996 eine Autoimmunerkrankung durch Metalle und Zahnher-

de mit toxischer Enzephalopathie (hirnorganisches Psychosyndrom) mit schwerer Hirnatrophie und MS-like disease und Alopecia areata, Riesen-Oberkiefer-Zysten mit Nebenhöhlenbeteiligung, tox. Stottern, röntgenologischen Metall-Allergien Typ IV mit Depots der Allergene im Kieferknochen, eitrige Osteomyelitis im Kiefer, Kiefergelenksarthrose, Enzymdefekt zum Giftabbau sowie alpha 1-Mikroglobulin-Erhöhung mit Nierenaffektion.

b) Der von der Krankenkasse beigezogene Vertrauensarzt Prof. Dr. Dr. med. A. bezeichnete die von Dr. med. habil. D. gestellten Diagnosen am 21. Oktober 1996 als medizinisch nicht akzeptabel und in keiner Weise nachvollziehbar. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17. April 1997 unterschied er zwischen den medizinisch-spezifischen Diagnosen wie toxische Enzephalopathie, Hirnatrophie, MS-like-disease, Alopecia areata und den kieferspezifischen Erkrankungen wie Riesen-Oberkiefer-Zysten, Nasennebenhöhlenaffektionen, Osteomyelitis des Kiefers, Kiefergelenksarthrose. Er führte aus, erstere Erkrankungen fielen nicht in sein Fachgebiet, die kieferspezifischen Erkrankungen hingegen könnten nicht in Zusammenhang mit dem Vorhandensein von Amalgamfüllungen und einer allfälligen Amalgamintoxikation gebracht werden. Gestützt auf die Äusserungen des Vertrauensarztes lehnte die Kasse eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab.

c) Die Vorinstanz wies die dagegen eingereichte Beschwerde im Wesentlichen mit der Begründung ab, die vom Versicherten geltend gemachten Allgemeinerkrankungen seien in Art. 19 KLV nicht enthalten. Die diagnostizierten Erkrankungen des Kausystems sodann seien laut Prof. Dr. med. Z. die Folge der stark angegriffenen und daher übermässig Quecksilber freisetzenden Amalgamfüllungen, weshalb sie bei Instandhalten der Füllungen vermeidbar gewesen wären. Der Auffassung, die in der KLV nicht aufgeführte amalgamfreie Sanierung der Zähne stelle eine Lücke dar, könne nicht gefolgt werden.

d) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird gerügt, die Begründung der Vorinstanz, wonach die Gesundheitsschädigung nur auf den mangelhaften Zustand der Amalgamfüllungen zurückzuführen sei, sei unhaltbar. Für die Zysten, die Osteomyelitis und die Kiefergelenksarthrose bestehe eine Leistungspflicht gemäss Art. 17 KLV. Die Nasennebenhöhlenaffektion liege ausserhalb der zahnärztlichen Behandlung und somit innerhalb des Leistungsbereichs der Krankenversicherung. Zutreffend sei, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht unter der Geltung des KUVG das Ersetzen von Amalgamfüllungen nicht als Pflichtleistung der Krankenkassen qualifiziert habe, doch sei im Bereich der zahnärztlichen Behandlungen

eine völlige Neugestaltung vorgenommen worden. Was Art. 18 KLV betref-
fe, liege nicht zwingend eine abschliessende Aufzählung vor.

5. – Dem Beschwerdeführer ist vorab insoweit beizupflichten, als die
Schlussfolgerung des kantonalen Gerichts, wonach nicht das Vorhanden-
sein von Amalgamfüllungen als solchen, sondern der Umstand, dass diese
stark angegriffen seien und somit übermässig Quecksilber freisetzen wür-
den, zu Gesundheitsbeschwerden geführt habe, unzulässig ist. Wohl wurde
in der Analysenbewertung vom 11. Juni 1996 der Zustand der Amalgamfül-
lungen als mangelhaft bezeichnet; doch kann daraus in Anbetracht der sehr
hohen Quecksilberbelastung des Beschwerdeführers – eine Tagesbelastung
entspricht 317,5 % des WHO-Grenzwertes – nicht gefolgert werden, bei In-
standhalten der Amalgamfüllungen wäre mit keiner übermässigen Queck-
silberbelastung zu rechnen. Darauf ist indessen nicht näher einzugehen, da
sich der vorinstanzliche Entscheid an sich nicht auf diese Aussage abstützt,
sondern auf die Erkenntnis, dass die Amalgam- bzw. Palladiumsanierung
keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung darstellt.

6. – Wie Vorinstanz und Beschwerdeführer zutreffend darlegen, ist die
Zahnbehandlung nach konstanter Rechtsprechung des Eidgenössischen
Versicherungsgerichts zum alten Recht nicht als Pflichtleistung der Kran-
kenkassen anerkannt worden, und zwar unabhängig davon, welche Auswir-
kungen das Zahnleiden und seine Behandlung auf die Gesundheit der ver-
sicherten Person hatte (BGE 124 V 190¹ Erw. 3b, 198² Erw. 1c, 120 V 195³
Erw. 2b, 116 V 116⁴ Erw. 1b je mit Hinweisen). Das Eidgenössische Ver-
sicherungsgericht hat in diesem Zusammenhang erkannt, dass die anläss-
lich einer Zahnsanierung vorgenommene Entfernung von Amalgam- und
Chrom-Kobald-Legierungen infolge Allergie keine Pflichtleistung der
Krankenkasse darstelle (RKUV 1995 Nr. K 968 S. 143). Die Leistungspflicht
wurde sodann verneint für eine Zahnbehandlung bei kardialen Komplika-
tionen (BGE 116 V 114⁴), desgleichen für eine zahnprothetische Versor-
gung nach Karzinomoperation (RKUV 1990 Nr. 836 S. 135) und bei einer
Zahnbehandlung, die als Folge einer von der Krankenkasse übernomme-
nen therapeutischen Massnahme (Radiotherapie) notwendig geworden war
(RSKV 1981 Nr. 454 S. 150 Erw. 3, 1977 Nr. 276 S. 29 Erw. 2). Das Gericht
hat schliesslich festgestellt, dass nur der Gesetzgeber diese gesetzliche Ord-
nung gemäss KUVG, deren Anwendung zu im Ergebnis als hart und unbe-
friedigend empfundenen Entscheiden geführt hat, ändern könne (BGE 120
V 195³ Erw. 2b mit Hinweisen).

¹ siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

² siehe Nr. KV 33 (1998) dieser Sammlung

⁴ siehe Nr. K 949 (1994) dieser Sammlung

³ siehe Nr. K 839 (1990) dieser Sammlung

Bei der Schaffung des neuen Rechts sollte am Grundsatz, wonach die Kosten für zahnärztliche Behandlungen nicht der Krankenversicherung zu überbinden sind, nichts geändert werden. Die für die Neuregelung der Krankenversicherung eingesetzte Expertenkommission schlug hingegen vor, der Krankenversicherung die Kosten jener zahnärztlichen Behandlungen zu übertragen, welche durch eine schwere Krankheit oder ihre Folgen bedingt oder die zur Behandlung einer schweren Krankheit oder ihrer Folgen notwendig seien. Dabei empfahl sie, die zu übernehmenden Fälle abschliessend in den Durchführungsbestimmungen aufzuzählen (Bericht der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990, S. 52).

Die bundesrätliche Vorlage an die eidgenössischen Räte folgte im Wesentlichen diesen Empfehlungen (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 132). Bei der Beratung der Vorlage setzte sich die Auffassung durch, dass durch die gegebenen Möglichkeiten der Mund- und Zahnhygiene und der Prophylaxe der Grosse teil der Zahnschäden vermeidbar und die Kosten der Behandlung daher nicht der obligatorischen Krankenversicherung zu überbinden seien (Amtl. Bull. 1992 S. 1301 f., Amtl. Bull. 1993 S. 1843 f.). Hinsichtlich der von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmenden Zahnbehandlungskosten einigten sich die Räte auf die in Erwägung 3 hievordargelegte Regelung. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat erkannt, dass die Liste der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in den Art. 17–19 KLV entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers abschliessend ist (BGE 124 V 193¹ Erw. 4 und 347² Erw. 3a).

7. – Zu prüfen ist demnach im Folgenden, ob die Leiden des Beschwerdeführers unter die in den Art. 17–19 KLV aufgeführten, zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten fallen.

a) Was zunächst die vom Beschwerdeführer geltend gemachten kiefer-spezifischen Erkrankungen anbelangt, können diese nach überzeugender Auffassung des Spezialisten Prof. Dr. Dr. A. nicht in Zusammenhang mit dem Vorhandensein von Amalgamfüllungen und einer eventuellen Amalgamintoxikation gebracht werden. Die Amalgamintoxikation ist sodann bei den in Art. 17 KLV aufgelisteten Erkrankungen des Kausystems nicht erwähnt. Oberkiefer-Zysten, Nasennebenhöhlenaffektionen, Osteomyelitis des Kiefers sowie Kiefergelenksarthrose schliesslich bedingen keine Amalgamsanierung, so dass deren Vorhandensein, Schwere und Vermeidbarkeit

¹ siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

² siehe Nr. KV 55 (1998) dieser Sammlung

nicht weiter geprüft werden müssen. Damit ist über eine allfällige Leistungspflicht der Krankenkasse für die Behandlungen der Beschwerden als solche – ausser einer Amalgamsanierung – nichts entschieden.

b) Der Beschwerdeführer macht sodann – wie die Vorinstanz zutreffend erwogen hat – zu Recht nicht geltend, dass die zahnärztliche Behandlung durch eine in Art. 18 KLV aufgeführte Allgemeinerkrankung bedingt sei. Eine Pflichtleistung der Krankenkasse kann daher aus dieser Bestimmung nicht abgeleitet werden.

c) Abschliessend ist zu prüfen, ob das Krankheitsbild des Beschwerdeführers zu den in Art. 19 KLV aufgeführten schweren Allgemeinerkrankungen oder ihren Folgen gehört, die eine vorausgehende zahnärztliche Behandlung notwendig machen und einen Leistungsanspruch zu begründen vermöchten. Dass Amalgamunverträglichkeit als solche oder eine der verschiedenen, grossteils umstrittenen Diagnosen in der Aufzählung des Art. 19 KLV enthalten wäre, behauptet der Beschwerdeführer ebenfalls zu Recht selber nicht. Die Beschwerden sind in der abschliessenden Liste nicht aufgeführt, so dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse entfällt.

8. – Zum Argument des Beschwerdeführers, in der heutigen Situation und unter Berücksichtigung der neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse lasse sich die Praxis betreffend Leistungspflicht für Amalgamsanierungen nicht mehr halten, kann der Vollständigkeit halber erwähnt werden, dass es dem Eidgenössischen Versicherungsgericht im Rahmen der Überprüfungsbefugnis von Verordnungen nicht verwehrt ist, der Frage nachzugehen, ob eine Krankheit in den entsprechenden Verordnungsbestimmungen zu Unrecht nicht aufgeführt ist. Dabei hat es sich allerdings aus zwei Gründen grosse Zurückhaltung aufzuerlegen:

a) Zunächst handelt es sich bei der Krankenpflege-Leistungsverordnung um eine departementale Verordnung, deren Änderung und fortlaufende Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis einfach sind. Einer Beschlussfassung durch den Gesamtbundesrat bedarf es nicht; eine departementale Vorlage genügt.

b) Zum ändern liegt der Aufzählung der Krankheiten in Art. 17–19 KLV eine Konsultation der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen zu Grunde (Art. 33 lit. d und Art. 37a lit. b KVV). Eine richterliche Ergänzung der Liste würde ohnehin eine vorgängige Anhörung von Experten voraussetzen, was geraume Zeit in Anspruch nähme und erst noch den Nachteil hätte, dass im Falle einer richterlichen Ergänzung die Liste der Krankheiten nicht auf einheitlicher fachmännischer Beurteilung beruhen würde.

In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird nichts vorgebracht, was das Eidgenössische Versicherungsgericht trotz der gebotenen Zurückhaltung veranlassen könnte, eine Aufnahme der Leiden des Beschwerdeführers in die Liste der Krankheiten von Art. 18 oder 19 KLV näher in Prüfung zu ziehen.

9. – Zu prüfen bleibt die Frage der unentgeltlichen Verbeiständung im vorinstanzlichen Verfahren.

a) Das kantonale Gericht hat das Gesuch um rückwirkende Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung vom 12. März 1998 abgewiesen mit der Begründung, der verfassungsmässige Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege im Rahmen der unmittelbaren Minimalgarantien von Art. 4 BV beziehe sich gemäss BGE 122 I 203 f. grundsätzlich nur auf die Zukunft. Zudem sei auch gemäss zürcherischem Prozessrecht eine Rückwirkung ausgeschlossen. Gründe für eine ausnahmsweise Rückwirkung seien nicht ersichtlich und würden auch nicht geltend gemacht. Da nach Einreichung des Gesuchs praktisch keine weiteren Handlungen durch einen Vertreter notwendig gewesen seien, sei das Gesuch abzuweisen.

b) In beiden Verwaltungsgerichtsbeschwerden wird die Verweigerung der rückwirkenden Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung gerügt. Nicht Gegenstand des Verfahrens ist die Zeit nach Gesuchseinreichung, werden doch keine entsprechenden Aufwendungen geltend gemacht und sind auch keine solchen ersichtlich. Streitig ist somit nur, ob der Beschwerdeführer für ein bestimmtes Verfahren bzw. einen bestimmten Verfahrensabschnitt Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung hat. Träger dieses in Frage stehenden Individualrechts und somit beschwerdelegitimiert ist daher der Beschwerdeführer selber, nicht aber sein Anwalt (vgl. BGE 125 I 162 Erw. 2a mit Hinweisen). Eine Ausnahme macht die Rechtsprechung nur, wenn nicht über den Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege als solchen, sondern bloss über die Höhe des Honorars gestritten wird, das dem unentgeltlichen Rechtsbeistand für bestimmte Bemühungen aus der Staatskasse auszurichten ist (nicht publizierte Erw. 1 des Urteils BGE 122 I 203; vgl. auch BGE 110 V 363 Erw. 2 und ARV 1997 Nr. 27 S. 151). Im vorliegenden Fall steht somit die Beschwerdelegitimation nur dem Versicherten zu. Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde des Rechtsvertreters in eigener Sache ist nicht einzutreten.

c) Gemäss Art. 87 lit. f KVG ist das Recht, sich verbeiständen zu lassen, gewährleistet. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird dem Beschwerdeführer ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt.

Im Urteil H. vom 7. Juli 1994 (SVR 1994 IV Nr. 29 S. 75) hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass sich die Verweigerung der unentgeltlichen Verbeiständung für die Zeit vor der Gesuchstellung mit Art. 85 Abs. 2 lit. f AHVG, der die unentgeltliche Verbeiständung im Bereich des AHVG und des IVG (Art. 69 IVG) gewährleistet, nicht vereinbaren lasse. Zur Begründung legte es im Wesentlichen dar, der Umstand, dass der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht sei und Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen überdies von Bundesrechts wegen kostenfrei seien, zeige, dass die prozessualen Hürden für die rechtsuchende Person gering und das Verfahren dementsprechend einfach ausgestaltet sein solle. Diesem Gebot würde nicht genügend Beachtung geschenkt, würde die Bewilligung der in Art. 85 Abs. 2 lit. f AHVG bundesrechtlich gewährleisteten unentgeltlichen Rechtspflege von der Erfüllung besonderer verfahrensmässiger Erfordernisse abhängig gemacht, indem für deren Beantragung zeitliche Schranken gesetzt würden.

Diese Rechtsprechung gilt auch im Rahmen von Art. 87 lit. f KVG. Der Umstand, dass sich der verfassungsmässige Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege im Rahmen der unmittelbaren Minimalgarantien von Art. 4 BV nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts grundsätzlich nur auf die Zukunft bezieht und eine darüber hinausgehende Rückwirkung nur ausnahmsweise in Betracht fällt (BGE 122 I 203), steht dem nicht entgegen. Denn im vorliegenden Fall besteht in Art. 87 lit. f KVG eine bundesgesetzliche Grundlage für den Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung, die über die verfassungsmässigen Mindestgarantien hinausgeht und namentlich im Hinblick auf die erwähnten Besonderheiten des Sozialversicherungsprozesses eine möglichst einfache Ausgestaltung des Verfahrens gebietet. Da die materiellen Voraussetzungen für die unentgeltliche Verbeiständung unbestrittenermassen schon zu Beginn des vorinstanzlichen Beschwerdeverfahrens erfüllt waren, verletzt der vorinstanzliche Entscheid somit Bundesrecht, soweit die rückwirkende Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung verweigert wurde.

Droit à la protection de la bonne foi

KV 97 Arrêt du TFA du 17 septembre 1999

Cas d'une caisse-maladie ayant par erreur remboursé à son assurée des soins à domicile prodigués durant trois mois par une infirmière non reconnue: au regard des circonstances, l'assurée mérite d'être protégée dans sa bonne foi quant au principe, mais non quant à l'étendue de la prise en charge des soins à domicile dispensés par la suite et qui ont fait l'objet de factures régulièrement adressées à la caisse, sans que celle-ci ne réagisse (consid. 4 et 5).

Fall einer Krankenkasse, welche einer Versicherten aufgrund eines Fehlers während dreier Monate Leistungen bei Krankenpflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Krankenschwester vergütet hat. Angesichts der Umstände ist das Vertrauen der Versicherten zwar im Grundsatz zu schützen, nicht aber hinsichtlich des Umfangs der zu übernehmenden Kosten für Leistungen bei Krankenpflege zu Hause, die in der Folge erbracht und der Kasse regelmässig in Rechnung gestellt worden sind, ohne dass diese darauf reagiert hat (Erw. 4 und 5).

