

*Kranken- und
Unfallversicherung*

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis

*Assurance-maladie
et accidents*

Jurisprudence et pratique administrative

*Assicurazione malattia
e infortuni*

Giurisprudenza e prassi amministrativa

| | |
|--|-----------|
| Haftung des einen Ehegatten für Beitragsschulden des andern Ehegatten gegenüber dem Krankenversicherer | |
| KV 233 Urteil des EVG vom 18. Oktober 2002 (K 60/00) | 1 |
| Compensazione di crediti per premi scaduti con prestazioni dovuti agli assicurati per l'assicuratore malattia | |
| KV 234 Sentenza del TFA del 22 ottobre 2002 (K 102/00) | 7 |
| Wechsel des Krankenversicherers. Leistungspflicht für Medikamente | |
| KV 235 Urteil des EVG vom 24. Oktober 2002 (K 43/02) | 14 |
| Freiwillige Taggeldversicherung: Leistungspflicht bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit | |
| KV 236 Urteil des EVG vom 29. Oktober 2002 (K 52/02) | 17 |
| Zahnärztliche Behandlung, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt ist | |
| KV 237 Urteil des EVG vom 9. Dezember 2002 (K 151/00) | 25 |
| Mitteilungen – Communications – Comunicazioni | |
| Rechtspflege in Krankenversicherungssachen Jurisprudence en matière d'assurance-maladie Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattie | 34 |

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

März – mars – marzo 2003

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

Vertrieb/Distribution/Distribuzione
BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna
UFEL, Distribuziun publicaziuns, CH-3003 Berna
SFBL, Distribution of Publications, CH-3003 Berne

Internet-Bestellung/Commandes par Internet:
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Redaktion/Rédaction/Redazione
Marc Léderrey, Monika Schuler,
Bernard Schuler, Helen Kaufmann
Abonnementspreis Fr. 27.60 inkl. MWST
Prix d'abonnement fr. 27.60 TVA incluse
Prezzo d'abbonamento Fr. 27.60 IVA compresa

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

Versicherter Verdienst

U 471 Urteil des EVG vom 29. August 2002 i. Sa. H. (U 48/02) **35**

**Rechtsweg bei negativen Kompetenzkonflikten
zwischen zwei Unfallversicherern**

U 472 Urteil des EVG vom 24. September 2002
i. Sa. BSV vs. National / Basler (U 187/02) **38**

**Anforderungen an den Beweis dafür, dass die Organe der Arbeits-
losenversicherung eine versicherte Person über die Möglichkeit
informiert haben, den Unfallversicherungsschutz durch eine
Abredeversicherung zu verlängern**

U 473 Urteil des EVG vom 6. November 2002 i. Sa. R. (U 131/02) **47**

Ausdrücklicher Rechtsmittelverzicht

U 474 Urteil des EVG vom 20. November 2002 i. Sa. P (U 139/02) **52**

Mitteilungen – Communications – Comunicazioni

Rechtspflege in der Unfallversicherung

Jurisprudence en matière d'assurance-accidents

Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni

55

Haftung des einen Ehegatten für Beitragsschulden des andern Ehegatten gegenüber dem Krankenversicherer

KV 233 Urteil des EVG vom 18. Oktober 2002 (K 60/00)

Die solidarische Haftung des für Beitragsschulden belangten Ehegatten im Sinne von Art. 166 Abs. 1 und 3 ZGB tritt nach Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ungeachtet dessen ein, ob das der Beitragsforderung zugrunde liegende Versicherungsverhältnis während des ehelichen Zusammenlebens oder im Hinblick auf familiäre Bedürfnisse begründet worden ist (Änderung der Rechtsprechung in BGE 119 V 16¹).

Un époux répond solidairement en vertu de l'art. 166 al. 1 et 3 CC de dettes de cotisations après l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie obligatoire, que le rapport d'assurance, dont découle la créance de cotisations, ait été créé pendant la vie commune ou pour satisfaire des besoins courants de la famille (modification de la jurisprudence publiée aux ATF 119 V 16²).

In virtù dell'art. 166 cpv. 1 e 3 CC, con l'entrata in vigore dell'assicurazione malattia obbligatoria un coniuge risponde solidalmente per i debiti contributivi dell'altro coniuge indipendentemente dal fatto che il rapporto di assicurazione a fondamento del credito contributivo sia stato costituito durante la vita comune oppure per soddisfare dei bisogni correnti della famiglia (modifica della giurisprudenza resa in DTF 119 V 16³).

I.

A.

K. ist bei der CSS Versicherung obligatorisch für Krankenpflege versichert. Nachdem die Zahlung der Prämien für die Monate Januar bis August, November und Dezember 1997 ausgeblieben war, leitete die CSS Versicherung gegen K. und seine Ehefrau R. die Betreuung ein, worauf diese gegen die Zahlungsbefehle vom 6. November 1997 (Betreibung Nr. 439443) und 3. August 1998 (Betreibung Nr. 460950-02) Rechtsvorschlag erhob.

Mit Verfügungen vom 24. Dezember 1997 und 27. August 1998 forderte die CSS Versicherung K. und R. auf, den Prämienausstand des Ehemannes für die Monate Januar bis Juni und für die Monate Juli, August, November und

¹ siehe Nr. K 913 (1993) dieser Sammlung

² siehe Nr. K 913 (1993) dieser Sammlung

³ siehe Nr. K 913 (1993) dieser Sammlung

Dezember 1997 zuzüglich Verzugszins und Spesen zu bezahlen. Die dagegen erhobenen Einsprachen wies die CSS Versicherung mit Entscheiden vom 15. und 23. Dezember 1998 ab. Dabei verzichtete sie auf die Forderung für die Monate Januar bis Mai 1997.

B.

Dagegen erhob R. beim Verwaltungsgericht des Kantons Luzern Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Einspracheentscheide.