Caso di una cassa malati che ha rimborsato per errore a una sua assicurata delle cure a domicilio effettuate durante tre mesi da un'infermiera non autorizzata: considerate le circostanze, la buona fede dell'assicurata merita protezione quanto al principio ma non quanto all'entità del rimborso delle cure a domicilio effettuate in seguito e fatturate regolarmente alla cassa senza che questa reagisse (cons. 4 e 5).

I.

A. – M. était affiliée à la Caisse-maladie V. (ci-après: la caisse) et bénéficiait de l'assurance obligatoire des soins ainsi que de différentes assurances complémentaires.

A partir du mois de mars 1996, l'état de santé de l'assurée a nécessité des soins à domicile; ceux-ci lui ont été prodigués par D. Le 10 mai 1996, D. a fait parvenir à la caisse ses factures concernant les soins dispensés en avril (2030 fr.) et en mai 1996 (2100 fr.), afin que la caisse les rembourse à l'assurée conformément à sa couverture d'assurance. Les factures des mois de juin (2700 fr.) et juillet 1996 (4960 fr.) ont été adressées à la caisse le 16 juin 1996. La caisse a remboursé à l'assurée, dans le courant du mois de juillet 1996, une somme de 6504 fr. 20 pour les factures portant sur les mois d'avril, mai et juin écoulés.

Les soins dispensés d'août 1996 à mars 1997 ont également fait l'objet de factures (pour une somme totale de 52 880 fr.) qui ont été régulièrement adressées à la caisse. Invoquant un retard dans le suivi des dossiers, cette

dernière ne les a toutefois pas remboursées immédiatement à l'assurée, à qui elle a fait parvenir, le 9 janvier 1997, une lettre contenant le passage suivant:

«(...)

Nous nous référons aux factures mentionnées en référence que vous nous avez transmises au sujet de soins prodigués de juillet 1996 à septembre 1996, par Madame D.

Afin de pouvoir déterminer votre droit aux prestations, nous avons dû demander, par l'intermédiaire de notre médecin-conseil, des renseignements médicaux au Docteur E. Dès que nous serons en possession de tous les éléments nécessaires, nous procéderons au règlement de ce cas dans les meilleurs délais (...).»

Le docteur E. a attesté, dans un certificat délivré au mois de janvier 1997, que sa patiente requérait les soins à domicile suivants: administration de médicaments; rinçage, nettoyage et pansement de plaies; assistance pour des bains médicaux partiels ou complets; soins de base selon l'art. 7 al. 2 lit. c OPAS.

M. est décédée le 27 mars 1997. D., puis H. – instituée héritière unique – ont relancé la caisse pour qu'elle rembourse les factures des mois de juillet 1996 à mars 1997. Par lettre du 25 avril 1997, la caisse a opposé son refus, motif pris que les soins à domicile n'avaient pas été dispensés, comme l'exige la loi, par une infirmière indépendante autorisée à pratiquer à la charge des assureurs-maladie. La caisse déclarait par ailleurs renoncer à réclamer à l'hoirie M. (ci-après: l'hoirie) la restitution des prestations versées à tort en juillet 1996. Se prévalant de la protection de la bonne foi, l'hoirie a fait valoir que, du moment que la caisse avait pris en charge sans réserve les factures des mois d'avril à juin 1996, elle était tenue de rembourser intégralement celles des mois suivants.

Par décision du 23 avril 1998, la caisse a partiellement admis le point de vue de l'hoirie; elle a reconnu lui devoir des prestations jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait été tenue de lui verser au titre de l'assurance obligatoire si les soins à domicile avaient été prodigués par une infirmière autorisée à pratiquer au sens de la loi, soit 9091 fr. 40 pour l'année 1996 (prestations d'avril à décembre) et 3167 fr. 10 pour l'année 1997 (prestations de janvier à mars). Précisant que les prestations découlant des assurances complémentaires étaient depuis le 1^{er} janvier 1997 soumises au droit privé, elle a à ce titre seulement alloué un montant de 900 fr. pour l'année 1996 (aide ménagère). Toujours dans sa décision du 23 avril 1998, la caisse a par

ailleurs exigé la restitution du montant de 6504 fr. 20 versé à tort en juillet 1996, de telle sorte qu'après compensation, elle se reconnaissait débitrice de l'hoirie d'un montant de 6654 fr. 30.

Saisie d'une opposition de l'hoirie, la caisse l'a rejetée par une nouvelle décision le 1^{er} juillet 1998.

B. – L'hoirie M. a recouru contre cette décision en concluant au remboursement des soins à domicile dispensés de juillet 1996 à mars 1997 (représentant un montant de 57 840 fr.), sous déduction de la participation de l'assurée aux frais.

Par jugement du 26 janvier 1999, le Tribunal administratif de la République et canton de Genève a partiellement admis le recours et condamné la caisse au paiement d'une somme de 13 108 fr. 50 (recte: 13 158 fr. 50). En bref, le tribunal a considéré que l'hoirie pouvait bénéficier de la protection de la bonne foi quant au principe, mais non quant à l'étendue de la prise en charge des soins à domicile prodigués d'avril 1996 à mars 1997; la caisse devait ainsi rembourser les factures de D., mais jusqu'à concurrence seulement des prestations légales dues à une infirmière reconnue au sens de la LAMal (en plus d'un montant de 900 fr. dû au titre des assurances complémentaires).

C. – L'hoirie M. interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle requiert l'annulation, en concluant derechef à ce que la caisse soit condamnée à lui rembourser intégralement les factures de D. pour ses prestations des mois de juillet 1996 à mars 1997, soit 57 840 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 15 octobre 1996.

La caisse forme également recours de droit administratif contre le jugement cantonal. Faisant valoir que le droit à la protection de la bonne foi a pris naissance en août 1996 au plus tôt (après que l'assurée eut été informée de la prise en charge des premières factures), elle conclut au versement par ses soins à l'hoirie d'une somme de 2594 fr. 40. Celle-ci correspond aux prestations légales découlant de l'assurance obligatoire pour les soins à domicile dispensés d'août 1996 à mars 1997 (8198 fr. 60), plus 900 fr. pour les assurances complémentaires de l'année 1996 (aide ménagère), moins le montant de 6504 fr. 20 versé à tort en juillet 1996.

Invitées à se déterminer sur leurs recours respectifs, l'hoirie et la caisse ont persisté dans leurs conclusions.

II.

Par les considérants suivants, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours de la hoirie et partiellement admis le recours de la caisse:

1. – Les recours de droit administratif concernent des faits de même nature, portent sur des questions juridiques communes et sont dirigés contre le même jugement, de sorte qu'il se justifie de les réunir et de les liquider dans un seul arrêt (ATF 123 V 215 consid. 1; *Poudret*, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. I, p. 343 sv.).

2. – Le litige porte sur la somme que la caisse doit rembourser à l'hoirie pour les soins à domicile prodigués par D. à M. d'avril 1996 à mars 1997.

3. – Durant la période litigieuse, M. était assurée auprès de la caisse pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour différentes assurances complémentaires.

a) Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996, le contentieux en matière d'assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie ressortit au juge privé et la Cour de céans n'est plus compétente pour en connaître. Toutefois, la caisse n'a adapté au nouveau droit ses dispositions relatives aux prestations pour soins excédant l'assurance obligatoire qu'au 1^{er} janvier 1997, si bien que le juge des assurances sociales demeure compétent pour examiner les prestations découlant des assurances complémentaires de l'année 1996 (art. 102 al. 2 LAMal; ATF 124 V 134¹).

Au titre des assurances complémentaires, M. bénéficiait, en 1996, de l'assurance des Soins médico-pharmaceutiques Plus (B00) et de l'assurance des Soins de longue durée (L00). En vertu de ces assurances, elle peut simplement prétendre – et cela n'est pas discuté par les parties – un montant de 900 fr. (art. 18 du règlement de l'assurance des Soins médico-pharmaceutiques Plus, valable dès 1996; cf. aussi art. 5 et 6 – annulés – du règlement de l'assurance des Soins de longue durée, valable dès 1996).

b) S'agissant des prestations découlant de l'assurance obligatoire des soins, il est constant qu'au moment déterminant, D. ne faisait pas partie des infirmières indépendantes autorisées à prodiguer, à la charge des assureurs-maladie, des soins à domicile sur prescription médicale (cf. liste remise par le Secrétariat de la Fédération valaisanne des caisses-maladie). Aussi bien les prestations de D. ne sont-elles, légalement, pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 al. 2 let. a ch. 3, en relation avec les art. 35 al. 1

¹ voir n° KV 31 (1998) de ce recueil

et 2 let. e et 41 LAMal; art. 46 al. 1 let. c et al. 2 ainsi que 49 OAMal). Les parties ne le contestent du reste pas, qui placent le litige sur le seul terrain du droit à la protection de la bonne foi.

4. – a) Le droit à la protection de la bonne foi permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies:

1. il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées;
2. qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence;
3. que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu;
4. qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice;
5. que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références).

b) La protection de la bonne foi ne suppose pas toujours l'existence d'un renseignement ou d'une décision erronés. Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué avec succès en présence, simplement, d'assurances ou d'un comportement de l'administration susceptibles d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 111 Ib 124 consid. 4; arrêts non publiés R. du 25 novembre 1992 et H. du 29 janvier 1992; *Grisel*, Traité de droit administratif, p. 390 sv.). Mais, dans un tel cas, l'assuré ne peut, conformément à l'art. 3 al. 2 CC, se prévaloir de sa bonne foi si, nonobstant les doutes qui s'imposent, il a manqué de la diligence requise par les circonstances, notamment en s'abstenant de vérifier une information (*Grisel*, op. cit., p. 392; *Rhinow/Krähenmann*, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, n° 74 B IXb p. 232).

5. – a) Se prévalant du droit à la protection de la bonne foi, l'hoirie soutient que, du moment que la caisse a remboursé sans réserve – déduction faite de la participation de l'assurée aux frais – les factures des mois d'avril, mai et juin 1996, l'assurée pouvait en déduire que les soins à domicile prodigués par D. seraient entièrement pris en charge par la caisse au titre de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'hoirie, la caisse doit par conséquent rembourser les prestations facturées par D. d'avril 1996 à mars 1997 dans

leur intégralité, soit 57 840 fr. (sous déduction de la participation de l'assurée aux frais).

Pour sa part, la caisse admet qu'elle doit rembourser les factures de D., mais seulement jusqu'à concurrence des prestations légales prévues en matière de soins à domicile prodigués par une infirmière reconnue au sens de la LAMal (soit 8550 fr. 50). Elle fait par ailleurs valoir que l'assurée ne peut bénéficier du droit à la protection de la bonne foi que depuis le moment où elle pouvait partir de l'idée que les prestations seraient prises en charge par la caisse, soit après qu'elle eut pris connaissance du remboursement des premières factures. L'ordre de paiement y relatif ayant été donné le 16 juillet 1996, l'assurée n'a eu connaissance du remboursement – selon la caisse, qui se fie à cet égard à son expérience – que dix jours plus tard, de sorte que sa bonne foi ne doit être protégée que pour les soins à domicile prodigués dès le mois d'août 1996.

b) Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de juger qu'une caisse-maladie qui prend en charge – par méprise – pendant une certaine période des prestations sans y être tenue (par ex. un médicament ou un traitement médical), fait naître chez l'assuré la confiance que celles-ci continueront de lui être octroyées dans l'avenir. Aussi bien, la caisse ne peut interrompre la prise en charge des prestations accordées à tort tant que l'assuré, qui n'a pas connaissance de l'erreur – et n'a pas à l'être –, prend des dispositions préjudiciables à ses intérêts (RJAM 1980 p. 147 n° 414; arrêt non publié B. du 11 août 1994; voir aussi CAMS 1996 p. 138). Dans le cas d'un assuré dont la caisse-maladie avait pris en charge par inadvertance un traitement médical, la Cour de céans a en revanche considéré que le droit d'obtenir le remboursement d'un traitement identique nécessité environ une année plus tard ensuite d'une rechute de la maladie devait être nié, car la prise en charge du premier traitement était isolée et ne constituait pas une pratique constante de la caisse de nature à justifier le droit à la protection de la bonne foi (arrêt non publié C. du 27 septembre 1993).

c) En l'espèce, la caisse a remboursé le 16 juillet 1996, sans y être tenue et sans faire de réserve, les factures pour les soins à domicile dispensés en avril, mai et juin 1996. Bien que les prestations n'aient été versées à tort que durant une période relativement courte, on peut admettre avec les parties, au vu des circonstances, que l'assurée pouvait déduire du comportement de la caisse que celle-ci ne s'opposait pas à l'intervention de D. comme fournisseur de prestations. Cela d'autant plus que, nonobstant le fait qu'il lui était aisé de s'assurer que la prénommée fit bien partie des infirmières indépendantes autorisées à pratiquer à la charge des assureurs-maladie, la caisse a laissé s'écouler près de huit mois entre le remboursement des soins

à domicile et le refus de leur prise en charge, lors même que les factures lui étaient régulièrement adressées depuis le mois d'avril 1996 déjà. Par conséquent, s'agissant du *principe* de la couverture des soins à domicile, l'assurée mérite d'être protégée dans sa bonne foi. Comme le fait pertinemment remarquer la caisse, avant qu'elle n'eût connaissance du remboursement des premières factures, l'assurée n'avait pas de motif de penser, du moins en relation avec le comportement de la caisse, que celle-ci consentit à l'intervention de D. comme fournisseur de prestations, en conséquence de quoi le droit à la protection de la bonne foi ne peut lui être reconnu que pour les soins à domicile dispensés à partir du mois d'août 1996 (au degré de vraisemblance prépondérante, on peut en effet admettre, avec la caisse, que l'assurée a pris connaissance fin juillet 1996 du remboursement des premières factures).

Quant à l'*étendue* de la prise en charge, on ne saurait suivre l'hoirie M. lorsqu'elle soutient que la caisse doit rembourser les honoraires de D. dans leur intégralité. Certes la caisse a-t-elle pris en charge intégralement – déduction faite de la participation de l'assurée aux frais – les trois premières factures qui lui ont été remises. Il faut toutefois convenir avec la caisse que l'assurée ne pouvait déduire de cette seule circonstance que les soins à domicile dispensés seraient entièrement couverts à l'avenir, s'agissant de prestations par nature variables, tant en ce qui concerne leur ampleur que leur genre. D'ailleurs, les prestations ont, en l'occurrence, effectivement varié: d'une part, les soins journaliers, qui nécessitaient une heure de travail d'avril à juin 1996, en ont requis deux à partir du mois de juillet 1996 et, d'autre part, des heures de nuit ont été régulièrement facturées dès le mois de septembre 1996. Or, il s'agit-là assurément de circonstances qui devaient inciter l'assurée à se renseigner sur l'étendue des prestations couvertes par la caisse (cf. consid. 4b), surtout que cette dernière, loin de donner des assurances au sujet d'une totale prise en charge des soins à domicile, a au contraire indiqué à l'assurée, le 9 janvier 1997, que des renseignements médicaux lui étaient encore nécessaires «afin de pouvoir déterminer (le) droit aux prestations». C'est donc seulement jusqu'à concurrence des prestations légales prévues en matière de soins à domicile prodigués par une infirmière reconnue au sens de la LAMal que la caisse doit, comme elle le soutient justement, rembourser l'hoirie.

d) Vu les prescriptions des docteurs K. (du 5 mars 1996), W. (du 25 juin 1996) et E. (du 30 septembre 1996), il faut constater, en accord avec la caisse (cf. sa décision du 23 avril 1998) que l'état de santé de l'assurée requérait, d'une part, des soins de base au sens de l'art. 7 al. 1 let. c ch. 1 OPAS (bander les jambes de la patiente, lui mettre des bas de compression, refai-

re son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, aider aux soins d'hygiène corporelle...) et, d'autre part, le remplacement quotidien d'un pansement au talon. Les autres prestations que le docteur E. a prescrit en janvier 1997 (administration de médicaments et assistance pour des bains médicinaux partiels ou complets) ne figurent en effet pas sur les factures de D., si bien qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte, étant encore précisé que les bains hebdomadaires dont il est fait mention dès le mois d'octobre 1996 entrent dans les soins de base énumérés ci-avant (aide aux soins d'hygiène corporelle).

Selon les conventions tarifaires passées entre les fournisseurs de prestations et les assureurs (en application des art. 43 ss LAMal), le tarif à prendre en considération pour les soins de base et le pansement de plaies (petit pansement) était de 34 fr. 70 par jour en 1996 et de 41 fr. 40 en 1997 (avenant no 2 de la convention conclue entre, d'une part, la section valaisanne de l'Association suisse des infirmières et infirmiers et, d'autre part, la Fédération valaisanne des caisses-maladie et la Fédération des sociétés de secours mutuels du valais, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 1995; avenant n° 1 de la convention conclue entre, d'une part, la section valaisanne de l'Association suisse des infirmières et infirmiers et, d'autre part, la Fédération valaisanne des assureurs-maladie et la Conférence d'assureurs maladie et accident du Valais, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997).

D'août 1996 à avril 1997, les prestations à charge de l'assurance obligatoire (en vertu du droit à la protection de la bonne foi) sont, conformément au décompte de la caisse – qui n'est pas contesté – figurant dans sa décision du 23 avril 1998, les suivantes:

1996			
août	27 jours à 34 fr. 70	936 fr. 90	
septembre	27 jours à 34 fr. 70	936 fr. 90	
octobre	31 jours à 34 fr. 70	1075 fr. 70	
novembre	30 jours à 34 fr. 70	1041 fr.	
décembre	30 jours à 34 fr. 70	<u>1041 fr.</u>	5031 fr. 50

1997			
janvier	30 jours à 41 fr. 40	1242 fr.	
février	28 jours à 41 fr. 40	1159 fr. 20	
mars	27 jours à 41 fr. 40	<u>1117 fr. 80</u>	3519 fr. 00
			8550 fr. 50

./ participation de l'assurée aux frais (10 %) pour les prestations de l'année 1997

(art. 64 al. 2 let. b LAMal)	<u>351 fr. 90</u>
total	<u>8198 fr. 60</u>

6. – En résumé, la caisse est tenue de rembourser à l'hoirie le montant précité de 8198 fr. 60, augmenté de 900 fr. au titre de l'assurance complémentaire (consid. 3a), soit 9098 fr. 60. Cette somme ne porte pas d'intérêts moratoires car, ainsi que l'a récemment rappelé le Tribunal fédéral des assurances (arrêt G. du 13 août 1999; destiné à la publication dans la RAMA) ceux-ci n'ont en principe pas cours dans le domaine des assurances sociales, à défaut d'une base légale ou de circonstances particulières (non réalisées en l'espèce).

Le recours de l'hoirie est donc en tout point mal fondé, tandis que, sur le principe et sur l'étendue de la prise en charge des prestations, la caisse obtient entièrement gain de cause.

7. – La caisse exige par ailleurs la restitution du montant de 6504 fr. 20 versé à tort en juillet 1996 afin de le compenser avec ce qu'elle doit.

a) Aux termes de l'art. 47 LAVS (applicable par analogie en matière d'assurance-maladie: voir RAMA 1995 n° K 955 p. 6 et les arrêts cités), les rentes et allocations pour impotents indûment touchées doivent être restituées. La restitution peut ne pas être demandée lorsque l'intéressé était de bonne foi et serait mis dans une situation difficile (al. 1). D'après l'alinéa 2 de cette disposition, le droit de demander la restitution se prescrit par une année à compter du moment où la caisse de compensation a eu connaissance du fait, mais au plus tard par cinq ans après le paiement de la rente. Malgré la terminologie légale, il s'agit de délais de péremption (ATF 119 V 433 consid. 3a et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, une caisse a eu connaissance du fait justifiant la restitution d'une prestation versée à tort au moment où elle aurait dû s'apercevoir d'un tel fait en faisant preuve de l'attention que les circonstances permettaient raisonnablement d'exiger d'elle (ATF 122 V 275 consid. 5a, 119 V 433 consid. 3a et les références citées).

b) En l'espèce, la caisse a déclaré qu'elle renonçait à demander la restitution des prestations versées à tort dans une lettre du 25 avril 1997. Ce n'est que le 23 avril 1998, soit, à deux jours près, une année plus tard, qu'elle s'est ravisée en exigeant dans une décision formelle la restitution des prestations, sans avoir jusque-là manifesté une telle intention d'une autre manière (par ex. dans une lettre) propre à sauvegarder le délai d'une année prévu par l'art. 47 al. 2 LAVS (cf. RAMA 1990 n° K 835 p. 80, à propos de l'art. 30 al. 1 LAMA). Aussi bien doit-on admettre que depuis le moment où la caisse a eu connaissance du fait que D. n'était pas une infirmière reconnue, ou du moins depuis le moment où elle aurait dû s'en apercevoir en faisant preuve

de diligence – elle reconnaît d'ailleurs elle-même qu'elle a tardé à régler le cas –, il s'est écoulé plus d'une année.

Par conséquent, la créance en restitution des prestations est périmée, avec la conséquence qu'elle ne peut plus être compensée (ATF 111 V 3 consid. 3b; *Knapp*, Précis de droit administratif, 4^{ème} éd., n° 740).

Le recours de la caisse est, sur ce point, mal fondé.

Psychotherapie

KV 98 Urteil des EVG vom 24. September 1999

Delegierte ärztliche Untersuchungen und Behandlungen: Der Arzt ist, wie zuvor gemäss KUVG (BGE 114 V 270¹ Erw. 2a, 110 V 190² Erw. 2), befugt, die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen in gewissen Grenzen an von ihm angestellte nichtärztliche Medizinalpersonen zu übertragen; dies gilt (vorderhand) namentlich auch für die delegierte ärztliche Psychotherapie (Erw. 2).

Ärztliche Psychotherapie, Sitzungsfrequenz: Die Rechtsprechung zu Verordnung 8 EDI (insbesondere RKUV 1995 Nr. K 969 S. 167) ist auch auf die Regelung in Artikel 2 und 3 KLV, welche inhaltlich mit Verordnung 8 EDI übereinstimmt, anwendbar; dies gilt namentlich bezüglich der Rechtsprechung zur «begründeten Ausnahme» (Artikel 2 Absatz 1 Verordnung 8 EDI bzw. Artikel 3 Absatz 1 KLV), welche ein Abweichen von der für den «Normalfall» festgelegten Sitzungsfrequenz erlaubt (Erw. 3b und 4b).

Examens et traitements médicaux délégués: De même que sous l'empire de la LAMA (ATF 114 V 270³, cons. 2a, 110 V 190⁴, cons. 2), le médecin est autorisé à déléguer, dans certaines limites, l'exécution d'examens et de traitements à du personnel médical non-médecin engagé par lui; cela vaut (pour le moment) aussi notamment pour la psychothérapie médicale déléguée (cons. 2).

Psychothérapie médicale, fréquence des séances: La jurisprudence relative à l'Ordonnance 8 DFI (en particulier RAMA 1995, n° K 969, p. 167) est également applicable à la réglementation des articles 2 et 3 OPAS, laquelle correspond quant au contenu à l'Ordonnance 8 DFI; cela vaut notamment pour ce qui concerne la jurisprudence relative aux «exceptions motivées» (article 2, alinéa 1, Ordonnance 8 DFI, respectivement article 3, alinéa 1, OPAS), laquelle autorise une dérogation à la fréquence des séances établie pour un «cas normal» (cons. 3b et 4b).

Esami e terapie delegati dal medico: Come precedentemente giusta la LAMI (DTF 114 V 270⁵ cons. 2a, 110 V 190⁶ cons. 2), il medico ha la facoltà di affidare, entro determinati limiti, l'esecuzione di esami e terapie a personale sanitario non medico, da lui stesso assunto; ciò vale (al momento) segnatamente anche per la psicoterapia delegata dal medico (cons. 2).

¹ siehe Nr. K 795 (1989) dieser Sammlung

² siehe Nr. K 603 (1984) dieser Sammlung

³ voir n° K 795 (1989) de ce recueil

⁴ voir n° K 603 (1984) de ce recueil

⁵ vedi n° K 795 (1989) di questo raccolto

⁶ vedi n° K 603 (1984) di questo raccolto

Psicoterapia effettuata dal medico, frequenza delle sedute: La giurisprudenza inerente l'Ordinanza 8 DFI (in particolare RAMI 1995 n. K 969 pag. 167) è pure applicabile all'ordinamento previsto nell'articolo 2 e 3 OPre, il cui contenuto coincide con quello dell'Ordinanza 8 DFI; ciò vale segnatamente riguardo alla giurisprudenza inerente alle «eccezioni motivate» (art. 2 cpv. 1 Ordinanza 8 DFI risp. art. 3 cpv. 1 OPre), le quali legittimano una deroga circa la frequenza delle sedute prevista per il «caso normale» (cons. 3b e 4b).

I.

A. – D., geboren 1965, war bis 31. Dezember 1996 Mitglied der K., Schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung (Kasse), und bei dieser ab 1. Januar 1996 obligatorisch für Krankenpflege versichert. Er stand seit Oktober 1989 in psychiatrischer Behandlung; die Kasse übernahm zunächst zwei Sitzungen und später, bis Ende April 1996, eine einstündige Sitzung pro Woche. Behandelt wurde der Versicherte von Frau lic. phil. A., Psychotherapeutin SPV/FSP, welche in der Praxis des Arztes Dr. med. C. delegierte Psychotherapien durchführte.

Am 29. März 1996 reichte Frau A. zusammen mit dem Praxisinhaber der Kasse ein Gesuch ein um Übernahme der Kosten für eine Therapiesitzung pro Woche in der Zeit ab Mai 1996. Auf Grund einer Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. B. vom 3. Mai 1996 entsprach die Kasse dem Gesuch mit Verfügung vom 5. Juni 1996 nur teilweise, indem sie festlegte, sie übernehme ab Mai 1996 die Kosten für eine einstündige Therapiesitzung innerhalb von 14 Tagen. Die vom Versicherten erhobene Einsprache wies die Kasse mit Entscheid vom 12. August 1996 ab.

B. – Die Beschwerde von D., mit welcher dieser sinngemäss beantragte, es sei die Kasse zur Übernahme der Kosten einer einstündigen Therapiesitzung pro Woche für die Zeit ab Mai 1996 zu verpflichten, wies das kantonale Sozialversicherungsgericht ab, nachdem es einen weiteren Bericht von Frau A. und des neuen Praxisinhabers Dr. med. J. vom 2. September 1997 zu den Akten genommen hatte (Entscheid vom 13. März 1998).

C. – Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde erneuert D. sein vorinstanzliches Rechtsbegehren; zudem ersucht er um Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung.

Die Kasse schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat keine Vernehmlassung eingereicht.

II.

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

1. – Streitig ist, ob die Kasse verpflichtet ist, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Zeit ab 1. Mai 1996 die Kosten einer wöchentlichen einstündigen Therapiesitzung zu übernehmen, oder ob sie gemäss vorinstanzlich bestätigtem Einspracheentscheid lediglich für eine einstündige Therapiesitzung innerhalb von 14 Tagen aufzukommen hat.

2. – a) Der Beschwerdeführer wurde ab 1. Mai 1996, wie bereits zuvor, von Frau A., welche als angestellte Psychotherapeutin in der Praxis der Dres. med. C. und nachher J. tätig war, behandelt. Die Kasse, der Beschwerdeführer und die Vorinstanz gehen stillschweigend davon aus, dass diese so genannte delegierte Psychotherapie eine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende Leistung sei; sie vertreten somit den Standpunkt, dass die zum Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG) diesbezüglich ergangene Rechtsprechung (BGE 110 V 190¹ Erw. 2 mit Hinweisen) unter der Herrschaft des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, weiterhin Geltung beansprucht.

b) Die Rechtsprechung, welche die delegierte Psychotherapie als Pflichtleistung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 KUVG qualifizierte, stützte sich auf lit. a dieser Gesetzesbestimmung, wonach die «ärztliche Behandlung» von den Krankenkassen übernommen werden musste. Nach Art. 21 Abs. 1 der Verordnung III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände umfasste die zur gesetzlichen Pflichtleistung gehörende ärztliche Behandlung «die vom Arzt vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen». Diese Massnahmen mussten – gemäss Rechtsprechung – nicht in jedem Fall vom Arzt persönlich durchgeführt, sondern sie konnten in gewissen Grenzen dem von ihm angestellten medizinischen Hilfspersonal übertragen werden. In diesem Rahmen wurde auch die delegierte Psychotherapie, d. h. die psychotherapeutische Behandlung durch einen von einem Arzt angestellten (nichtärztlichen) Psychologen oder Psychotherapeuten in den Praxisräumen dieses Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit, als ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. a

¹ siehe Nr. K 603 (1984) dieser Sammlung

KUVG anerkannt (BGE 110 V 190¹ Erw. 2; vgl. zur delegierten ärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen auch BGE 114 V 270² Erw. 2a).

c) Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KVG gehören u. a. die ambulant durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen von Ärzten und Ärztinnen zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Zur delegierten ärztlichen Tätigkeit, also zur Übertragung von Untersuchungs- oder Behandlungsmassnahmen an vom Arzt angestellte nichtärztliche Medizinalpersonen, äussern sich weder das KVG noch die KVV. Den Gesetzesmaterialien ist nicht zu entnehmen, dass delegierte ärztliche Tätigkeiten, im Gegensatz zum alten Recht, nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden sollten. Eine solche Regelung würde der ärztlichen Praxistätigkeit auch in keiner Weise gerecht; diese ist ohne die Mitarbeit von angestellten nichtärztlichen Medizinalpersonen (wie Praxishilfen, Krankenschwestern, Physiotherapeutinnen, Röntgenassistentinnen oder Laborantinnen) kaum mehr möglich. Die zum KUVG ergangene Rechtsprechung betreffend die delegierte ärztliche Tätigkeit im Allgemeinen (BGE 114 V 270³ Erw. 2a) ist daher auch unter dem KVG anwendbar.

d) Zu entscheiden bleibt, ob Letzteres auch hinsichtlich der Delegation der psychotherapeutischen Behandlung an vom Arzt angestellte nichtärztliche Psychologen oder Psychotherapeuten gilt. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im Urteil B. vom 14. Juni 1999⁴, unter Hinweis auf die einschlägigen Rechtsvorschriften (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3, Art. 35 Abs. 2 lit. e und Art. 38 KVG, Art. 46 KVV) sowie die Gesetzesmaterialien entschieden, dass selbstständig tätige nichtärztliche Psychotherapeuten (noch) nicht als Leistungserbringer im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG anerkannt sind. Die Frage, wie es sich bezüglich der unselbstständigen (angestellten) nichtärztlichen Psychotherapeuten verhält, brauchte im zitierten Urteil nicht beantwortet zu werden. Im Parlament wurde bei der Beratung des KVG zwar die unter dem alten Recht bestehende Praxis zur delegierten Psychotherapie als unbefriedigend kritisiert, bemängelt wurde namentlich, dass die in diesem Rahmen tätigen Therapeuten keinerlei persönliche und fachliche Voraussetzungen zu erfüllen hatten – vgl. insbesondere die Voten *Plattner* und *Huber*, Amtl. Bull. S 1992 1294 f. und 1297 –; doch wurde von keiner Seite zum Ausdruck gebracht, dass diese Therapieform nach Inkrafttreten des KVG keine Leistung der obligatorischen Krankenpflegeversi-

¹ siehe Nr. K 603 (1984) dieser Sammlung

² siehe Nr. K 795 (1889) dieser Sammlung

³ siehe Nr. K 795 (1889) dieser Sammlung

⁴ siehe Nr. KV 87 (1999) dieser Sammlung

cherung mehr sein soll. Der Gesetzgeber vertrat offensichtlich den Standpunkt (siehe Votum *Huber*, Amtl. Bull. S 1993 1064), dass jedenfalls bis zum Zeitpunkt der in Art. 35 Abs. 2 lit. e in Verbindung mit Art. 38 KVG vorgesehenen Regelung der selbstständigen nichtärztlichen Psychotherapie im 6. Abschnitt der KVV (Art. 46 KVV ff.; vgl. dazu das oben zitierte Urteil B. vom 14. Juni 1999) die Möglichkeit bestehen bleiben soll, die Behandlung durch nichtärztliche Psychologen und Psychotherapeuten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als delegierte ärztliche Psychotherapie durchzuführen. Es ist denkbar, dass – wie für die selbstständige nichtärztliche Psychotherapie – in der KVV auch festgelegt wird, unter welchen Bedingungen (namentlich persönliche und fachliche Voraussetzungen der Therapeuten) die delegierte ärztliche Psychotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zulässig ist. Bis zum Zeitpunkt, da allenfalls entsprechende Vorschriften in Kraft treten, ist mit den Parteien und der Vorinstanz davon auszugehen, dass die delegierte ärztliche Psychotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht, sofern die gemäss Rechtsprechung zum KUVG erforderlichen Voraussetzungen (Tätigkeit in den Praxisräumen des Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit; siehe Erw. 2b hievor) erfüllt sind.

3. – a) Aus dem Dargelegten folgt, dass die Kasse ihre grundsätzliche Leistungspflicht für die vorliegend durchgeführte delegierte Psychotherapie zu Recht nicht bestreitet. Zu entscheiden bleibt, ob sie für die Zeit ab 1. Mai 1996 die Kosten einer einstündigen Therapiesitzung pro Woche oder aber pro 14 Tage übernehmen muss (Erw. 1 hievor).

b) Die Art. 2 und 3 KLV lauten wie folgt:

«Art. 2 Grundsatz

¹Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

²Nicht übernommen werden die Kosten für Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹Unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen werden höchstens die Kosten für eine Behandlung übernommen, die entspricht:

- a. in den ersten drei Jahren zwei einstündigen Sitzung pro Woche;
- b. in den folgenden drei Jahren einer einstündigen Sitzung pro Woche;
- c. danach einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen.

² Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

³ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁴ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.»