Mit Urteil vom 9. März 2000 wurden die angefochtenen Einspracheentscheide in teilweiser Gutheissung der Beschwerde insoweit aufgehoben, als die Beschwerdeführerin zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet und der Rechtsvorschlag in den Betreibungen Nr. 439443 und Nr. 460950-02 in diesem Umfang beseitigt wurde. Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen und die Aufhebung des Rechtsvorschlages in den genannten Betreibungen im Umfang von Fr. 1065.– bestätigt.

C.

R. führt beim Eidgenössischen Versicherungsgericht gegen den kantonalen Entscheid Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt, für die ausstehenden Krankenkassenprämien nicht solidarisch mit ihrem Ehemann haften zu müssen.

Die CSS Versicherung schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Sozialversicherung auf eine Vernehmlassung verzichtet.

II.

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

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob R. von der CSS Versicherung für die ausstehenden Prämien schulden ihres Ehemannes für die Monate Juni, Juli, August, November und Dezember 1997 in der Höhe von insgesamt Fr. 1065.– belangt werden kann.

2.

Nach Art. 163 Abs. 1 ZGB sorgen die Ehegatten gemeinsam, ein jeder nach seinen Kräften, für den gebührenden Unterhalt der Familie. Gemäss Art. 166 Abs. 1 ZGB vertritt jeder Ehegatte während des Zusammenlebens die eheliche Gemeinschaft für die laufenden Bedürfnisse der Familie. Abs. 3 bestimmt, dass sich jeder Ehegatte durch seine Handlungen persönlich ver-

pflichtet und, soweit diese nicht für Dritte erkennbar über die Vertretungsbefugnis hinausgehen, solidarisch auch den anderen Ehegatten.

Nach der geltenden Rechtsprechung gehören der Abschluss der Krankenpflegeversicherung und der Wechsel des Versicherers zu den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 Abs. 1 ZGB (BGE 110 V 312 Erw. 3; RKUV 1993 Nr. K 914 S. 86 Erw. 2b/aa). Die Ehegatten haften daher für die Prämien unabhängig vom Güterstand solidarisch (*Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 182 Rz 337), wobei die solidarische Haftung nur eintreten kann, sofern das der Beitragsforderung zugrunde liegende Versicherungsverhältnis während des ehelichen Zusammenlebens oder im Hinblick auf familiäre Bedürfnisse begründet worden ist (BGE 119 V 21 Erw. 4 und 5⁴).

3.

Das Verwaltungsgericht erkannte, dass die Beschwerdeführerin solidarisch mit ihrem Ehemann für seine ausstehenden Krankenkassenprämien hafte. Dabei ging es davon aus, jede eheliche Gemeinschaft müsse heute mit Kosten für die medizinische Versorgung der Familienmitglieder rechnen. Darunter würden auch die Prämien für die seit dem 1. Januar 1996 obligatorische Krankenversicherung fallen (Art. 3 KVG). Nachdem jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz versicherungspflichtig sei, habe sie bei Heirat nach dem 1. Januar 1996 ohnehin eine obligatorische Versicherung abgeschlossen. Daher würden die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung, ungeachtet dessen, ob das der Beitragsforderung zugrunde liegende Versicherungsverhältnis während des ehelichen Zusammenlebens oder im Hinblick auf familiäre Bedürfnisse begründet worden ist, voraussehbare monatliche Auslagen darstellen, die im Budget eines Haushaltes berücksichtigt werden.

3.1 Nach herrschender Lehre erfasst der Unterhalt nach Art. 163 Abs. 1 ZGB als Haushaltskosten alle grundlegenden Bedürfnisse, insbesondere auch die Versicherungen (Kranken-, Unfall-, Lebens-, Haftpflichtversicherungen) (Berner Kommentar, Das Familienrecht, 2. Teilband, N 9 zu Art. 163). Zu diesem Unterhaltsbedarf gehören somit die Versicherungen und die Beiträge von Ehefrau und Ehemann an Sozialversicherungen im weitesten Sinn, namentlich die Prämien für Krankenkassen (*Hasenböhler*, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Schweizerisches Zivilgesetzbuch I, N 8 und 11 zu Art. 163; Zürcher Kommentar, Das Familienrecht, Teilband II 1c, N 34 zu Art. 163; *Deschenaux/Steinauer/Baddeley*, Les effets du mariage, S. 219 N 473). Stellen könnte sich lediglich die – vorliegend unerheb-

⁴ siehe Nr. K 913 (1993) dieser Sammlung

liche – Frage, ob die obligatorische soziale Krankenversicherung (Grundversicherung) als ausreichend anzusehen ist, oder ob – angesichts der Prämienhöhe – Zusatzversicherungen in den Unterhaltskosten eingeschlossen sind (Berner Kommentar, N 16 ff. zu Art. 163 und N 54 zu Art. 166; *Deschenaux/Steinauer/Baddeley*, a. a. O. S. 193 N 400 und S. 220 N 473; *Hausheer/Geiser/Kobel*, Das Eherecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, S. 60 N 08.06).