Die Art. 2 und 3 KLV stimmen inhaltlich mit der altrechtlichen Regelung (Verordnung 8 des Eidg. Departementes des Innern vom 20. Dezember 1985 betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen; Vo 8 EDI) überein. Eine Neuerung wurde einzig in verfahrensrechtlicher Hinsicht eingeführt, indem nicht mehr der Vertrauensarzt des Krankenversicherers die Leistungen festsetzt, sondern die Versicherung, welcher die Vertrauensärztin oder der Vertrauensarzt einen Vorschlag zu unterbreiten hat (Art. 3 Abs. 3 KLV). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bereits im nicht veröffentlichten Urteil R. vom 30. April 1999 festgestellt, dass Art. 3 Abs. 1 KLV, welcher die Höchstzahl der vom obligatorischen Krankenpflegeversicherer – unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen – innerhalb einer Woche oder zweier Wochen zu übernehmenden Behandlungen bestimmt, inhaltlich dem altrechtlichen Art. 2 Abs. 1 Vo 8 EDI entspreche, weshalb die zu dieser Verordnungsbestimmung ergangene Rechtsprechung (insbesondere RKUV 1995 Nr. K 969 S. 167) unter dem neuen Recht anwendbar bleibe. Wie gezeigt, stimmen nicht nur Art. 3 Abs. 1 KLV und Art. 2 Abs. 1 Vo 8 EDI, sondern die ganzen Regelungen in Art. 2 und 3 KLV und Art. 1 und 2 Vo 8 EDI inhaltlich überein; demzufolge bleibt die Rechtsprechung zu Art. 1 und 2 Vo 8 EDI für die Anwendung von Art. 2 und 3 KLV insgesamt weiterhin massgeblich.

4. – a) Der Beschwerdeführer litt unbestrittenermassen auch nach dem 30. April 1996 an einem psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheits-

wert im Sinne von Art. 2 Abs. 1 KVG. Sein Begehren um Übernahme einer einstündigen Therapiesitzung pro Woche durch die Kasse über den 30. April 1996 hinaus kann indessen nur geschützt werden, wenn eine «begründete Ausnahme» im Sinne von Art. 3 Abs. 1 KLV vorliegt. Der Beschwerdeführer hält diese Voraussetzung für erfüllt, während die Kasse den – durch die Vorinstanz bestätigten – gegenteiligen Standpunkt vertritt.

b) Nach der zu Art. 2 Abs. 1 Vo 8 EDI ergangenen, weiterhin anwendbaren Rechtsprechung (Erw. 3b hievor) kann eine «begründete Ausnahme» im Sinne von Art. 3 Abs. 1 KLV nicht nur vorliegen, wenn ein schweres Krankheitsbild diagnostiziert ist, sondern auch in anderen Fällen, in welchen besondere Umstände gemäss überzeugend begründeter ärztlicher Bescheinigung eine den Rahmen von Art. 3 Abs. 1 KLV sprengende Behandlung erforderlich machen (nicht veröffentlichtes Urteil S. vom 24. September 1999).

c) Das kantonale Gericht hat das Vorliegen einer Ausnahmesituation verneint unter Hinweis auf die im Gesuch vom 29. März 1996, einem Schreiben von Frau A. vom 31. Mai 1996 sowie in deren zusammen mit Dr. med. J. verfassten Bericht vom 2. September 1997 enthaltenen Angaben. Gemäss diesen Unterlagen leidet der Beschwerdeführer an einem depressiv gefärbten angstneurotischen Grundgebrecben mit zum Teil schweren Schlaf- und Essstörungen. Dank der erkennbare Fortschritte zeitigenden Therapie stelle er sich aktiv seinen Aufgaben im Studium und in sozialen Beziehungen und habe verschiedene Bewährungs- und Belastungsproben bestanden. Es sei wichtig, dass die Konstanz der Behandlung gewährleistet bleibe, da der Beschwerdeführer auf die Unterstützung seiner Psychotherapeutin angewiesen sei.

Dass die Vorinstanz angesichts dieser Stellungnahmen des Arztes und der Therapeutin zum Ergebnis gelangte, die Notwendigkeit einer wöchentlichen Therapiesitzung in der Zeit ab 1. Mai 1996 sei nicht ausgewiesen, ist nicht zu beanstanden. Es ist nicht ersichtlich, weshalb der von der Kasse bewilligte Behandlungsrhythmus (eine Sitzung jede zweite Woche) den medizinischen Erfordernissen nicht gerecht werden sollte; jedenfalls findet sich in den angeführten Stellungnahmen keine nachvollziehbare Begründung für die Notwendigkeit einer wöchentlichen Therapiesitzung. Im Übrigen ist die vorliegende Streitsache, entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, nicht mit dem in RKUV 1995 Nr. K 969 S. 167 beurteilten Fall zu vergleichen; dort war die Unabdingbarkeit eines kurzen Sitzungsrhythmus auf Grund der medizinischen Gegebenheiten dargetan.

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

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

887	Conters i. Pr.	Öffentliche Kreiskrankenkasse Küblis (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.2000
1126	Samedan	Öffentliche Krankenkasse des Kreises Avers (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.2000
1250	Bern	Krankenkasse BLS Taggeldversicherung (Verzicht auf Anerkennung)	1.1.2000
1283	Seewis	Öffentliche Kreiskrankenkasse Seewis (Zusammenschluss mit der ÖKK Graubünden K 455)	1.1.2000

Einbindeaktion für die RKUV

Die Buchbinderei Reinauer GmbH in Zumikon führt eine Einbindeaktion für den Jahrgang 1999 der RKUV durch. Das Einbinden in eine hellgraue Einbanddecke (Farbton der Einzelhefte) mit Rückenprägung *RKUV/RAMA/RAMI 1999* kostet Fr. 49.- zuzügl. Mwst. und Porto.

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

Buchbinderei Reinauer GmbH, Schwäntenmos 15, 8126 Zumikon
Tel. 01/918 01 07 Fax 01/918 01 09
Internet: <http://www.buchbinderei.ch>
E-Mail: info@reinauer.ch

Possibilité de faire relier les numéros de notre revue

L'entreprise de reliure Reinauer S.A.R.L. à Zumikon offre aux abonnés de la revue RAMA la possibilité de faire relier les numéros de l'année 1999. La reliure de couleur gris clair (en harmonie avec la teinte des fascicules individuels) avec les caractères *RKUV/RAMA/RAMI 1999* imprimés au dos de la reliure est proposée au prix de Fr. 49.-, TVA et port en sus.

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

Buchbinderei Reinauer GmbH, Schwäntenmos 15, 8126 Zumikon
Tél. 01/918 01 07 Fax 01/918 01 09
Internet: <http://www.buchbinderei.ch>
E-mail: info@reinauer.ch

Possibilità di rilegare la RAMI

La ditta Reinauer S.a.g.l. di Zumikon offre la possibilità di rilegare i fascicoli 1999 della RAMI. La rilegatura di colore grigio chiaro (come i singoli fascicoli) con impressa la scritta *RKUV/RAMA/RAMI 1999* sul dorso costa Fr. 49.- (+ IVA e porto).

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

Buchbinderei Reinauer GmbH, Schwäntenmos 15, 8126 Zumikon
Tel. 01/918 01 07 Fax 01/918 01 09
Internet: <http://www.buchbinderei.ch>
E-mail: info@reinauer.ch

Sachverzeichnis 1999: KVG / KUVG

<i>A. Gerichtsurteile KVG</i>	Seite
Leistungen: In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (IVF-ET)	137
Leistungen: Zahnärztliche Behandlung, die durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist	145
Leistungen: Künstliche Insemination	453
Leistungen: Hyperstimulationssyndrom nach IVF-Behandlung	457
Leistungen: Amalgamsanierung	512
Leistungen: MRI-Bild-Verfahren	498
Leistungen: Psychotherapie	531
Leistungsumfang: Abgrenzung der Spitalbedürftigkeit von der Pflegebedürftigkeit	31
Leistungsumfang: Wirtschaftlichkeit eines Spitex- einsatzes	64
Leistungsumfang: Kosten für Pflege und Spitalaufenthalt des gesunden Neugeborenen	129
Leistungsumfang: Spitalaufenthalt von Pflegebedürftigen ..	326
Leistungsumfang: Ausserkantonale Spitalbehandlung	462
Leistungsumfang: Kumulation von Hilflorenschädigungen der AHV/IV und Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV	503
Prämienerbilligung: Rechtsweg	1, 341
Taggeldversicherung: Anspruch auf Taggeld geknüpft an Fortbestand des Versicherungsverhältnisses	299
Taggeldversicherung: Übergangsrecht, Leistungspflicht nach Auflösung des Versicherungsverhältnisses	305
Taggeldversicherung: Vorbehalt, Anzeigepflicht- verletzung	493
Tarifpauschale: Tagespauschale des Spitals in Abhängigkeit des Alters der Patienten	310
Verfahren: Prämienerbilligung	1, 341
Verfahren: Beschwerdelegitimation bei Bewilligung einer «Versandapotheke»	4
Verfahren: Beschwerdelegitimation und Parteistellung von Krankenkassen	35
Verfahren: Frist zum Fällen eines Einspracheentscheides ..	332

Versicherer: Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung in acht Kantonen («Fall Visana»)	258
Versicherungsverhältnis: Wechsel des Versicherers bei einer Versicherung mit wählbarer Franchise	26
Versicherungsverhältnis: Prämienerhöhung wegen Wohnortswechsels des Versicherten	188
Versicherungsverhältnis: Beginn der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	295
Versicherungsverhältnis: Ausnahme von der Versicherungspflicht	316
Versicherungsverhältnis: Versicherungspflicht	337
Versicherungsverhältnis: Erhebung von Mahngebühren und Umtriebsspesen	440
Versicherungsverhältnis: Versichererwechsel bei Ausständen an Prämien und Kostenbeteiligungen	444
Vertrauensschutz	521
Zulassung von Leistungserbringern: Beschwerdelegitimation bei Bewilligung einer «Versandapotheke»	4
Zulassung von Leistungserbringern: Nichtanerkennung freiberuflicher nichtärztlicher Psychotherapeut/(inn)en als Leistungserbringer	431
Zulassung von Leistungserbringern: Psychotherapie	531

B. Gerichtsurteile KUVG

Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit einer therapeutischen Massnahme	182
Überarztung	320

C. Bundesratsentscheide

Leistungen: Vertragliche Beschränkung des Wahlrechts der Versicherten auf Generika	43
Spitalliste: Zürich 1998 (ZH)	211
Spitalliste: Offene Spitalliste Neuenburg (NE)	345
Spitalliste: Offene Spitalliste Basel-Stadt und Basel-Landschaft für somatische Akutmedizin (BS / BL)	356
Spitalliste: Appenzell Innerrhoden (AI)	365
Tarife: Ernährungsberater/innen (TI)	11
Tarife: Physiotherapeut/(inn)en (FR)	56
Tarife: Genfer Universitätsspitäler (GE)	72
Tarife: Apotheken bei Spitalpflege zu Hause (GE)	150

Tarife: Pflegeheime und Spitalabteilungen	
für chronisch Kranke (VD)	371
Tarifvertragsverhandlungen vor Tariffestsetzung	
im vertragslosen Zustand (TG)	169

D. Praxis

E. Mitteilungen

Mutationen bei Krankenversicherern	82, 192, 538
Rechtspflege 1998	191

Table des matières 1999: LAMal / LAMA

<i>A. Arrêts du TF et du TFA (LAMal)</i>	Page
Caractère économique des soins à domicile	64
Changement d'assureur dans le cadre d'une assurance avec franchise à option	26
Changement d'assureur	188
Cumul des indemnités pour impotent de l'AVS/AI et des prestations de soins de l'assurance-maladie obligatoire selon l'article 7, alinéa 2, OPAS: pas de surindemnisation automatique	503
Début de l'assurance obligatoire des soins	295
Délimitation entre la nécessité d'hospitalisation et la nécessité de soins en considération du remboursement en cas de séjour hospitalier	31
Droit à la protection de la bonne foi	521
Exemption de l'assurance obligatoire	316
Indemnités journalières: droit à l'indemnité journalière ...	299
Indemnités journalières: droit transitoire, obligation d'accorder des prestations après la cessation du rapport d'assurance	305
Non reconnaissance des psychothérapeutes indépendants non médecins en tant que fournisseurs de prestations ..	431
Obligation d'assurance	337
Perception de frais de sommation et de frais d'administration	440
Prestations: coûts des soins et du séjour hospitalier des nouveau-nés en bonne santé	129
Prestations: fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	137
Prestations: insémination artificielle comme prestation de l'assurance obligatoire des soins ..	453
Prestations: syndrome de l'hyperstimulation suite à une fécondation in vitro comme prestation obligatoire	457
Prestations: examens selon le procédé IRM	498
Prestations: psychothérapie	531
Procédure: Qualité pour recourir en cas d'autorisation d'une «pharmacie par correspondance»	4
Procédure: Qualité pour recourir et qualité de partie des caisses-maladie	35

Procédure: délai pour statuer sur une opposition	332
Procédure: voies de droit	341
Question de la légalité de l'article 9, alinéa 3, OAMal	444
Réduction des primes dans l'assurance-maladie	1, 341
Rémunération allouée en cas de séjour	
dans un établissement médico-social	326
Réserve d'assurance	493
Retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie	
sociale dans huit cantons sur requête de la caisse-maladie	
(«cas Visana»)	258
Soins dentaires occasionnés par une maladie grave et non	
évitable du système de la mastication	145
Soins dentaires: assainissement d'un amalgame	512
Tarif: différence de forfait journalier	
en fonction de l'âge du patient	310
Traitement dans un hôpital en dehors du canton	462
 <i>B. Arrêts du TF et du TFA (LAMA)</i>	
Exigence du caractère approprié et économique	
d'une mesure thérapeutique	182
Polypragmasie	320
 <i>C. Décisions du Conseil fédéral</i>	
Admissibilité d'une limitation contractuelle du choix	
aux seuls génériques	43
Liste hospitalière 1998 du canton de Zurich: Admission des	
hôpitaux pour l'assurance obligatoire des soins	211
Liste hospitalière commune des cantons de Bâle-Ville et	
Bâle-Campagne pour la médecine somatique aiguë	356
Liste hospitalière du canton	
d'Appenzell Rhodes-Intérieures	365
Tarif: Prestations des diététiciens	11
Tarif à la prestation: Prolongation de l'ancienne convention	
cantonale nonobstant l'approbation d'une structure	
tarifaire sur le plan suisse	56
Tarif: Contestation par des tiers d'une convention tarifaire	
approuvée par le gouvernement cantonal	72
Tarif: Prestations fournies par les pharmacies	
d'hospitalisation à domicile	150
Tarif: Négociations de la convention avant la fixation	
du tarif dans un régime sans convention	169

Tarif: Fixation du tarif pour une division commune d'une clinique privée	345
Tarif: Prestations de soins et prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux	371

D. Pratique

E. Communications

Jurisprudence 1998 en matière d'assurance-maladie	191
Mutations dans l'état des assureurs-maladie	82, 192, 538

Indice delle materie 1999: LAMal / LAMI

<i>A. Sentenze del TF e del TFA (LAMal)</i>	Pagina
Autorizzazione di fornitori di prestazioni: Legittimazione ricorsuale in caso di autorizzazione di una farmacia con gestione per corrispondenza	4
Autorizzazione: Ritiro dell'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie in otto Cantoni a domanda della cassa malati (caso VISANA)	258
Autorizzazione di fornitori di prestazioni: Non autorizzazione degli psicoterapeuti indipendenti quali fornitori di prestazioni	431
Autorizzazione di fornitori di prestazioni: Psicoterapia	531
Buona fede: Diritto alla protezione della buona fede	521
Contenzioso: Rimedio di diritto in materia di riduzione dei premi	1, 341
Contenzioso: Legittimazione ricorsuale in caso di autorizzazione di una farmacia con gestione per corrispondenza	4
Contenzioso: Legittimazione ricorsuale e veste di parte delle casse malati	35
Contenzioso: Termine per statuire su un'opposizione	332
Indennità giornaliera: Diritto all'indennità giornaliera vincolato al mantenimento del rapporto d'assicurazione	299
Indennità giornaliera: Diritto transitorio, obbligo prestativo dopo lo scioglimento del rapporto d'assicurazione	305
Indennità giornaliera: Riserve d'assicurazione, violazione dell'obbligo di notifica	493
Prestazioni: Delimitazione della necessità di un'ospedalizzazione dettata dalla necessità delle cure	31
Prestazioni: Economicità di un provvedimento spitex	64
Prestazioni: Prestazioni riguardo ai costi per cure e soggiorno ospedaliero del neonato in buona salute	129
Prestazioni: Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	137
Prestazioni: Cure dentarie cagionate da una malattia grave e non evitabile del sistema masticatorio	145
Prestazioni: Forfait giornaliero ospedaliero in funzione dell'età del paziente	310
Prestazioni: Soggiorno in casa di cura	326

Prestazioni: Inseminazione artificiale	453
Prestazioni: Sindrome di iperstimolazione secondo la terapia IVF	457
Prestazioni: Ospedalizzazione fuori Cantone	462
Prestazioni: Risanamento di un amalgama	512
Prestazioni: Esami secondo il procedimento IRM	498
Prestazioni: Cumulo degli assegni per grandi invalidi AVS/AI e di prestazioni medico-sanitarie giusta l'articolo 7 capoverso 2 OAMal	503
Prestazioni: Psicoterapia	531
Rapporto d'assicurazione: Cambiamento d'assicuratore nell'ambito di un'assicurazione con franchigia opzionale	26
Rapporto d'assicurazione: Aumento del premio in seguito al cambiamento del domicilio dell'assicurato	188
Rapporto d'assicurazione: Inizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	295
Rapporto d'assicurazione: Esenzione dall'assicurazione obbligatoria	316
Rapporto d'assicurazione: Obbligo d'assicurazione	337
Rapporto d'assicurazione: Tasse di sollecito e spese amministrative	440
Rapporto d'assicurazione: Cambiamento d'assicuratore in caso di mora nel pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi	444
Riduzione dei premi: rimedio di diritto	1, 341

B. Sentenze del TF e del TFA (LAMI)

Esigenza del carattere appropriato ed economico di un provvedimento terapeutico	182
Polipragmmasia	320

C. Decisioni del Consiglio federale

Elenco degli ospedali: Autorizzazione degli ospedali all'esercizio dell'assicurazione obbligatoria (Cantone di Zurigo 1998)	211
Elenco degli ospedali: Determinazione della tariffa per il reparto comune di una clinica privata (Cantone di Neuchâtel)	345
Elenco degli ospedali: Elenco comune degli ospedali dei Cantoni di Basilea-Città e Basilea-Campagna per la medicina somatica acuta	356

Elenco degli ospedali del Cantone di Appenzello-Interno .	365
Prestazioni: Ammissibilità della limitazione contrattuale del diritto di scelta dei generici da parte degli assicurati .	43
Tariffa: Dietiste e dietisti (Cantone del Ticino)	11
Tariffa alla prestazione: Prolungamento della previgente convenzione cantonale con i fisioterapisti malgrado l'approvazione di una struttura tariffale a livello svizzero (Cantone di Friburgo)	56
Tariffa: Contestazione da parte di terzi di una convenzione tariffale approvata dal governo cantonale (Ospedali Universitari del Cantone di Ginevra)	72
Tariffa: Prestazioni dei farmacisti d'ospedalizzazione a domicilio (Cantone di Ginevra)	150
Tariffa: Negoziati relativi alla convenzione prima della determinazione della tariffa in regime aconvenzionale (Cantone di Turgovia)	169
Tariffa: Prestazioni di cura e socio-alberghiere delle case di cura e dei reparti ospedalieri per malati cronici (Cantone di Vaud)	371

D. Prassi

E. Comunicazioni

Giurisprudenza 1998 in materia d'assicurazione malattie . .	191
Mutazioni concernenti gli assicuratori malattie	82, 192, 538

Faute d'un survivant

U 353 Arrêt du TFA du 21 mai 1999 dans la cause Z. R.

Faute d'un survivant (art. 38 al. 1 LAA):

Droit à une rente de conjoint survivant de l'assurance-accidents obligatoire nié dans le cas d'une femme reconnue coupable de meurtre passionnel (art. 113 CP) sur la personne de son mari.

Verschulden des Hinterlassenen (Art. 38 Abs. 1 UVG):

Anspruch des überlebenden Ehegatten auf eine Rente der obligatorischen Unfallversicherung verneint im Falle einer Frau, welche des Totschlags (Art. 113 StGB) an ihrem Ehemann schuldig gesprochen worden ist.

Colpa del superstite (art. 38 cpv. 1 LAINF):

Diniego di una rendita per coniuge superstite dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni viene rifiutato nel caso di una donna dichiarata colpevole di omicidio passionale (art. 113 CP) nei confronti del marito.

I.

A. – Z. R., née en 1953, s'est mariée avec R. R. en 1974. Cinq enfants sont nés de cette union, de 1974 à 1985. En 1989, la famille s'est installée en Valais. La mésentente des époux s'est aggravée. L'épouse vivait recluse au domicile conjugal. Les disputes étaient fréquentes. Le mari se montrait brutal et exerçait des sévices sur la personne de sa femme.

Le 30 janvier 1993, le mari s'en est pris violemment à son épouse. Il lui a lancé un couteau de boucher qui l'a atteinte à la cuisse; elle a été hospitalisée du 31 janvier au 8 février 1993 à la suite de l'intervention du frère de la blessée qui avait alerté la police. La patiente présentait un état de malnutrition et de multiples hématomes, d'âge variable, sur tout le corps.

Après cette hospitalisation, l'épouse a encore été frappée par son mari, au moins deux fois; elle a été insultée et menacée de mort.

Le 15 mars 1993, l'époux est rentré énervé de son travail, proférant des méchancetés envers sa femme. En fin de soirée, il l'a approchée, muni d'un revolver, lui déclarant qu'il l'avait achetée pour elle. Lorsque les époux se furent couchés, elle s'aperçut que l'arme était placée sous l'oreiller du mari. Ayant constaté que ce dernier s'était endormi, elle s'est saisie de l'arme et a tiré toute la munition contenue dans le revolver, soit 6 coups qui ont causé la mort de la victime.

f
n
I
A
/
A
/
A
/
V
/
U

Condamnée une première fois à la peine de trois ans d'emprisonnement par la justice valaisanne, Z. R. a finalement été condamnée à une peine de dix-huit mois d'emprisonnement, sous déduction de cent nonante-deux jours de détention préventive subie, avec sursis durant trois ans, par jugement du 2 juillet 1996 de la II^e Cour pénale du Tribunal cantonal valaisan, à la suite de la cassation du premier jugement par le Tribunal fédéral. Le pourvoi en nullité formé par la condamnée contre ce second jugement a été rejeté par arrêt du Tribunal fédéral du 29 novembre 1996.

B. – Par décision du 18 avril 1997, la Caisse cantonale valaisanne de compensation a refusé à Z.R. la rente de veuve qu'elle demandait.

Saisi d'un recours de l'intéressée, le Tribunal cantonal valaisan des assurances l'a rejeté par jugement du 17 décembre 1997.

Par arrêt du 16 mars 1999, le Tribunal fédéral des assurances a annulé ce jugement, ainsi que la décision administrative précitée, et a reconnu à la pré-nommée le droit à une rente de veuve réduite de 50% à partir du 1^{er} avril 1993.

C. – R. R. travaillait en qualité de manœuvre paysagiste au service de la société F. SA. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la compagnie d'assurances X (ci-après: la compagnie).

Par décision du 13 avril 1994, la compagnie a dénié à Z. R. le droit à une rente de conjoint survivant, motif pris qu'elle avait provoqué intentionnellement le décès de l'assuré.

Saisie d'une opposition, la compagnie l'a rejetée par décision du 5 mars 1998.

D. – Par jugement du 21 octobre 1998, le Tribunal cantonal valaisan des assurances a rejeté le recours formé contre la décision sur opposition.

E. – Z. R. interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont elle demande l'annulation, en concluant à l'octroi d'une rente de conjoint survivant de l'assurance-accidents.

L'intimée conclut, sous suite de dépens, au rejet du recours, ce que propose également l'Office fédéral des assurances sociales.

II.

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

1. – a) Aux termes de l'art. 38 al. 1 LAA, si un survivant a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré, il n'a pas droit aux prestations en

espèces. Cette disposition reprend la solution jadis consacrée à l'art. 98 al. 2 LAMA.

b) En l'espèce, la juridiction cantonale s'est fondée sur le caractère intentionnel de l'homicide commis sur la personne du mari de la recourante pour lui refuser tout droit à une rente de conjoint survivant.

Celle-ci conteste ce point de vue en faisant valoir que selon les constatations du juge pénal, elle a agi sous l'empire d'un état de nécessité putatif excusable, c'est-à-dire en croyant par erreur se trouver dans une situation de fait constituant l'état de nécessité au sens de l'art. 34 CP. Selon elle, l'état de nécessité putatif est proche de la légitime défense, laquelle permet l'acquiescement même si l'homicide est intentionnel. En d'autres termes, la recourante estime que la solution des premiers juges est profondément injuste, dans la mesure où elle priverait un survivant de tout droit à une rente même s'il a agi en état de légitime défense, alors que, par exemple, celui qui commet un accident en état d'ébriété et se retrouve lui-même paralysé se voit octroyer une rente d'invalidité, éventuellement réduite. Elle conclut que l'art. 38 al. 1 LAA est entaché d'une lacune – qu'il appartient au juge de combler – en ce sens que ni son cas, ni celui de la légitime défense suivi d'un acquiescement n'ont été envisagés par le législateur.

2. – a) La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre. Selon la jurisprudence, il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégageant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires, du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (ATF 124 II 199 consid. 5a, 245, 268 consid. 3a, 124 III 129 consid. 1b/aa, 124 V 189 consid. 3a et les références).

b) L'art. 38 al. 1 LAA étant incontestablement un texte clair, il convient d'examiner s'il existe des raisons objectives permettant de penser qu'il ne restitue pas le sens véritable de la norme en cause.

c) Cette disposition légale trouve son fondement dans le principe d'assurance. Celui-ci sous-tend de manière plus ou moins marquée l'ensemble des branches des assurances sociales fédérales mais joue en plein dans l'assu-

rance-accidents obligatoire, comme le montrent le classement des entreprises dans les classes et degrés du tarif des primes, ainsi que le lien existant entre les indemnités journalières et les rentes, d'une part, et le gain assuré, d'autre part (*Meyer-Blaser, Allgemeine Einführung / Übersicht in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 46 ad ch. 17*). Or, par nature, une assurance couvre les conséquences d'événements dont la survenance n'a pas été exclusivement provoquée par la volonté du preneur d'assurance ou du bénéficiaire. Le dommage provoqué intentionnellement exclut la notion de risque, de sorte qu'il ne doit pas être possible d'assurer l'intention. Ainsi en a jugé le Tribunal fédéral dans un arrêt en matière de contrat d'assurance qui avait trait à un état de fait comparable à la présente affaire (homicide commis sur la personne de son épouse par le bénéficiaire d'une assurance-accidents en cas de décès de l'assurée). Il a considéré qu'aux termes du texte clair et non équivoque de l'art. 14 al. 1 LCA, la provocation intentionnelle de l'événement dommageable libère l'assureur de son obligation (ATF 117 II 594 sv. consid. 3).

Cela étant, l'exclusion du dommage causé intentionnellement par le bénéficiaire s'inscrit incontestablement dans la logique du système de l'assurance-accidents obligatoire et il n'existe pas de raison objective permettant de considérer que le texte de l'art. 38 al. 1 LAA ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause et de déroger, par voie d'interprétation, à son sens littéral.

d) Il convient en outre de relever que cette disposition ne laisse aucun pouvoir d'appréciation aux organes d'application de la loi, contrairement à l'art. 18 al. 1, seconde phrase LAVS. Aux termes de cet article, les rentes peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, au survivant qui a intentionnellement ou par négligence grave, ou en commettant un crime ou un délit, causé la mort de l'assuré. Cette disposition est formulée de telle manière que les organes d'exécution appelés à prononcer une sanction bénéficient d'un large pouvoir d'appréciation. Celui-ci est toutefois restreint par le principe de proportionnalité (ATF 108 V 252 consid. 3a et les références; cf. aussi ATF 122 V 380 consid. 2b/cc, 119 V 254 consid. 3a et les arrêts cités; *Alfred Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. I: Allgemeiner Teil, Berne 1979, p. 170*) et par l'interdiction de l'abus de droit, laquelle a pour but notamment d'empêcher qu'une institution soit utilisée, de façon contraire au droit, pour la réalisation d'intérêts que cette institution n'a pas pour but de protéger (ATF 122 II 198 consid. 2c/ee et les références; cf. aussi ATFA 1951 p. 209; *Pierre Moor, Droit administratif, vol. I: Les fondements généraux, 2^{ème} éd., Berne 1994, p. 434 s.*; *Ulrich Häfelin / Georg Müller, Grundriss des Allgemeinen*

Verwaltungsrechts, 3^{ème} éd. Zurich 1998, n° 598 p. 145; *Pascal Mahon*, Pré-tentions abusives en matière d'assurance, in: RSA 62/1994 p. 313 s.). Aussi, dans son arrêt du 16 mars 1999, déjà cité, le Tribunal fédéral des assurances a-t-il considéré que la qualification d'homicide criminel au sens de l'art. 9 al. 1 CP doit conduire, en principe, à la sanction la plus grave de celles qui sont prévues à l'art. 18 al. 1, seconde phrase LAVS. Cependant, il a réservé l'éventualité où les éléments constitutifs de l'homicide criminel sont certes réunis, mais où le crime n'est néanmoins pas punissable parce que l'auteur a agi dans le cadre d'un devoir de fonction au sens de l'art. 32 CP, en état de légitime défense au sens de l'art. 33 CP ou dans un état de nécessité au sens de l'art. 34 CP. Dans ce cas, a-t-il relevé, le refus définitif de la prestation de survivant de l'AVS (rente de veuf, de veuve ou d'orphelin) pourrait, étant donné l'ensemble des circonstances du cas particulier, contrevenir à l'exigence d'un rapport raisonnable entre le but visé à l'art. 18 al. 1, seconde phrase LAVS et les rigueurs qu'il entraîne pour l'ayant droit (arrêt du 16 mars 1999, déjà cité).

3. – a) En l'espèce, le juge pénal a reconnu Z. R. coupable de meurtre passionnel (art. 113 CP), en raison de l'état de profond désarroi dans lequel elle se trouvait lorsqu'elle a abattu son mari: seule, fréquemment battue, sans soutien, vivant dans un pays où elle ne pouvait nouer des contacts sociaux en raison de l'attitude égoïste de son époux, elle avait été amenée à agir afin d'échapper à la cruauté de son mari, lequel, pensait-elle, était fermement décidé à la tuer. Par ailleurs, il a jugé que la recourante avait agi en état de nécessité putatif (art. 19 et 34 CP), dans la mesure où elle s'était crue, par erreur, confrontée à un danger impossible à détourner autrement que par l'accomplissement d'un meurtre. Etant donné les autres moyens dont elle disposait objectivement pour écarter le danger (la fuite, la demande de protection de la police, des services sociaux, des autorités judiciaires, d'un avocat, de sa famille ou de celle de son mari), son geste a été considéré néanmoins comme disproportionné, de sorte que le juge pénal a nié le caractère non punissable de l'infraction. Il a toutefois atténué la peine, compte tenu du fait que l'erreur était excusable (ATF 122 IV 7 sv. consid. 4).

b) Sur le vu de ces constatations de fait – dont il n'existe pas de motif de s'écarter – il est incontestable que la recourante a agi intentionnellement, c'est-à-dire avec conscience et volonté (cf. ATF 112 V 159 consid. 4, 111 V 202 consid. 2a; DTA 1992 n° 7 p. 105 consid. 4a). A cet égard, le fait qu'elle a été reconnue coupable de meurtre passionnel ne change rien même si, par définition, l'auteur bénéficie de circonstances atténuantes propres aux éléments constitutifs de cette infraction.

c) Vu ce qui précède, la compagnie était fondée, par sa décision sur opposition du 5 mars 1998, à dénier à Z. R. le droit à une rente de conjoint survivant de l'assurance-accidents obligatoire.

Le jugement entrepris n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

...

Leistungspflicht bei einem erneuten Unfall; Rechtsweg bei Streitigkeit unter Versicherern über deren Zuständigkeit

U 354 Urteil des EVG vom 2. Juni 1999 i. Sa. H. Z.

*Leistungspflicht bei erneutem Unfall (Art. 77 UVG;
Art. 100 Abs. 3 UVV):*

Welcher Unfallversicherer nach einem erneuten Unfall leistungspflichtig ist, hängt gemäss dem klaren Verordnungswortlaut in Art. 100 Abs. 3 UVV von der Beantwortung der Frage ab, ob eine Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist; unerheblich ist demgegenüber, ob die zusätzliche durch den zweiten Unfall begründete Invalidität die aus dem ersten Unfall resultierende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit übersteigt.

Rechtsweg bei Streitigkeit unter Versicherern über deren Zuständigkeit (Art. 78a UVG; Art. 128 OG):

Die in Art. 78a UVG vorgesehene bundesamtliche Verfügungszuständigkeit schliesst nicht aus, dass der Unfallversicherer seine Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten unter Hinweis auf die seiner Ansicht nach fehlende Zuständigkeit mit Verfügung und Einspracheentscheid verneint.

Obligation d'allouer des prestations en cas de nouvel accident (art. 77 LAA; art. 100 al. 3 OLAA):

Pour désigner l'assureur tenu d'allouer des prestations en cas de nouvel accident, il faut, d'après le texte clair de l'art. 100 al. 3 OLAA, trancher le point de savoir si ce nouvel accident a modifié le degré d'invalidité; en revanche, peu importe le fait que la part d'invalidité supplémentaire résultant du second accident est plus importante que la part d'incapacité de gain due au premier.

Voie de droit en cas de contestation de compétence entre assureurs (art. 78a LAA; art. 128 OJ):

Le fait qu'en vertu de l'art. 78a LAA, l'Office fédéral des assurances sociales est compétent pour statuer par voie de décision n'interdit pas à l'assureur de rendre une décision, ainsi qu'une décision sur opposition, par lesquelles il notifie à l'assuré son refus d'allouer des prestations, motif pris qu'il s'estime incompétent.

*Obbligo di prestare in caso di nuovo infortunio
(art. 77 LAINF; art. 100 cpv. 3 OAINF):*

Ai fini di determinare quale assicuratore sia tenuto a prestare in caso di un nuovo infortunio occorre, conformemente al testo chiaro dell'art. 100 cpv. 3 OAINF, stabilire se sia subingredita una modifica del grado di invalidità; irrilevante è invece il fatto che l'invalidità addebitabile al secondo infortunio sia più importante rispetto all'incapacità di guadagno imputabile al primo.

*Rimedi di diritto nel caso di una controversia fra assicurati
concernente la loro competenza (art. 78a LAINF; art. 128 OG):*

La circostanza che giusta l'art. 78a LAINF, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sia competente a statuire mediante provvedimento amministrativo non osta a che l'assicuratore contro gli infortuni emani una decisione, così come una decisione su opposizione, deneganti nei confronti dell'assicurato il suo obbligo di prestare per il motivo che esso si ritiene incompetente.

I.