Auch die Frage, ob der Abschluss einer Krankenversicherung den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 Abs. 1 ZGB zuzuordnen ist, wird nach herrschender Lehre bejaht (*Hasenböhler*, a.a.O. N 7 zu Art. 166; *Hegnauer/Breitschmid*, Grundriss des Eherechts, S. 191 N 18.07). Der Radius des laufenden Familienbedarfs erstreckt sich namentlich auf die Versicherung der Familienmitglieder bei einer Krankenkasse (Zürcher Kommentar, Das Familienrecht, Teilband II 1c, N 39 zu Art. 166). Die Bedürfnisse der Familie nach Art. 166 Abs. 1 ZGB betreffen zwar den Unterhalt gemäss Art. 163 ZGB. Diesem kommt aber eine umfassendere Bedeutung zu (BGE 119 V 24 f. Erw. 6⁵). So bedeutet der Unterhalt nach Art. 163 ZGB auf alle Fälle die obere Begrenzung für die Bedürfnisse der Familie. Der Abschluss von Versicherungen für die Familienmitglieder (insbesondere Krankenversicherung) und die entsprechenden Prämien gehören daher zu den Bedürfnissen der Familie gemäss Art. 166 ZGB im Sinne der Gewährleistung einer ausreichenden Grundversorgung (Berner Kommentar, Das Familienrecht, 2. Teilband, N 38, 39a und 40 zu Art. 166). Diesbezüglich wollte der Reformgesetzgeber von Art. 166 Abs. 3 ZGB die Haftung spiegelbildlich zur Vertretungsbefugnis regeln und in beiden Bereichen die Gleichstellung der Ehegatten verwirklichen. Er hat deshalb neu eine primäre und gleichrangige Haftung der Ehegatten eingeführt. Jeder von ihnen verpflichtet durch sein rechtsgeschäftliches Handeln sowohl sich persönlich als auch den anderen. Diese Solidarhaftung wird bereits bei Vorhandensein der objektiven Voraussetzungen gemäss Art. 166 Abs. 1 oder 2 ZGB ausgelöst, unabhängig davon, in wessen Namen der handelnde Ehegatte tätig wurde und ohne Rücksicht darauf, ob der Dritte vom Verheiratetsein seines Vertragspartners wusste oder nicht (*Hasenböhler*, a.a.O. N 19 zu Art. 166).

3.2 Gemäss Vorinstanz würde die Anwendung der in BGE 119 V 16⁶ publizierten Rechtsprechung nach Einführung des Obligatoriums unter Umständen zu einer ungleichen Behandlung der Versicherten führen. Wenn eine versicherte Person nach dem 1. Januar 1996 heiratet und nach der Eheschliessung

⁵ siehe Nr. K 913 (1993) dieser Sammlung

⁶ siehe Nr. K 913 (1993) dieser Sammlung

bei der gleichen Krankenkasse bleibe, hafte der Ehepartner nicht für Prämien des anderen Ehegatten, die nach der Heirat fällig wurden. Dagegen sei der Ehegatte solidarisch haftbar, wenn der andere Ehegatte nach der Heirat den Krankenversicherer wechsele. Dass die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung das gesamte Familieneinkommen tangieren – und damit beide Ehegatten für die Prämien der obligatorischen Versicherung solidarisch haften –, könne auch aus der Regelung betreffend Prämienverbilligung geschlossen werden. Das Krankenversicherungsgesetz sehe eine Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen vor (Art. 65 KVG). Davon sollen der Versicherte und seine Familienangehörigen profitieren. Für die Auszahlung von Prämienverbilligung sei nicht relevant, ob die Kassenmitgliedschaft während des Zusammenlebens oder im Hinblick auf die Heirat erlangt wurde. Massgebend seien vielmehr die finanziellen Verhältnisse, insbesondere das steuerbare Einkommen einer Familie. Werde die ganze Familie mit Prämienverbilligungen begünstigt, unabhängig vom Zeitpunkt, in dem das Versicherungsverhältnis begründet wurde, seien ebenfalls die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Auslage für die laufenden Bedürfnisse der Familie, unbeachtlich des Zeitpunktes des Abschlusses des Versicherungsverhältnisses, zu betrachten. Schliesslich sei zu beachten, dass die Beiträge von Ehefrau und Ehemann an Sozialversicherungen zum Unterhaltsbedarf nach Art. 163 ZGB gehören.

3.3 Auf Grund dieser Ausführungen und nachdem auf den 1. Januar 1996 das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung eingeführt wurde, kann an der bisherigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht festgehalten werden. In der Tat ist zu beachten, dass nach neuem Recht jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz versicherungspflichtig ist, weshalb sie bei der Heirat nach dem 1. Januar 1996 ohnehin eine obligatorische Versicherung abgeschlossen hat. Die daraus anfallenden Prämien stellen daher voraussehbare Auslagen dar, die im Budget eines Haushaltes zu berücksichtigen sind. Diese Lösung rechtfertigt sich sodann auch unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebots und der Regelung betreffend Prämienverbilligung sowie in Anbetracht der Tatsache, dass die Beiträge von Ehefrau und Ehemann an Sozialversicherungen zum Unterhaltsbedarf nach Art. 163 ZGB gehören.

Daraus folgt, dass die solidarische Haftung des für Beitragsschulden belangten Ehegatten im Sinne von Art. 166 Abs. 1 und 3 ZGB nach Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ungeachtet dessen eintritt, ob das der Beitragsforderung zugrunde liegende Versicherungsverhältnis während des ehelichen Zusammenlebens oder im Hinblick auf familiäre Bedürfnisse begründet worden ist.

4.

Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin und K. am 23. Mai 1997 heirateten. Aus dem vorgehend Gesagten folgt, dass R. seit dem 1. Juni 1997 solidarisch für die ausstehenden Krankenkassenprämien ihres Ehemannes für die Monate Juni, Juli, August, November und Dezember 1997 haftet und belangt werden konnte. Die Vorinstanz hat somit zu Recht die Aufhebung des Rechtsvorschlages im Umfang von Fr. 1065.– bestätigt.

5.

(Kosten)

Compensazione di crediti per premi scaduti con prestazioni dovuti agli assicurati per l'assicuratore malattia

KV 234 Sentenza del TFA del 22 ottobre 2002 (K 102/00)

Ammissibilità per l'assicuratore malattia, in base alla LAMal, di compensare crediti per premi scaduti con prestazioni dovute agli assicurati. Questa giurisprudenza va precisata nel senso che è possibile per l'assicuratore malattia procedere alla compensazione di premi impagati con prestazioni solo dopo la messa in atto della procedura di cui all'art. 9 cpv. 1 OAMal (cons. 6.2).