A. – a) H. Z. hatte am 20. April 1975 eine Unterschenkelfraktur mit Beteiligung des Knies erlitten, für deren Folgen die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) aufkam und insbesondere mit Verfügung vom 29. Juni 1979 eine Invalidenrente von 10% zusprach. Ab Juni 1992 war H. Z. (aus anderen Gründen) vollständig und andauernd arbeitsunfähig, weshalb ihm die Eidgenössische Invalidenversicherung mit Wirkung ab Juni 1993 unter der Annahme eines Invaliditätsgrades von 100% eine ganze Invalidenrente zusprach.

Am 6. Oktober 1994, als er von der SUVA auf der Grundlage einer – zufolge Verschlimmerung der Beinverletzung – seit 5. April 1994 auf 50% erhöhten unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit ein entsprechendes Taggeld erhielt, stürzte H. Z. im Hauptbahnhof die Rolltreppe hinunter, wobei er sich eine komplizierte rechtsseitige Oberarmfraktur zuzog. Da er damals im Rahmen eines Beschäftigungsprogrammes gearbeitet hatte und auf Grund der damit verbundenen unselbstständigen Erwerbstätigkeit erneut obligatorisch unfallversichert war, und zwar beim Versicherer X., kam dieser Unfallversicherer für die Unfallpflege (Operation der Fraktur usw.) auf. Die beiden Versicherer kamen überein, je ein hälftiges Taggeld auszurichten. In der Folge unterzog sich H. Z. einer Operation wegen rezidivierender Bursitis am linken Ellenbogen, welcher Eingriff vom 20. Januar 1995 zu Lasten der Krankenkasse ging, und am 7. Juli 1995 einer Knieoperation, für welche – da Folge des Unfalles vom 20. April 1975 – die SUVA aufkam.

Im Frühjahr 1997 prüfte die SUVA den Fallabschluss. Sie erklärte sich am 6. März 1997 zwar bereit, wegen der Verschlimmerung der Folgen des ersten Unfalles vom 20. April 1975 ein 50%iges Taggeld bis zum Fallabschluss am 31. März 1997 auszubezahlen; da jedoch beide Unfälle die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigten, müsse nachher der Versicherer X. für den Gesamtschaden aufkommen. Die SUVA erliess am 8. Januar 1998 eine Verfügung, mit welcher sie den Anspruch auf jegliche weiteren Leistungen unter Hinweis auf die Zuständigkeit des Versicherers X. ablehnte. Hiegegen erhob der Versicherte vorsorglich Einsprache. Die SUVA hält dieses Einspracheverfahren formlos pendent.

b) Der Versicherer X. seinerseits sprach zwar für die Folgen des Unfalles vom 6. Oktober 1994 eine Integritätserschädigung von 15% zu, lehnte jedoch sämtliche weiteren Leistungspflichten bezüglich Krankenpflege (nach dem 31. Mai 1997), Taggeld (nach dem 31. Januar 1996) und Invalidenrente (generell) ab (Verfügung vom 27. Juni 1997). Auf Einsprache der SUVA und des Versicherten hin erliess der Versicherer X. am 21. November 1997 einen ablehnenden Einspracheentscheid.

B. – Gegen diesen Einspracheentscheid erhob H. Z. Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht des Kantons. Nach Einholung einer ablehnenden Vernehmlassung des Versicherers X. und der Beiladung der SUVA ins Verfahren hiess das Sozialversicherungsgericht die Beschwerde in dem Sinne gut, dass es den Einspracheentscheid vom 21. November 1997 aufhob und die Sache an den Versicherer X. zurückwies, damit dieser im Sinne der Erwägungen verfare (Entscheid vom 5. November 1998).

C. – Der Versicherer X. führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren auf Aufhebung des kantonalen Gerichtsentscheides, verbunden mit der Feststellung, dass er H. Z. keine Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen habe.

H. Z. antwortet mit dem Rechtsbegehren, es sei, unter Aufhebung des Einspracheentscheides vom 21. November 1997 und des kantonalen Gerichtsentscheides vom 5. November 1998, festzustellen, dass der Versicherer X. «für die Folgen des Unfalles vom 20. April 1975 respektive des Rückfalles des Jahres 1994 sowie des Unfalles vom 6. Oktober 1994 allein leistungspflichtig» sei.

Die SUVA verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D. – Das am 14. Dezember 1998 gestellte und am 4. Februar 1999 wiederholte Gesuch um Erlass vorsorglicher Massnahmen zog der Versicherte mit Schreiben vom 24. März 1999 zurück.

II.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus den folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. – a) Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens ist der Einspracheentscheid vom 21. November 1997. Darin hat es der Versicherer X. abgelehnt, ausser der zugesprochenen Integritätsentschädigung weitere Leistungen gemäss UVG an den Beschwerdegegner zu erbringen. In dem Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildenden Entscheid (BGE 117 V 295 Erw. 2a) hat das kantonale Gericht den Einspracheentscheid aufgehoben und die Leistungspflicht des Versicherers X. vom Ergebnis von noch vorzunehmenden zusätzlichen Abklärungen abhängig gemacht.

b) Damit handelt es sich vorliegend um einen Streit betreffend die Be willigung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG. Die Ordnungsmässigkeit des Einsprache- und vorinstanzlichen Verfahrens, welche rechtsprechungsgemäss von Amtes wegen geprüft wird (RKUV 1998 Nr. U 308 S. 454 Erw. 2a, 1993 Nr. U 175 S. 200, nicht veröffentlichte Erw. 2), ist daher ebenso zu bejahen wie die Zulässigkeit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde (Art. 128 ff. OG). Diese scheidet nicht etwa deswegen aus, weil in einem negativen Kompetenzkonflikt zwischen Unfallversicherern, wie er sich hier in der Verfügung der SUVA vom 8. Januar 1998 und der Verfügung vom 27. Juni 1997 sowie dem Einspracheentscheid vom 21. November 1997 dem Versicherer X. manifestiert, das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) nach Art. 78a UVG eine Verfügung hätte erlassen können, gegen welche zuerst die Beschwerde an das Eidgenössische Departement des Innern und danach erst die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht offen gestanden hätte (RKUV 1998 Nr. U 312 S. 470). Die bundesamtliche Verfügungszuständigkeit nach Art. 78a UVG und der dadurch begründete Rechtsmittelzug kommt nur dann zum Tragen, wenn entweder ein Unfallversicherer, der gegenüber dem andern Unfallversicherer keine Weisungsbefugnis besitzt (BGE 120 V 489), oder ein Versicherter das BSV anruft und dieses über die streitige Zuständigkeit verfügungsweise entscheidet. Hingegen schliesst es Art. 78a UVG nicht aus, dass der Unfallversicherer gegenüber dem Ansprecher seine Leistungspflicht mit Verfügung und Einspracheentscheid (Art. 105 UVG) ablehnt und dies mit der – seiner Auffassung nach fehlenden – Zuständigkeit begründet. Was es hiebei zu beachten gilt, ist der eben erwähnte rechtliche Umstand, dass kein Unfallversicherer gegenüber dem andern die Zuständigkeitsfrage in seinem Sinne hoheitlich zu entscheiden befugt ist. Prozessual wird dem dadurch Rechnung getragen,

dass insbesondere solche gestützt auf die angenommene fehlende Zuständigkeit erlassene Ablehnungsverfügungen und Einspracheentscheide nebst dem Versicherten nach Art. 129 UVV auch dem konkurrierenden Unfallversicherer zu eröffnen sind, was hier unstreitig geschehen ist.

2. – Wie der Beschwerdegegner selber richtig bemerkt, kennen die Verwaltungsrechtspflegebestimmungen der Art. 97 ff. in Verbindung mit Art. 128 ff. OG das Institut der Anschlussbeschwerde nicht (BGE 124 V 155 Erw. 1). Hingegen halten sich die vom Beschwerdegegner gestellten Anträge, dass nämlich der Versicherer X. ohne die vorinstanzlich angeordneten Abklärungen als definitiv leistungspflichtig zu erklären sei, im Rahmen des Anfechtungsgegenstandes um die zuständigkeitsrechtlich begründete Leistungspflicht des Versicherers X., welche dieser bestreitet, wogegen das kantonale Gericht der Auffassung ist, die Kompetenzabgrenzung zwischen Versicherer X. und SUVA könne im vorliegenden Fall erst nach Durchführung ergänzender Abklärungen beurteilt werden. Der Antrag des Beschwerdegegners ist daher zwar nicht als förmliches Rechtsbegehren, jedoch als Vorbringen entgegenzunehmen, welches der Sozialversicherungsrichter im Lichte der weiten Kognition nach Art. 132 lit. c OG würdigt.

3. – a) Nach Art. 77 Abs. 3 lit. b UVG ordnet der Bundesrat die Leistungspflicht und das Zusammenwirken der Versicherer bei einem erneuten Unfall (...). Gestützt darauf hat der Bundesrat Art. 100 UVV (Leistungspflicht bei erneutem Unfall) erlassen:

«¹ Wenn der Versicherte erneut verunfallt, während er wegen eines versicherten Unfalles noch behandlungsbedürftig, arbeitsunfähig und versichert ist, so muss der bisher leistungspflichtige Versicherer auch die Leistungen für den neuen Unfall erbringen.

² Verunfallt der Versicherte während der Heilungsdauer eines oder mehrerer Unfälle, aber nach der Wiederaufnahme einer versicherten Tätigkeit, erneut und löst der neue Unfall Anspruch auf Taggeld aus, so erbringt der für den neuen Unfall leistungspflichtige Versicherer auch die Leistungen für die früheren Unfälle. Die anderen beteiligten Versicherer vergüten ihm diese Leistungen, ohne Teuerungszulagen, nach Massgabe der Verursachung; damit ist ihre Leistungspflicht abgegolten. Die beteiligten Versicherer können untereinander von dieser Regelung abweichende Vereinbarungen treffen, namentlich wenn der neue Unfall wesentlich geringere Folgen hat als der frühere.

³ Erleidet ein aus einem früheren Unfall Rentenberechtigter einen neuen Unfall *und führt dieser zu einer Änderung des Invaliditätsgrades*, so

muss der für den zweiten Unfall leistungspflichtige Versicherer sämtliche Leistungen ausrichten. Der für den ersten Unfall leistungspflichtige Versicherer vergütet dem anderen Versicherer den Betrag, der dem Barwert des Rentenanteils, ohne Teuerungszulagen, aus dem ersten Unfall entspricht. Damit ist seine Leistungspflicht abgegolten.»

Während das Eidgenössische Versicherungsgericht im Urteil F. vom 4. Januar 1994 (BGE 120 V 65) zur Bedeutung und zum Verhältnis der Absätze 1 und 2 von Art. 100 UVV grundsätzlich Stellung genommen hat, geht es vorliegend, soweit ersichtlich zum ersten Mal, um die Tragweite von Abs. 3 und dessen Verhältnis zu Abs. 2 dieser Verordnungsbestimmung.

b) Wie der in Sachverhalt A. dargestellte Geschehensablauf zeigt, sind Versicherer X. und SUVA zunächst im Sinne von Art. 100 Abs. 2 UVV vorgegangen: Da der Beschwerdegegner am 6. Oktober 1994, als er den zweiten Unfall erlitt, eine neue versicherte Tätigkeit wieder aufgenommen (und ausgeübt) hatte sowie damals von einer aus dem ersten Unfall vom 20. April 1975 resultierenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit betroffen war, stand einer Anwendung dieser Bestimmung nichts entgegen. Dass beide Unfallversicherer je ein hälftiges Taggeld erbrachten (statt der Versicherer X. als für den zweiten Unfall leistungspflichtige Versicherer die Gesamtleistungen), ist in keiner Weise zu beanstanden, sieht doch Art. 100 Abs. 2 dritter Satz ausdrücklich vor, dass die Versicherer eine abweichende Vereinbarung treffen können. Streitig ist nun aber, ob die Anwendung dieser Bestimmung des Abs. 2 durch Abs. 3 von Art. 100 UVV zurückgedrängt wird. Dies rührt daher, dass sich auch für den zweiten Unfall vom 6. Oktober 1994 die Frage nach dem Fallabschluss stellt. Hier liegen drei widerstreitende Standpunkte vor:

aa) *Beschwerdegegner* und *SUVA* gehen davon aus, dass der zweite beim Versicherer X. versicherte Unfall vom 6. Oktober 1994 eine Beeinträchtigung zurücklasse, welche die Erwerbsmöglichkeiten zusätzlich schmälere, woraus eine Änderung des unfallbedingten Invaliditätsgrades, somit eine Erhöhung der bisher von der SUVA gewährten 10%igen Invalidenrente resultiere. Damit sei das massgebliche Tatbestandsmerkmal des Abs. 3 von Art. 100 UVV, die Änderung des Invaliditätsgrades, gegeben. Deshalb habe der für den zweiten Unfall leistungspflichtige Versicherer, eben der Versicherer X., sämtliche Leistungen auszurichten.

bb) Der *beschwerdeführende Versicherer X.* ist dagegen – anders als im Einspracheentscheid und im kantonalen Verfahren, als er die Anwendung des Art. 100 Abs. 3 UVV noch unter Hinweis auf die mit der SUVA getroffene Abmachung und mit dem Fehlen eines durch den zweiten Unfall geän-

derten Invaliditätsgrades in Abrede stellte – nunmehr der Auffassung, Art. 100 Abs. 3 UVV komme von vornherein nicht zur Anwendung, wenn der zweite Unfall einen vollinvaliden Versicherten treffe. Die rechtskräftige Verfügung der Invalidenversicherung vom 18. Oktober 1996 mit Rentenbeginn im Juni 1993 weise aus, dass der Beschwerdegegner im Zeitpunkt «des Unfalles vom 6. Oktober 1994 bereits seit über zwei Jahren aus unfallfremden Gründen vollumfänglich erwerbsunfähig gewesen sei und deshalb aus der zusätzlichen unfallbedingten Beeinträchtigung des rechtsseitigen Armes gar keine Änderung des Invaliditätsgrades (habe) resultieren» können, zu welchem Ergebnis auch «die Vornahme des Einkommensvergleiches gemäss Art. 28 Abs. 3 UVV (keine verwertbare Leistungsfähigkeit sowohl vor als auch nach dem Unfall)» führe.

c) Das *kantonale Gericht* dagegen will zunächst abklären lassen, welche bleibenden Schädigungen aus den Unfällen von 1975 und 1994 resultieren; abklärungsbedürftig seien hier einzig die angeblichen Restfolgen des 1975 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas, zu welcher Frage sich eine nochmalige Begutachtung aufdränge. Stünden die unfallbedingten Schäden fest, sei, im Rahmen eines auf realistischen Vorgaben bezüglich der Verweisungstätigkeiten durchzuführenden Einkommensvergleiches, der unfallbedingte Gesamtinvaliditätsgrad zu ermitteln. Schliesslich sei von dieser Gesamtinvalidität eine Ausscheidung danach vorzunehmen, wie sich die Folgen der Unfälle von 1975 und 1994, je gesondert, auf die Erwerbsfähigkeit auswirken. Stehe fest, dass sich die Folgen des Unfalles von 1975 erheblich mehr auf die Erwerbsfähigkeit auswirkten als die Folgen des Unfalles von 1994, habe die SUVA die Gesamtrente festzusetzen, andernfalls der Versicherer X.

c) aa) Zunächst ist festzuhalten, dass die eben wiedergegebene vorinstanzliche Schlussfolgerung, welche die Zuweisung zum Versicherer im Rahmen von Art. 100 Abs. 3 UVV nach der Schwere der invaliditätsmässigen Folgen vornehmen will, im Verordnungstext keine Grundlage findet. Verlangt ist nach dem klaren Verordnungswortlaut eine *Änderung des Invaliditätsgrades*, hingegen *nicht*, dass die zusätzliche durch den zweiten Unfall begründete Invalidität die aus dem ersten Unfall resultierende Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit übersteigt. Die französisch- und italienischsprachigen Texte ergeben nichts anderes.

bb) Dem Standpunkt des beschwerdeführenden Versicherers X. kann ebenfalls nicht beigeprpflichtet werden. Dass der Beschwerdegegner eine ganze Rente der Invalidenversicherung auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 100% bezieht, heisst keineswegs, dass er nicht noch über eine Resterwerbsfähigkeit verfügte, welche Gegenstand der obligatorischen

Unfallversicherung sein könnte, und zwar auch hinsichtlich des Anspruches auf eine Invalidenrente. Der Bezug einer ganzen Invalidenrente der Invalidenversicherung ist gesetzlich begründet, selbst wenn der Versicherte noch über eine Resterwerbsfähigkeit von bis zu einem Drittel verfügt (Art. 28 Abs. 1 IVG). Dass dem Beschwerdegegner in den Rentenverfügungen der Invalidenversicherung ein 100%iger Invaliditätsgrad bescheinigt wurde, ist daher nicht entscheidend für die Beantwortung der Frage nach dem Unfallversicherungsschutz. Davon abgesehen ist die invalidenversicherungsrechtliche Leistungszusprechung für den unfallversicherungsrechtlichen Status nicht präjudiziell. Es kommt nur darauf an, ob es dem Betroffenen – u. U. entgegen der Berentung durch die Invalidenversicherung – nach dem ersten Unfall gelungen ist, wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit auszuüben. Wenn und insoweit ihm dies in zumutbarer Weise gelingt, liegt darin der Beweis, dass er effektiv über eine Resterwerbsfähigkeit verfügt. Der Standpunkt des beschwerdeführenden Versicherers X. würde im Ergebnis darauf hinaus laufen, Versicherten in der Lage des Beschwerdegegners den unfallversicherungsrechtlichen Schutz, zumindest in Bezug auf die Invalidenrentenberechtigung, zu versagen, was nach den gesetzlichen Vorgaben nicht angeht. Ob und inwieweit der durch einen ersten Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit schon beeinträchtigte Versicherte aus dem zweiten Unfall eine rentenerhöhende Invalidität geltend machen kann, hängt demgegenüber davon ab, ob er im Rahmen von Art. 28 Abs. 3 UVV über einen Lohn verfügte, den er auf Grund der vorbestehenden verminderten Leistungsfähigkeit zu erzielen im Stande wäre und den er nun wegen der Auswirkungen des zweiten Unfalles verliert (*Omlin*, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1995, S. 130). Ob dies zutrifft, braucht in diesem Verfahren nicht entschieden zu werden. Dazu hat zunächst der zuständige Versicherer Stellung zu nehmen.

cc) Damit bleibt zu prüfen, ob bei der gegebenen Aktenlage zuverlässig gesagt werden kann, dass der zweite Unfall zu einer Änderung des bisherigen 10%igen unfallbedingten Invaliditätsgrades führt, was, wie dargetan, Voraussetzung für die Anwendung von Art. 100 Abs. 3 UVV ist. Diese Frage ist gestützt auf die bei den Akten liegenden medizinischen Berichte eindeutig zu bejahen. Der Beschwerdegegner ist durch die Restfolgen der am 6. Oktober 1994 erlittenen rechtsseitigen Oberarmfraktur, zusätzlich zu den Folgen des Unfalles vom 20. April 1975, insbesondere den Kniebeschwerden, beeinträchtigt. In welchem Ausmass dies zutrifft, hat nach dem Gesagten der Versicherer X. zu entscheiden.