Der Krankenversicherer ist gemäss dem KVG berechtigt, ausstehende Prämienbeiträge mit Leistungen zu verrechnen, die er den Versicherten schuldet. Diese Rechtsprechung wird dahingehend präzisiert, als der Krankenversicherer ausstehende Prämien mit Leistungen erst dann verrechnen kann, wenn er das in Art. 9 Abs. 1 KVV vorgesehene Verfahren eingeleitet hat (Erw. 6.2).

L'assureur-maladie est en droit, selon la LAMal, de compenser des primes échues avec des prestations dues aux assurés. Cette jurisprudence est précisée en ce sens que l'assureur-maladie ne peut procéder à la compensation des primes impayées avec des prestations que dans le cadre de la procédure prévue à l'art. 9, al. 1, OAMal (cons. 6.2).

I.

A.

B., nata nel 1961, è assicurata contro le malattie presso l'Assura. Con decisione del 24 agosto 1999 la Cassa malati ha compensato i premi del giugno 1998, la franchigia dovuta al 30 dicembre 1998 e al 29 gennaio 1999, così come le spese di richiamo e per precetti esecutivi, per un importo complessivo di fr. 445.95, con prestazioni fatte valere dall'assicurata. Il 30 settembre 1999 l'Assura ha confermato il proprio provvedimento e rigettato l'opposizione presentata dall'interessata.

B.

Con ricorso al Tribunale delle assicurazioni del Canton Ticino B. ha impugnato il provvedimento dell'Assura, adducendo che, alla luce della legislazione cantonale sull'assicurazione malattia obbligatoria, l'assicuratore malattia non poteva compensare crediti scoperti con prestazioni dovute.

Tramite giudizio del 2 maggio 2000 la Corte cantonale ha accolto integralmente le censure dell'insorgente, condannando l'Assura a versarle l'importo di fr. 445.95, posto erroneamente in compensazione.

C.

Contro la pronuncia cantonale insorge l'Assura con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, facendo valere che, in base al principio della forza derogatoria del diritto federale, questo ordinamento prevale, nel caso concreto, sul diritto cantonale. Secondo la ricorrente, infatti, il disciplinamento federale non ha delegato ai cantoni la competenza di emanare norme specifiche in materia di compensazione di crediti scaduti con prestazioni dovute. Di conseguenza la norma cantonale litigiosa è contraria alla legislazione federale in vigore.

Chiamato a pronunciarsi sul ricorso, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali non si è espresso, mentre l'intimata chiede la conferma del giudizio cantonale impugnato.

II.

Il Tribunale federale delle assicurazioni ha respinto il ricorso di diritto amministrativo per i motivi seguenti:

1.

1.1 Oggetto del contendere è l'ammissibilità, da parte della Cassa malati ricorrente, di porre in compensazione crediti per premi scaduti, partecipazioni ai costi e spese esecutive con prestazioni dovute all'intimata.

La Corte cantonale ha considerato illegittima la compensazione di premi con prestazioni fondandosi su una norma di diritto cantonale. Secondo l'art. 104 lett. a OG con ricorso di diritto amministrativo l'insorgente può far valere la violazione del diritto federale. In tale ambito è pure ammissibile la censura secondo cui è stato applicato a torto diritto cantonale (DTF 110 V 56 consid. 1a–b), rispettivamente l'applicazione di questo ordinamento provoca la violazione di disposizioni di diritto federale o ne rende impossibile l'applicazione (DTF 118 V 278 consid. 1b¹).

Poiché la ricorrente si avvale della forza derogatoria del diritto federale, e quindi della sua mancata applicazione, il ricorso di diritto amministrativo è ricevibile.

1.2 La controversia riguarda le modalità di esecuzione di un credito. Non trattandosi di una vertenza relativa all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni assicurative, il Tribunale federale delle assicurazioni deve limitarsi ad esaminare se il giudizio di primo grado abbia violato il diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere d'apprezzamento, oppure se l'accertamento dei fatti sia manifestamente inesatto, incompleto o avvenuto in

¹ vedi n. K 907 (1993) di questa raccolta

violazione di norme essenziali di procedura (art. 132 OG in relazione con gli art. 104 lett. a e b e 105 cpv. 2 OG; per quanto riguarda la cognizione in vertenze relative a pretese di compensazione si veda DTF 115 V 342 consid. 1 con riferimenti; sentenza del 18 novembre 1999 in re A., K 184/98).

1.3 Dopo la scadenza del termine ricorsuale B. ha trasmesso a questa Corte due lettere inviatele dall'Assura e la copia di un precetto esecutivo. In concreto la questione circa l'ammissibilità di nuovi mezzi di prova, trasmessi posteriormente e al di fuori di un secondo scambio degli allegati (si confronti in proposito DTF 127 V 353²), può restare indecisa. La documentazione prodotta non è infatti rilevante ai fini dell'esito della vertenza, in cui si tratta di statuire su una questione di natura prettamente giuridica.

2.

La Corte cantonale ha correttamente indicato che, vigente la LAMI, l'assicuratore malattia poteva compensare crediti scaduti relativi a premi impagati con prestazioni dovute all'assicurato, mentre quest'ultimo non era a sua volta autorizzato a procedere allo stesso modo (DTF 122 V 331, 110 V 183³; sentenza del 25 febbraio 2000 in re R., K 56/99). Il Tribunale di prima istanza ha pure rettamente rilevato che la LAMal, in vigore dal 1° gennaio 1996, non prevede alcuna norma circa l'ammissibilità di procedere alla compensazione di premi con prestazioni. Pure fondate sono le conclusioni sull'applicabilità alla LAMal dei principi sviluppati in ambito LAMI (DTF 126 V 269 consid. 4a⁴; sentenza del 27 dicembre 1999 in re G., K 47/99, consid. 3; Messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 in: FF 1992 I ad art. 4 pag. 113; *Eugster*, Krankenversicherung, in: SBVR, cifra marg. 225; *Duc*, Non-paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire et suspension du droit aux prestations selon la LAMal; compensation dans le cadre de la LAMal, in: Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Losanna 1997, pag. 468–469).

3.