Droit de recours contre une décision d'un assureur-accidents

U 355 Arrêt du TFA du 8 juin 1999 dans la cause N. R.

Droit de recours contre une décision d'un assureur-accidents
(art. 129 OLAA et 103 let. a OJ):

Un assureur privé – qui n'agit pas comme assureur social – n'a pas qualité pour recourir contre la décision d'un assureur-accidents en application de l'art. 129 OLAA (cons. 2) ou de l'art. 103, let. a, OJ (cons. 3).

Recht auf Beschwerdeführung gegen eine Verfügung eines Unfallversicherers (Art. 129 UVV und 103 Bst. a OG):

Ein Privatversicherer – der nicht als Sozialversicherer agiert – ist nicht ermächtigt, gegen die Verfügung eines Unfallversicherers zu rekurrieren, gemäss Art. 129 UVV (Erw. 2) oder Art. 103 Bst. a OG (Erw. 3).

Diritto di ricorso contro una decisione di un assicuratore infortuni
(art. 129 OAINF e 103 let. a OG):

Un assicuratore privato – che non agisce come un assicuratore sociale – non ha la facoltà di interporre ricorso contro la decisione di un assicuratore infortuni ai sensi dell'art. 129 OAINF (cons. 2) o del l'art. 103 lett. a OG (cons. 3).

I.

A. – N. R. est assurée auprès de l'assurance-maladie X pour l'assurance obligatoire des soins. Dans le cadre de son activité en qualité de serveuse de restaurant, elle est aussi assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la compagnie Y. Son employeur a conclu auprès de la compagnie Z, pour lui-même et ses employés, une assurance indemnité journalière pour perte de gain en cas de maladie, d'accident ou de maternité (système S.), régie par la Loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Le 27 février 1997, N. R. a été victime d'une agression sexuelle. Dans un rapport médical initial du 12 juin 1997, le docteur H., médecin-chef à l'hôpital d'arrondissement de S., a diagnostiqué une réaction dépressive, de probables troubles mixtes de la personnalité et un état dépressif récurrent. Par décision du 27 novembre 1997, la compagnie Y a refusé de verser à N. R. des prestations d'assurance-accidents. La compagnie Y a considéré que l'événement du 27 février 1997 ne constituait pas un accident et que, de toute manière, une relation de causalité adéquate et naturelle entre cet événement et l'atteinte à la santé de l'intéressée faisait défaut.

Par décision sur opposition du 13 janvier 1998, la compagnie Y a rejeté les oppositions formées contre sa décision par la compagnie Z et l'assurance-maladie X.

B. – La compagnie Z a formé recours contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton du Valais. Interpellée sur sa qualité pour agir, elle a maintenu que celle-ci était donnée, dès lors qu'elle avait avancé des indemnités journalières à son assurée et qu'elle était ainsi atteinte dans ses intérêts par la décision sur opposition de la compagnie Y.

Par jugement du 7 juillet 1998, l'autorité cantonale a déclaré irrecevable le recours de la compagnie Z.

C. – La compagnie Z interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande l'annulation, en concluant, sous suite de dépens, à la recevabilité de son recours. En bref, elle persiste à soutenir qu'elle a qualité pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents.

La compagnie Y conclut, principalement, à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, à son rejet, sous suite de frais et dépens. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) se rallie aux considérants des juges cantonaux. N. R. a renoncé à se déterminer.

II.

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

1. – Comme le litige ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le pouvoir d'examen du tribunal est limité. Le recours ne peut porter que sur la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation et la constatation des faits manifestement inexacte, incomplète ou contraire aux règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ).

2. – Aux termes de l'art. 104 LAA, le Conseil fédéral règle les relations de l'assurance-accidents avec les autres assurances sociales en ce qui concerne, en particulier, la détermination des obligations de chaque assurance en cas d'accident et de maladie concomitants (let. c) et le droit de recours des assureurs contre des décisions ressortissant au domaine d'une autre assurance sociale (let. d). Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation de compétence en édictant l'art. 129 OLAA. Selon l'al. 1 de cette disposi-

tion, lorsqu'un assureur-maladie ou une autre assurance sociale prend une décision touchant à l'obligation de l'autre assureur d'allouer des prestations, cette décision doit également être notifiée à cet autre assureur. Ce dernier dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 1). Si une autre assurance sociale fait opposition ou forme un recours contre cette décision, l'opposition doit être notifiée à l'assuré par l'assureur qui a rendu la décision et le recours notifié à l'assuré par l'autorité de recours pour qu'il puisse se déterminer à ce sujet. L'assuré peut intervenir comme partie. Les jugements rendus déploient leurs effets également envers lui (al. 2).

Par ces dispositions, le législateur s'est efforcé d'une manière générale, de coordonner les assurances sociales pour éviter, notamment, la surindemnisation et faciliter les règlements de comptes lorsque deux institutions intéressées ne parviennent pas à se mettre d'accord (ATF 115 V 425 consid. 1).

Dans sa formulation en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, l'art. 129 OLAA avait pour but, en assurant la coordination des prestations entre différents assureurs sociaux, de faire en sorte que la décision de l'assureur-accidents au sujet de ses prestations puisse s'imposer aux autres assureurs sociaux et que l'on évite ainsi des décisions contradictoires à propos du même accident. Pour y parvenir, les assureurs sociaux concernés se sont vus accorder les mêmes droits et moyens de recours que les parties (ATF 115 V 425 consid. 1 précité). La formulation actuelle de l'art. 129 OLAA a été introduite en même temps que la LAMal, le texte de cette disposition étant au demeurant identique à celui de l'art. 121 OAMal. Enoncée de manière plus claire, cette disposition ne modifie pas fondamentalement le système de l'intervention en procédure des autres assureurs concernés auxquels la décision de l'assureur-accidents pourra dès lors finalement s'imposer (Pra 1997 n° 30 p. 165 sv. consid. 2a et c et les réf.; *Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd. p. 183).

Il n'en demeure pas moins que, compte tenu du but de coordination rappelé ci-dessus, l'art. 129 OLAA, dans l'une et l'autre teneur, n'a jamais concerné que le droit de recours des assureurs sociaux, à l'exclusion des assureurs privés qui n'ont pas qualité de partie intéressée au sens de cette disposition. Comme celle-ci ne sort pas du cadre légal défini par l'art. 104 LAA, on ne voit pas, dans ces conditions, que la loi, à défaut de l'ordonnance, puisse accorder davantage de droits aux assureurs privés. Il en résulte que les prescriptions relatives à l'obligation de notifier les décisions à un autre assureur, ainsi que celles déterminant la légitimation à recourir ne concernent que les rapports entre assureurs sociaux; elles ne valent pas pour les assureurs privés, qu'il s'agisse par exemple de l'assureur en responsabilité civile du tiers respon-

sable ou de l'assureur privé intervenant pour dédommager à raison des pertes de gain liées à l'accident (*Frésard*, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 259 note 368).

Comme la recourante n'est pas fondée à se prévaloir de ces dispositions, le jugement qui lui dénie la qualité pour recourir n'est, dans ce sens, pas contraire au droit fédéral.

3. – La recourante soutient toutefois que sa légitimation à recourir contre la décision de l'assurance-accidents découle directement des dispositions de l'OJ, dès lors qu'elle est atteinte dans ses intérêts par la décision litigieuse.

a) Les principes relatifs à la qualité pour recourir devant le Tribunal fédéral déterminent également la recevabilité du recours devant l'autorité de première instance.

En effet, en vertu de la force dérogatoire du droit fédéral et conformément au principe de l'unité de la procédure, la qualité pour agir devant les autorités administratives et juridictionnelles cantonales dont les décisions sont sujettes au recours de droit administratif ne peut être subordonnée à des conditions plus strictes que celles qui régissent la qualité pour recourir au sens de l'art. 103 let. a OJ et de l'art. 48 let. a PA, de même contenu (art. 98a al. 3 OJ; ATF 123 V 114 sv. consid. 3 et les réf.; 125 II 13 consid. 2b).

Il en résulte que la qualité de la compagnie Z pour recourir devant le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais devra également être examinée selon les principes découlant de l'art. 103 OJ.

b) Conformément à l'article 103 let. c OJ, a qualité pour recourir au Tribunal fédéral par la voie du recours de droit administratif toute autre personne, organisation ou autorité à laquelle la législation fédérale accorde le droit de recours.

Dans le cas d'espèce, ni l'art. 104 LAA, ni l'art. 129 OLAA ne donnent, comme on l'a vu, la légitimation à recourir à l'assureur privé. En revanche, c'est notamment en vertu de cette disposition de l'OJ que les assureurs sociaux possèdent cette qualité (*Rumo-Jungo*, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2^e éd. ad art. 104 LAA, p. 336). La recourante, à laquelle la législation fédérale n'accorde pas le droit de recours, n'est dès lors pas fondée à invoquer à son profit cette disposition.

4. – a) Aux termes de l'art. 103 let. a OJ, a qualité pour recourir quiconque est atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pra-

tique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 123 V 115 sv. consid. 5a, 315 sv. consid. 3b et les références).

S'agissant de l'atteinte, il importe de distinguer entre les destinataires de la décision contestée et les tiers. Le destinataire est la personne dont la décision a pour objet de définir la situation juridique: elle lui a imposé une obligation, une charge, supprimé un droit, a déclaré son recours irrecevable. Il peut arriver qu'il y ait plusieurs destinataires, même aux intérêts opposés. Suivant le contenu de la décision, ils auront tous qualité pour recourir. La qualité de destinataire n'est cependant pas toujours suffisante. Il n'est en effet pas exclu que malgré cela, un tel recourant n'ait pas un intérêt digne de protection, par exemple, parce qu'il a à sa disposition un autre moyen de droit pour régler le fond de l'affaire, parce que l'admission du recours ne porterait pas remède au préjudice réellement subi ou parce que le recours vise les motifs de la décision et que son admission ne saurait avoir pour effet d'entraîner une modification du dispositif (*Moor*, Droit administratif, vol. II ch. 5.6.2.1, p. 414 et les références).

Lorsque le tiers agit à côté du destinataire de la décision, cela constitue en réalité une intervention accessoire qui n'est en principe pas admissible. Le tiers n'a normalement pas davantage qualité pour attaquer une décision à la place du destinataire, sous réserve du cas où le tiers a lui-même certains droits (*Gygi*, op. cit., p. 157 ss; *Gygi*, Vom Beschwerderecht in der Bundesverwaltungsrechtspflege in: Recht 1986 p. 9 et 10). Au regard de la question de l'atteinte, la situation des tiers est ainsi plus complexe. Pour eux, il n'y a, par définition, aucune atteinte juridique, aucune diminution de leurs droits, aucune aggravation de leurs obligations. Les effets préjudiciables de la décision sont de fait. Pour déterminer à partir de quelle intensité ces effets constituent une atteinte propre à léser un intérêt digne de protection, il est nécessaire qu'une relation suffisante existe. Pour cela, il faut qu'il y ait véritablement un préjudice porté de manière immédiate à la situation personnelle du recourant.

b) Dans le cas d'espèce, la décision du 27 novembre 1997 de la compagnie Y nie le droit de N. R. à des prestations d'assurance-accidents. Selon les

principes rappelés plus haut, l'assurée est la destinataire de cette décision dont copie a été adressée seulement pour information à la compagnie Z. Comme telle cette décision n'a pas pour effet d'imposer à la compagnie Z, assureur privé, des effets obligatoires à l'égard de son assurée. La recourante conserve toute liberté de décider vis-à-vis de N. R., dans une procédure adéquate, si elle admet l'existence ou non d'un accident, de déterminer l'étendue de ses prestations et, cas échéant, de verser les indemnités journalières convenues contractuellement. Au demeurant, les conditions d'indemnisation ne vont pas correspondre avec les prestations de l'assureur-accidents, dès lors que selon les conditions particulières propres à l'assurance S., le barème de l'assureur privé diffère de celui fixé par la LAA et ses ordonnances.

La recourante a ainsi la position d'un tiers dans ce litige propre à l'assurance-accidents. Elle ne peut, par ailleurs, pas se prévaloir de l'envoi à son adresse, le 13 janvier 1998, de la décision sur opposition litigieuse avec indication des voies de recours pour se voir reconnaître la qualité de destinataire (ATF 110 V 132 consid. 2c). Il y a donc lieu d'examiner les conditions de la qualité pour recourir de la compagnie Z au regard de cette situation procédurale particulière.

c) La recourante a allégué, en cours de procédure, que son intérêt digne de protection découle de l'obligation devant laquelle elle s'est trouvée d'allouer des prestations. Toutefois, selon ses conditions générales, si parallèlement à la compagnie Z, la responsabilité incombe à des tiers, la compagnie Z n'accordera aucune prestation. L'obligation de la compagnie Z d'allouer des prestations n'existe que dans la mesure où la responsabilité d'un tiers n'est pas ou n'est que partiellement engagée. En cas d'obligation partielle du tiers, la compagnie Z n'accordera ses prestations que dans la mesure où la couverture d'assurance n'entraîne pas une surindemnisation de l'assuré (art. 29 let. a C.G.A.).

De fait, la compagnie Z a versé 16 640 fr. 95 à titre d'indemnités journalières à son assurée. Elle s'est ainsi acquittée de tout ou partie de ses obligations découlant du contrat d'assurance. Il reste que l'existence d'un préjudice, du moins au regard des faits établis et des motifs invoqués, est des plus incertaine.

Les dispositions des C.G.A. de la recourante doivent être interprétées selon le principe de la confiance (art. 18 CO; ATF 117 II 621 consid. 6c). Or, le titre marginal de l'art. 29 C.G.A., imprimé en lettres grasses est rédigé de la manière suivante: «Que se passe-t-il en présence d'un tiers responsable ou d'un tiers fournisseur de prestations?» On doit ainsi comprendre que la

compagnie Z opère une distinction entre le tiers responsable de l'atteinte dommageable, en raison d'un chef de responsabilité délictuel ou contractuel, et le tiers fournisseur de prestations en vertu d'une autre cause, par exemple ex lege ou ex contractu. Dans ce sens, l'assureur-accidents ne saurait être compris comme tiers responsable visé à l'art. 29 let. a C.G.A. ainsi que le soutient la recourante. Dès lors, le fait que la compagnie Y alloue ou non des prestations est sans influence sur la relation entre la compagnie Z et son assurée au regard de cette disposition. Tenue contractuellement, la compagnie Z n'est en effet pas fondée, pour le motif qu'elle invoque, à se soustraire à ses obligations, parce que la compagnie Y ne peut être que fournisseur de prestations. La légitimation de la recourante n'est par conséquent pas donnée, faute de préjudice.

d) Les dispositions de l'art. 29 C.G.A. visent néanmoins à empêcher une surindemnisation de l'assuré, en raison du principe indemnitaire (art. 29 let. b C.G.A.). L'assuré victime d'un accident ne peut ainsi cumuler les prestations de l'assureur social et de l'assureur privé de telle manière qu'il en vienne à percevoir des indemnités journalières dépassant au total son revenu.

Dans le cas d'espèce, les effets de la décision de l'assureur-accidents touchent, à son détriment, l'assurée N. R. Dès lors, si cette décision est propre à causer finalement une atteinte de fait à la recourante, le préjudice qu'elle subit ne découle toutefois qu'indirectement de la décision litigieuse. En effet, la réduction des prestations que pourrait opérer la compagnie Z pour éviter une surindemnisation n'est qu'un effet réflexe, indirect de cette décision. En l'absence de préjudice porté de manière immédiate à sa situation, la compagnie Z ne peut en réalité invoquer qu'un effet indirect de l'atteinte, insuffisant au regard des exigences de l'OJ.

Pour ces motifs, la qualité pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents ne peut, au regard de l'art. 103 let. a OJ, être admise. Partant, la compagnie Z n'était pas légitimée, comme assureur privé, à recourir devant le Tribunal cantonal des assurances. La décision des premiers juges refusant d'entrer en matière est ainsi conforme au droit fédéral.