3.1 Il Tribunale di istanza inferiore ha però dichiarato inapplicabile al Canton Ticino la prassi sull'ammissibilità, per la Cassa malati, di procedere alla compensazione di premi impagati con prestazioni dovute, alla luce del tenore dell'art. 22 cpv. 1 lett. c della Legge cantonale di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 (LCAMal), emanato, a suo dire, in base all'art. 9 OAMal. La Cassa malati ricorrente ritiene per contro che la disposizione cantonale viola il principio della forza derogatoria del diritto federale.

² vedi n. U 446 (2001) di questa raccolta

³ vedi n. K 611 (1985) di questa raccolta

⁴ vedi n. KV 130 (2000) di questa raccolta

3.2 Per il principio della forza derogatoria del diritto federale di cui all'art. 49 cpv. 1 Cost. il diritto cantonale deve sempre cedere il passo al diritto federale nei campi che la Costituzione o un decreto federale urgente hanno deciso essere di competenza della Confederazione e che quest'ultima ha effettivamente disciplinato. Esso principio esclude tuttavia ogni regolamentazione cantonale solo nelle materie che il legislatore federale ha inteso disciplinare in modo esaustivo, i cantoni conservando la competenza, quando tale non è il caso, di emanare disposizioni di diritto pubblico i cui fini e mezzi prospettati convergono con quelli previsti dal diritto federale (DTF 127 I 68 consid. 4a, 126 I 78 consid. 1; cfr., riguardo al previgente art. 2 Disp. trans. vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 125 I 375 consid. 4a, 433 consid. 3b, 480 consid. 2a, 114 Ia 355 consid. 4a e sentenze ivi citate).

4.

Giusta l'art. 117 Cost. la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. L'assicurazione malattia è quindi di competenza federale, tuttavia alcuni compiti sono stati delegati ai Cantoni (cfr. sull'ammissibilità di questo tipo di delega, *Häfelin/Haller*, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 5a ed., Zurigo 2001, cifra marg. 1151–1152, 1155–1156), come ad esempio la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta (art. 65 LAMal; *Maurer*, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 4–5, in cui vi è un elenco delle competenze delegate ai cantoni; cfr. con riferimento all'art. 34^{bis} vCost., *Maurer*, *Bundessozialversicherungsrecht*, pag. 252). Secondo la dottrina, inoltre, le competenze cantonali indicate nella LAMal e nell'OAMal non sono esaustive, vi è quindi spazio per una completazione da parte dei cantoni (*Maurer*, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, pag. 5).

In simili circostanze si deve concludere che l'assicurazione malattia non è disciplinata esaustivamente dal diritto federale e che alle condizioni indicate al consid. 3b i cantoni possono emanare disposizioni.

5.

5.1 La LAMal non prevede nulla – neppure in una disposizione di delega al Consiglio federale – circa la modalità di esecuzione delle obbligazioni dell'assicurato, consistenti nel pagamento dei premi secondo l'art. 61 segg. LAMal, rispettivamente nella partecipazione ai costi in base all'art. 64 LAMal. La citata legge federale non si esprime neppure sulle conseguenze della mancata esecuzione di questi obblighi, per esempio tramite l'applicazione di misure specifiche del diritto dell'assicurazione malattia. Secondo la volontà del legislatore gli assicuratori devono quindi far valere le proprie

pretese tramite le vie esecutive (cfr. art. 88 LAMal; DTF 126 V 268 consid. 4a⁵, 125 V 273 consid. 6c⁶) oppure tramite la compensazione (DTF 126 V 268 consid. 4a e⁷ riferimenti; FF 1992 I pag. 113 ad art. 4).

5.2 Per l'art. 96 LAMal il Consiglio federale è incaricato dell'esecuzione della legge stessa. L'Esecutivo emana le disposizioni necessarie (cfr. art. 182 cpv. 2 Cost., art. 102 cif. 5 vCost.; DTF 125 V 268 consid. 2a⁸). Sulla base di questa disposizione l'Esecutivo federale ha promulgato l'art. 9 cpv. 1 OAMal, secondo cui se, nonostante diffida, l'assicurato non paga i premi o le partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura esecutiva. Se questa sfocia in un attestato di carenza di beni, l'assicuratore ne informa la competente autorità d'assistenza sociale. Sono salve le disposizioni cantonali che contemplano la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi. Giusta il capoverso 2, dopo la notifica dell'attestato di carenza di beni e l'avviso all'autorità d'assistenza sociale, l'assicuratore può sospendere la remunerazione delle prestazioni finché i premi o le partecipazioni ai costi siano stati interamente pagati. Se questi vengono pagati l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione.

5.3 Giusta l'art. 115 Cost. gli indigenti sono assistiti dal loro Cantone di domicilio. La Confederazione disciplina le eccezioni e le competenze.

All'art. 20 LCAMal, inserito nel titolo III, denominato esazioni e pagamenti, si legge che il Consiglio di Stato designa l'autorità di assistenza sociale per il pagamento dei crediti irrecuperabili relativi alle prestazioni obbligatorie previste dalla legislazione federale (cpv. 1). Prima di procedere al pagamento dei crediti irrecuperabili l'istanza competente applica il sussidio per la riduzione dei premi (cpv. 3).

Per l'art. 22 cpv. 1 lett. c LCAMal, inoltre, nei confronti delle persone soggette all'obbligo di assicurazione e per le prestazioni obbligatorie di legge l'assicuratore non può, tra l'altro, praticare la compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato.

6.

6.1 Come già accennato nei precedenti considerandi, questa Corte ha già statuito sull'ammissibilità, per la Cassa malati, di procedere alla compensazione di premi scaduti con prestazioni dovute, rinviando tra l'altro alla volontà del legislatore espressa nel relativo messaggio. Pure la dottrina si è

⁵ vedi n. KV 130 (2000) di questa raccolta

⁶ vedi n. KV 89 (1999) di questa raccolta

⁷ vedi n. KV 130 (2000) di questa raccolta

⁸ vedi n. KV 89 (1999) di questa raccolta

espressa in tal senso, richiamando la giurisprudenza applicabile in ambito LAMI. In simili circostanze una norma cantonale che esclude questa modalità esecutiva appare di principio in conflitto con il diritto federale. Poiché tuttavia l'assicurazione malattia non è disciplinata esaustivamente dal diritto federale, va esaminato se la norma in questione può essere applicata nel rispetto del diritto federale. In proposito *Eugster* ha evidenziato che la compensazione dovrebbe intervenire solo posteriormente alla messa in atto della procedura prevista all'art. 9 cpv. 1 e 2 OAMal (esecuzione secondo la LEF, notifica all'assistenza sociale rispettivamente all'autorità preposta alla riduzione dei premi). A mente di questo autore l'ufficio preposto al pagamento dei premi in caso di indigenza dev'essere messo in condizione di effettuare i pagamenti a favore della persona assicurata prima della dichiarazione di compensazione (*Eugster*, op. cit., cifra marg. 226). Se è vero, infatti, che la compensazione permette di evitare l'emissione di attestati di carenza di beni, un simile procedimento priva la persona assicurata della possibilità di ottenere prestazioni assistenziali in forma di pagamento del premio, previste dal diritto cantonale. Inoltre, in seguito alla compensazione, l'assicurato può trovarsi senza i mezzi necessari e sufficienti per pagare le prestazioni, a scapito del fornitore di prestazioni. In simili condizioni procedere immediatamente ad una compensazione è contrario allo spirito della legge (*Eugster*, op. cit., cifra marg. 226 n. 499; si confronti anche *Duc*, op. cit., pag. 470).

6.2 Da quanto sopra esposto risulta che l'autore si esprime in favore almeno di una limitazione temporale dell'applicabilità della compensazione, per tener conto dello spirito della LAMal e in considerazione delle competenze cantonali in materia di assistenza sociale e di riduzione dei premi. Secondo questa Corte a tale opinione si può aderire, in quanto il modo di procedere proposto, simile a quanto previsto dal diritto cantonale, non solo non compromette, bensì contribuisce meglio alla realizzazione della LAMal. In effetti questa modalità di esecuzione permette sia il versamento del premio all'assicuratore malattia in tempi brevi, che quello dell'onorario pieno al fornitore di prestazioni, in quanto l'assicurato dispone di tutta la prestazione. L'interessato può inoltre percepire le prestazioni assistenziali di diritto.

Alla luce di queste considerazioni la disposizione cantonale che vieta la compensazione nei casi in cui interviene l'assistenza sociale e vi è la possibilità di ridurre i premi, ambiti in cui è data la competenza cantonale, entra in conflitto con il diritto federale solo nella misura in cui l'ammissibilità della compensazione è completamente esclusa. La norma dev'essere quindi intesa nel senso che la compensazione non va posta in atto fintanto che la cassa malati non ha dato seguito alla procedura prevista all'art. 9 cpv. 1 OAMal,

consistente nel portare a termine la procedura esecutiva secondo la LEF, notificare il caso all'autorità d'assistenza sociale e a quella competente per la riduzione dei premi.

Di conseguenza la giurisprudenza federale sull'ammissibilità per la Cassa malati di procedere alla compensazione va compresa nel senso che essa è possibile solo posteriormente alla messa in atto, da parte dell'assicuratore malattia, della procedura di cui all'art. 9 cpv. 1 OAMal.

6.3 In concreto non è contestato che la Cassa malati non ha posto in esecuzione il credito vantato nei confronti dell'intimata, né che non ha fatto capo all'autorità assistenziale competente per il pagamento dei premi. In simili circostanze non può porre in esecuzione la propria pretesa tramite compensazione. In quanto infondato il ricorso di diritto amministrativo va pertanto respinto.

Wechsel des Krankenversicherers.

Leistungspflicht für Medikamente

KV 235 Urteil des EVG vom 24. Oktober 2002 (K 43/02)

Für die Kosten von Medikamenten, die auf ärztliche Anordnung unter dem alten Krankenversicherer abgegeben wurden und deren Einnahme unter dem neuen Krankenversicherer fort dauert, ist grundsätzlich der alte Krankenversicherer leistungspflichtig.

C'est en principe l'ancien assureur-maladie qui est tenu de prendre en charge les coûts de médicaments qui ont été médicalement prescrits durant l'affiliation à celui-ci mais qui continuent d'être pris alors que l'assuré s'est affilié auprès d'un nouvel assureur-maladie.

Il vecchio assicuratore-malattia deve per principio rimborsare i costi per i medicinali che sono stati dispensati su prescrizione medica sotto il suo regime e che continuano ad essere presi sotto il regime del nuovo assicuratore-malattia.

I.

A.

Die 1981 geborene W. war vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2000 bei der SWICA Gesundheitsorganisation (nachfolgend SWICA) obligatorisch krankpflegeversichert. Seit 1. Januar 2001 ist sie dies bei der Sanitas Krankenversicherung (nachfolgend Sanitas). Vom 4. bis 22. Dezember 2000 war die Versicherte auf Grund einer dermatologischen Erkrankung bei Frau Dr. med. M., Dermatologie/Allergologie, in Behandlung. Diese stellte am 22. Dezember 2000 für ihre Bemühungen sowie für die Abgabe diverser Medikamente – insbesondere vier Packungen Roaccutan 20 mg à 100 Kapseln – eine Rechnung im Gesamtbetrag von Fr. 1811.–. Mit Schreiben vom 20. Februar 2001 teilte die SWICA der Versicherten mit, gemäss Angaben von Frau Dr. med. M. habe sie täglich 2 Kapseln Roaccutan einzunehmen, was vom 4. bis 31. Dezember 2000 (Ende der Versicherungspflicht) 52 Stück entspreche. Für diese Zeit seien demnach lediglich die Kosten für eine Packung dieses Medikaments im Betrag von Fr. 331.10 abgerechnet worden. Die Vergütung für die restlichen Packungen könne die Versicherte bei ihrer neuen Krankenkasse einfordern. Mit Schreiben vom 26. April 2001 lehnte die Sanitas die Übernahme der Kosten für die übrigen drei Packungen des Medikaments ab. Mit Verfügung vom 23. Mai 2001 hielt die SWICA an ihrem Standpunkt gemäss Schreiben 20. Februar 2001 fest. Mit Verfügung vom 30. Mai 2001 verneinte die Sanitas ihre Leistungspflicht, da die Behandlung bei Frau Dr. med. M. vor Versicherungsbeginn erfolgt sei. Die gegen die Verfü-