Beweiswürdigung, Parteigutachten

U 356 Urteil des EVG vom 14. Juni 1999 i. Sa. F. B.

Beweiswürdigung, Parteigutachten (Art. 4 BV; Art. 108 Abs. 1 lit. b UVG; Art. 40 BZP in Verbindung mit Art. 19 VwVG; Art. 95 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 113 und 132 OG):

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist.

Appréciation des preuves, expertises de parties (art. 4 cst.; art. 108 al. 1 let. b LAA; art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en corrélation avec les art. 113 et 132 OJ):

Une expertise de partie n'a pas la même valeur qu'une expertise mise en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents selon le droit procédural donné. Elle oblige cependant le juge à examiner, en suivant les directives établies par la jurisprudence pour l'appréciation des preuves, si elle peut, sur des points juridiquement importants, faire naître un sérieux doute sur l'opinion et les conclusions de l'expert formellement mandaté par le tribunal ou l'assureur-accidents à tel point qu'il convient de s'en écarter.

Apprezzamento della prova, perizia di parte (art. 4 CF; art. 108 cpv. 1 lett. b LAINF; art. 40 PC in relazione con l'art. 19 PA; Art. 95 cpv. 2 in relazione con l'art. 113 e 132 OG):

Una perizia di parte non ha lo stesso rango di una perizia richiesta dal tribunale o da un assicuratore infortuni secondo il diritto procedurale in vigore. Il giudice, osservando le linee direttive stabilite dalla giurisprudenza per l'apprezzamento della prova, ha tuttavia l'obbligo d'esaminare se la perizia di parte è in grado di inficiare in questioni giuridicamente rilevanti l'opinione e le conclusioni del perito formalmente incaricato dal tribunale o dall'assicuratore infortuni a tal punto da renderne necessarie deroghe.

Auszug aus den Erwägungen:

...

3. – a) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsge-

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

b) Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen.

aa) So weicht der Richter bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutach-

tens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290 Erw. 1b, 112 V 32 f. mit Hinweisen).

bb) Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212 Erw. c; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5a mit weiteren Hinweisen). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

cc) In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (unveröffentlichte Urteile B. vom 11. Juni 1997, B. vom 22. Februar 1994 und P. vom 22. Oktober 1984; Plädoyer 6/94 S. 67; *Meyer-Blaser*, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989, S. 31).

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

ee) Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 161 f. Erw. 1c).

c) Wie bereits erwähnt (Erw. 3b/dd), enthält auch ein Parteigutachten Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen – wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten – den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist.

...

Réduction des prestations

U 357 Arrêt du TFA du 8 juillet 1999 dans la cause G. R.

Réduction des prestations (art. 37 al. 2 LAA; art. 68 let. g Code européen de sécurité sociale; art. 69 let. g Convention n° 102 de l'OIT concernant la norme minimum de sécurité sociale):

Le droit international de la sécurité sociale ne fait pas obstacle à une réduction des prestations en espèces consécutives à un accident professionnel, lorsque l'assuré compromet intentionnellement ou par une négligence grave le processus de sa guérison.

Leistungskürzung (Art. 37 Abs. 2 UVG; Art. 68 Bst. g Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit; Art. 69 Bst. g Übereinkommen Nr. 102 der IAO über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit):

Das internationale Sozialversicherungsrecht schliesst eine Kürzung von Geldleistungen als Folge eines Berufsunfalls nicht aus, wenn eine versicherte Person ihren Genesungsprozess absichtlich oder durch grobe Fahrlässigkeit gefährdet.

Riduzione delle prestazioni (art. 37 cpv. 2 LAINF; art. 68 let. g Codice europeo della sicurezza sociale; art. 69 let. g Convenzione N. 102 dell'OIL concernente la norma minima di sicurezza sociale):

Il diritto internazionale in materia di sicurezza sociale non ostacola una riduzione delle prestazioni in contanti conseguenti ad un infortunio professionale quando l'assicurato compromette intenzionalmente o per negligenza grave il processo della sua guarigione.

I.

A. – G. R. a travaillé en qualité de concierge-gérant au service de la commune de G. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la compagnie X (ci-après: la compagnie).

Le 30 avril 1996, G. R. a été victime pendant son travail d'une chute sur les deux genoux. Dans son rapport médical initial du 7 mai 1996, le docteur C., spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une entorse du genou gauche et a fixé à 100% le degré d'incapacité de travail de l'assuré. G. R. a quitté la Suisse le 31 mai 1996 pour s'établir à l'Île Maurice. Dans un rapport du 26 juin 1996, le docteur M., chirurgien à P. (Île Maurice), a confirmé le diagnostic déjà posé et a constaté une lésion post-traumatique du ménisque interne du genou gauche, nécessitant des investigations complémentaires. Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale le 20 juin, le 19 juillet, le 23 août, le 13 novembre, le 17 décembre 1996, le 29 janvier, le 4 mars et le 2 mai 1997.

Par décision du 3 juillet 1997, la compagnie a refusé d'allouer à l'assuré des indemnités journalières au-delà de la période correspondant à l'incapacité de travail qu'il aurait subie si une arthroscopie avait été effectuée en Suisse, prolongée d'un mois supplémentaire. Après le retour de l'assuré en Suisse le 13 juillet 1997, le docteur C. a confirmé son incapacité totale de travail le 30 juillet 1997.

Par décision du 14 août 1997, la compagnie a rejeté l'opposition formée par G. R. contre sa décision précitée, en confirmant son refus d'allouer des indemnités journalières au-delà des deux mois qu'elle avait indemnisés.

B. – Statuant le 17 juin 1998, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a partiellement admis le recours formé par G. R. contre cette décision et renvoyé la cause à la compagnie pour que celle-ci rende une nouvelle décision.

Les premiers juges ont considéré que l'intimé subissait une incapacité de travail du 1^{er} juin au 31 août 1996, puis à nouveau dès le 13 novembre 1996. Ils ont retenu que la compagnie n'avait adressé à l'assuré aucune mise en demeure valable de se soumettre à un traitement médical. Ils ont par conséquent nié à la recourante le droit de limiter ses prestations à celles auxquelles l'assuré aurait eu droit si le traitement avait eu lieu en Suisse.

C. – La compagnie interjette recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à son annulation.

G. R. conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la reconnaissance de son droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents du 1^{er} juin 1996 au 22 septembre 1997. L'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé.

II.

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

1. – L'intimé n'a pas interjeté recours de droit administratif contre le jugement cantonal dans le délai légal de trente jours (art. 106 al. 1 OJ). Il ne pouvait donc que proposer l'irrecevabilité ou le rejet, en tout ou partie, du recours, mais il n'avait plus la faculté de prendre des conclusions indépendantes. La procédure de recours de droit administratif ne connaît pas, en effet, l'institution du recours joint. Aussi bien la conclusion de l'intimé, dans la mesure où elle vise à faire constater par le Tribunal fédéral des assurances son droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents pour les mois de septembre et octobre 1996, est-elle irrecevable (ATF 124 V 155 consid. 1).

2. – Le litige porte sur le droit de l'intimé à des indemnités journalières de l'assurance-accidents depuis le mois de juillet 1996.

3. – a) Le jugement entrepris expose correctement les dispositions légales et réglementaires ainsi que les principes jurisprudentiels applicables en l'espèce, de sorte que l'on peut y renvoyer.

Il faut ajouter que lorsque la personne assurée, sans enfreindre les injonctions de l'assureur-accidents, compromet par son comportement le résultat du processus de guérison, les prestations peuvent être réduites, par analogie avec l'art. 37 al. 2 LAA, s'il y a intention ou négligence grave (RAMA 1996 n° U 244 p. 152 consid. 7c). Constitue une négligence grave la violation des règles de prudence élémentaires que tout homme raisonnable eût observées, dans la même situation et les mêmes circonstances pour éviter des conséquences dommageables prévisibles dans le cours ordinaire des choses (ATF 121 V 45 et les références).

Selon la jurisprudence, le droit international de la sécurité sociale n'autorise certes que la réduction de prestations d'assurance consécutives à un accident professionnel provoqué par une faute intentionnelle et non par une négligence grave (ATF 121 V 42 consid. 2a; RAMA 1995 n° U 232 p. 206 consid. 2b). Les art. 68 let. g du Code européen de sécurité sociale (Cess) et 69 let. g de la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale ne font en revanche pas obstacle à une réduction des prestations dans les cas appropriés, lorsque l'intéressé néglige d'utiliser les services médicaux ou les services de réadaptation qui sont à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de l'éventualité ou pour la conduite des bénéficiaires de prestations.

b) La recourante fait valoir en particulier qu'il ne ressort pas du dossier que l'intimé a subi une incapacité de travail d'une durée supérieure à celle pendant laquelle elle a payé des indemnités journalières. Elle relève qu'elle a toujours invité l'intimé à poursuivre activement son traitement sans perte de temps inutile. Elle ajoute qu'elle a adressé à l'assuré une sommation dans ce sens le 13 août 1996.

L'intimé soutient que son incapacité de travail était totale du 1^{er} juin 1996 au 22 septembre 1997. Il souligne que ni le docteur C., ni la recourante ne se sont opposés à son départ à l'Île Maurice et que l'on ne peut pas lui reprocher d'avoir refusé de se soumettre à une arthroscopie, dès lors qu'il suivait les conseils de ses médecins. Il conteste avoir reçu une sommation de se soumettre à un traitement médical déterminé.

4. – a) En l'occurrence, dans ses rapports des 7, 8 et 25 mai 1996, le docteur C. a attesté que la lésion dont avait été victime l'intimé entraînait une incapacité de travail totale. Par ailleurs, il ressort de la feuille-accident signée par les docteurs M. et C., que l'intimé subissait une incapacité de travail totale les 20 juin, 19 juillet, 23 août, 13 novembre, 17 décembre 1996, 29 janvier, 4 mars et 2 mai 1997, notamment. Ce document n'atteste cependant pas d'incapacité de travail entre le 23 août et le 13 novembre 1996. Or, aucune pièce du dossier ne permet d'admettre que l'état de santé de l'intéressé ait connu une amélioration temporaire durant la période précitée. Dès lors, contrairement à l'opinion des premiers juges, il faut admettre au degré de vraisemblance prépondérante requis que l'intimé subissait également une incapacité de travail totale en septembre et octobre 1996.

Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que la compagnie ait sommé l'intimé par écrit de se soumettre à un traitement précis, en lui fixant un délai de réflexion et en l'informant des conséquences juridiques de son refus. A cet égard, les deux lettres de la recourante du 13 janvier 1997 rappelaient simplement à l'intimé que si une opération était prescrite, il devait s'y soumettre dans les meilleurs délais et qu'elle supprimerait ses prestations si le fait de se soustraire à un traitement médical devait aggraver les conséquences de l'accident. Dans ces conditions, la recourante ne pouvait pas refuser à l'intimé, pour ce motif, le versement des indemnités journalières auxquelles celui-ci avait droit compte tenu de l'incapacité de travail dont il était victime.

b) Ceci étant, dans son rapport du 23 mai 1996, le docteur C. a recommandé la poursuite d'un traitement fonctionnel, au motif que l'état de son patient s'améliorait, en suggérant un traitement par arthroscopie si des blocages survenaient ou des lâchages persistaient. Aucune intervention chirurgicale n'apparaissait dès lors indiquée à cette époque. Dans un rapport du 26 juin 1996, le docteur M. a d'ailleurs indiqué qu'il convenait de procéder à des investigations complémentaires en cas de persistance des douleurs. C'est seulement le 24 juillet 1996 que ce praticien a relevé qu'une arthrographie ou une arthroscopie devait être envisagée dans la suite du traitement. Dans une lettre du 21 août 1996, l'intimé a alors invité la recourante à lui fournir l'adresse d'un chirurgien à l'Île Maurice ou à prendre en charge une intervention à la Réunion ou en Suisse. La compagnie lui a alors confirmé qu'elle assumerait les coûts d'une intervention à l'exclusion des frais de voyage. Nonobstant cette correspondance, l'intimé n'a rien entrepris pour se soumettre au traitement prescrit. Par son comportement, il a prolongé le processus de guérison de son affection. Le dossier ne permet toutefois pas d'établir si, compte tenu des circonstances, l'intéressé était en mesu-

re sans difficultés de se faire soigner à l'Île Maurice ou dans un pays voisin ou de rentrer en Suisse. Il n'est dès lors pas possible de trancher le point de savoir si son inaction constitue une négligence grave de nature à justifier une réduction des prestations d'assurance-accidents.

Sur le vu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à la recourante pour qu'elle complète l'instruction sur ce point et rende une nouvelle décision.

Sachverzeichnis 1999: UVG

<i>A. Rechtsprechung</i>	Seite
Aktenführungspflicht	276, 416
Berufskrankheit	106
Beweiswürdigung	483, 570
Einsprachen, Begründung	100
Einsprachen, Streitgegenstand	98
Einsprachen, Fristenstillstand	276
Ende des Versicherungsverhältnisses	469
Fristenstillstand	276
Gerichtskosten	126
Gutachten	193, 483, 570
Hilflosenentschädigung	84, 203
Invalideinkommen	113, 412
Invaliditätsgrad	91, 113, 119, 412
Kausalzusammenhang	122, 207, 407, 428
Kostenlosigkeit des versicherungsgerichtlichen	
Beschwerdeverfahrens	410
Kürzung der Leistung	574
Leistungspflicht bei erneutem Unfall	555
Psychogene Störung	122, 207
Beschwerderecht eines Unfallversicherers	563
Rechtliches Gehör	113, 281, 480, 483
Rechtsweg bei Streitigkeit unter Versicherern	
über deren Zuständigkeit	555
Renten, Bemessung der	110, 404
Schleudertrauma der HWS	407
Streitgegenstand	98
Überentschädigung	102
Unentgeltliche Verbeiständung im Verwaltungsverfahren ..	289
Unfallbegriff	195, 420, 477
Unterstellung	285
Valideneinkommen	113
Verfahren	98, 100, 113, 126, 193, 276, 281, 289, 410, 480, 483, 555, 563, 570
Versicherter Verdienst	91, 110, 404
Verschulden des Hinterlassenen	549
Wagnis, Begriff	473, 489

Table des matières 1999: LAA

<i>A. Jurisprudence</i>	page
Accident, notion	195, 420, 477
Accident du type «coup du lapin» à la colonne cervicale ..	407
Allocation pour impotent	84, 203
Appréciation des preuves	483, 570
Assistance judiciaire gratuite dans la procédure	
administrative	289
Causalité, rapport de	122, 207, 407, 428
Degré d'invalidité	91, 113, 119, 412
Dossier, obligation de constituer un	276, 416
Droit de recours d'un assureur	563
Droit d'être entendu	113, 281, 480, 483
Entreprise téméraire, notion	473, 489
Expertise	193, 483, 570
Faute d'un survivant	549
Fin du rapport d'assurance	469
Frais judiciaires	126
Gain assuré	91, 110, 404
Gratuité de la procédure de recours devant le tribunal	
des assurances	410
Maladie professionnelle	106
Objet du litige	98
Obligation d'allouer des prestations en cas	
de nouvel accident	555
Opposition, motivation	100
Opposition, objet du litige	98
Opposition, suspension des délais	276
Procédure	98, 100, 113, 126, 193, 276, 281, 289, 410, 480, 483, 555, 563, 570
Réduction des prestations	574
Rente, calcul de la	110, 404
Revenu d'invalidé	113, 412
Revenu sans invalidité	113
Soumission	285

Surindemnisation	102
Suspension des délais	276
Troubles psychiques	122, 207
Voie de droit en cas de contestation de compétence entre assureurs	555

B. Communications

Mutation dans l'état des assureurs-accidents	430
--	-----

Indice delle materie 1999: LAINF

<i>A. Giurisprudenza</i>	pagina
Apprezzamento delle prove	483, 570
Assegno per grandi invalidi	84, 203
Assistenza giudiziaria gratuita nella procedura amministrativa	289
Assoggettamento	285
Atto temerario, nozione	473, 489
Causalità, nesso di	122, 207, 407, 428
Colpa del superstite	549
Conseguenze psichiche	122, 207
Diritto di ricorso di un assicuratore	563
Diritto di essere sentito	113, 281, 480, 483
Fine del rapporto d'assicurazione	469
Grado d'invalidità	91, 113, 119, 412
Gratuità della procedura di ricorso davanti al Tribunale delle assicurazioni	410
Guadagno assicurato	91, 110, 404
Incarto, obbligo di costituire un	276, 416
Infortunio, nozione	195, 420, 477
Malattia professionale	106
Obbligo di prestare in caso di nuovo infortunio	555
Oggetto del contendere	98
Opposizione, oggetto del contendere	98
Opposizione, motivazione	100
Opposizione, sospensione dei termini	276
Perizia	193, 483, 570
Procedura	98, 100, 113, 126, 193, 276, 281, 289, 410, 480, 483, 555, 563, 570
Reddito d'invalidità	113, 412

Reddito di una persona non invalida	113
Rendita, calcolo della	110, 404
Riduzione delle prestazioni	574
Rimedi di diritto nel caso di una controversia fra assicuratori concernente la loro competenza	555
Sospensione dei termini	276
Sovrindennizzo	102
Spese di giudizio	126
Traumatismo cervicale di contraccolpo	407
<i>B. Comunicazioni</i>	
Mutazioni concernenti gli assicuratori-infortuni	430