gung vom 23. Mai 2001 von der Versicherten und von der Sanitas erhobenen Einsprachen wies die SWICA mit Entscheid vom 16. Juli 2001 ab.

B.

Die hiegegen von der Versicherten und von der Sanitas erhobenen Beschwerden hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 12. März 2002 gut und hielt in den Erwägungen fest, dass die SWICA für die Kosten des Medikaments aufzukommen habe.

C.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die SWICA die Aufhebung des kantonalen Entscheides.

Die Versicherte und die Sanitas schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Sozialversicherung auf eine Vernehmlassung verzichtet.

II.

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

1.

Das kantonale Gericht hat die gesetzlichen Bestimmungen und die Grundsätze über den Umfang der Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Allgemeinen (Art. 24 und Art. 25 Abs. 1 KVG) und insbesondere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG) sowie über die Leistungspflicht im Falle eines Versichererwechsels zutreffend dargelegt (*Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 20 Rz 37 und S. 23 Rz 42 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Darauf wird verwiesen.

2.

Streitig und zu prüfen ist, in welchem Umfang die SWICA, bei der die Versicherte bis 31. Dezember 2000 obligatorisch krankenpflegeversichert war, für die Kosten der ihr von Frau Dr. med. M. im Dezember 2000 abgegebenen vier Packungen à 100 Kapseln des Medikaments Roaccutan im Betrag von Fr. 1324.40 leistungspflichtig ist.

2.1 Die Vorinstanz stellt bezüglich der Frage, ob bei einem Versichererwechsel der frühere oder der neue Krankenversicherer für die Kosten von abgegebenen Medikamenten, die auch nach dem Wechsel vom Versicherten einzunehmen sind, auf den Zeitpunkt der Abgabe der Medikamente ab. In

Erw. 3.b) begründet sie ihren Standpunkt sehr knapp: «Die Kosten (für das Medikament) entstehen mit der Abgabe des Medikamentes. In diesem Zeitpunkt wird die Leistungspflicht des Krankenversicherers ausgelöst.» Mit dem gegenteiligen Standpunkt der SWICA (Abstellen auf die Medikamenteneinnahme) setzt sie sich insoweit auseinander, als sie deren Auffassung – übrigens zu Recht – als wenig praktikabel bezeichnet.

2.2 Bezüglich der Leistungspflicht des Krankenversicherers ist unbestrittenmassen an den Zeitpunkt der Behandlung anzuknüpfen. Dies ergibt sich auch aus dem Wortlaut von Art. 103 Abs. 3 KVV, wonach für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehalts das Behandlungsdatum massgebend ist. Behandlung meint den effektiven Bezug der Leistung (*Eugster*, a.a.O., S. 187 Rz 342, Anm. 842).

Die Behandlung nimmt ihren Anfang in der Regel bei den in Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG genannten Medizinalpersonen. Von Bedeutung ist, dass die Behandlung meist auf die Zukunft hin, d.h. für die Zeit nach der Bemühung der Medizinalperson (Sprechstunde), wirken soll. Zur Behandlung gehören die Anweisungen an den Patienten, was er tun bzw. vermeiden soll, sowie die Anordnung von allfälligen Massnahmen. Zu diesen Anweisungen gehört in der Regel auch die Einnahme von Medikamenten. Die Beratung verrechnet die Medizinalperson nach Tarifen. Es erscheint systemgerecht, die Kosten, die nicht mit der Beratung, sondern mit den Medikamenten verbunden sind – einen so hohen Anteil an den Gesamtkosten wie im vorliegenden Fall haben sie in der Regel nicht –, auf die beiden Krankenversicherer nicht anders aufzuteilen, als die Kosten für die übrigen Massnahmen der Medizinalperson, d.h. dem Versicherer zu überbinden, bei dem der Patient im Zeitpunkt der Behandlung versichert war. Massgebend ist mithin der tatsächliche Bezug der Medikamente bei der Medizinalperson (*Eugster*, a.a.O., S. 187 Rz 342, Anm. 842).

Im Übrigen belastet diese Handhabung die Versicherer nicht einseitig, gleicht sich doch dieses System bei den Versicherern in zeitlicher Hinsicht wieder aus.

2.3 Es ist der beschwerdeführenden SWICA zuzustimmen, dass diese Regelung, wie andere Regelungen auch, missbraucht werden kann. Sowohl bei der Medizinalperson wie auch beim Versicherten kann ein Anreiz bestehen, Medikamente auf Vorrat abzugeben bzw. sich abgeben zu lassen. Dieser Frage nachzugehen besteht indessen vorliegend kein Anlass, wird doch von keiner Seite behauptet, die Ärztin der Versicherten hätte dieser nicht vier Packungen Roaccutan abgeben dürfen. Der vorinstanzliche Entscheid ist daher nicht zu beanstanden.

Freiwillige Taggeldversicherung: Leistungspflicht bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit

KV 236 Urteil des EVG vom 29. Oktober 2002 (K 52/02)

Werden infolge teilweiser Arbeitsunfähigkeit partielle Taggelder ausgerichtet, erfolgt gemäss KVG – anders als nach KUVG – keine Erstreckung der Bezugsdauer (bis das Maximum von 720 vollen Taggeldern erreicht ist); stattdessen ist die restliche Arbeitsfähigkeit weiterversichert (Erw. 3.2).

In der Kollektivversicherung bezogene Leistungen können auf die Leistungsdauer in der Einzelversicherung angerechnet werden (Erw. 3.4).

Begründet ein Versicherter sein Gesuch um Erlass der Rückerstattung einzig damit, dass er die ausgerichteten Leistungen für den Lebensunterhalt verwendet habe, darf sich die Verwaltung nicht damit begnügen, das Gesuch abzulehnen mit der Begründung, dies stelle keine grosse Härte dar, sondern hat sie den Versicherten aufzufordern, die für ihren Entscheid massgebenden finanziellen Verhältnisse zu belegen (Erw. 4.4).

Lorsque des indemnités journalières partielles sont versées en raison d'une incapacité partielle de travail, il n'y a pas, selon la LAMal – contrairement à ce prévoyait la LAMA, de prolongation de la durée pendant laquelle l'intéressé reçoit des indemnités (jusqu'au maximum de 720 indemnités journalières entières); en lieu et place, la capacité résiduelle de travail continue d'être assurée (cons. 3.2).

Les prestations reçues dans l'assurance collective peuvent être portées en compte sur la durée des prestations de l'assurance individuelle (cons. 3.4).

Lorsqu'un assuré fonde sa demande de dispense de remboursement seulement sur le fait qu'il a utilisé les prestations reçues pour son entretien, l'administration ne peut pas se contenter de rejeter cette demande en arguant qu'il ne s'agit pas d'un cas de rigueur mais elle doit inviter l'assuré à apporter des preuves quant à la situation financière sur laquelle doit se baser sa décision (cons. 4.4).

Se, in seguito ad un'incapacità lavorativa parziale, viene versata una indennità giornaliera parziale, secondo la LAMal – contrariamente a quanto avveniva in virtù della LAMI – la durata delle prestazioni non viene estesa (fino al limite massimo di 720 indennità giornaliere intere). Si mantiene invece la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua (cons. 3.2).

Le prestazioni percepite nel quadro dell'assicurazione collettiva possono essere computate sulla durata delle prestazioni dell'assicurazione individuale (cons. 3.4).

Se l'assicurato motiva la sua richiesta di condono per la restituzione di prestazioni percepite solo con il fatto che le ha utilizzate per il suo sostentamento, l'amministrazione non può accontentarsi di respingere la richiesta affermando che l'assicurato non si trova in gravi difficoltà, bensì deve invitare quest'ultimo a documentare la situazione finanziaria determinante per la sua decisione (cons. 4.4).

I.

A.

R. war bis 31. März 1997 über einen von der Arbeitgeberin, der X. AG, abgeschlossenen Kollektivvertrag bei der Artisana Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 1997: Helsana Versicherungen AG [nachfolgend: Helsana]) für ein Taggeld in der Höhe von 80% des versicherten Lohnes (1996: Fr. 339.47; 1997: Fr. 340.40) ab dem 15. Tag versichert. Nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses trat er mit Wirkung auf den 1. April 1997 in die Einzelversicherung der Helsana über, in welcher er sich für ein Taggeld von Fr. 272.– ab dem 15. Tag versichern liess.

Ab 3. Juni 1996 bezog R. Krankentaggelder: bis 6. Dezember 1997 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 50%, vom 7. Dezember 1997 bis 8. November 1998 aufgrund einer solchen von 100% und vom 9. bis 30. November 1998 aufgrund einer solchen von 50% sowie erneut vom 5. August bis 31. Dezember 1999 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100%.

Nachdem Abklärungen ergeben hatten, dass die maximale Bezugsdauer bereits am 23. Mai 1998 erreicht gewesen wäre, verfügte die Helsana am 17. April 2000, dass die Versicherung infolge Aussteuerung rückwirkend per 31. Mai 1998 beendet werde, und forderte die in der Zeit vom 24. Mai bis 30. November 1998 und vom 5. August bis 31. Dezember 1999 zu Unrecht bezogenen Taggelder (Fr. 85 680.–) unter Anrechnung der Prämien (Fr. 8882.60) zurück (total Fr. 76 797.40). Daran hielt sie auf Einsprache des Versicherten hin fest (Entscheid vom 10. April 2001).

B.

R. liess hiegegen Beschwerde erheben mit dem Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid sei aufzuheben. Es sei festzustellen, dass das Bezugsmaximum der Taggeldversicherung am 23. Mai 1998 nicht erreicht gewesen sei und die Versicherungsdeckung über dieses Datum hinaus weiter bestehe. Die Helsana sei anzuweisen, die Taggeldleistungen bis zum Erreichen der

maximalen Bezugsdauer weiter auszurichten. Es sei festzustellen, dass kein Rückforderungsanspruch der Helsana bestehe. Das Verwaltungsgericht des Kantons Nidwalden wies die Beschwerde ab (Entscheidung vom 23. November 2001).

C.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt R. das im kantonalen Verfahren gestellte Rechtsbegehren erneuern.

Die Helsana und das Bundesamt für Sozialversicherung verzichten auf eine Vernehmlassung.

II.

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

1.

Die Kognition des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ist unterschiedlich, je nachdem ob es um Versicherungsleistungen oder anderes geht. Unter Versicherungsleistungen im Sinne des Art. 132 OG sind Leistungen zu verstehen, über deren Rechtmässigkeit bei Eintritt des Versicherungsfalles befunden wird (BGE 122 V 136 Erw. 1, 120 V 448 Erw. 2a/bb). Darunter fällt nach ständiger Rechtsprechung auch die Rückforderung von Versicherungsleistungen (z.B. Invalidenrenten), nicht jedoch der Erlass einer solchen Rückerstattungsschuld (BGE 112 V 100 Erw. 1b mit Hinweisen). Sind im gleichen Verfahren beide Punkte zu prüfen, so gilt grundsätzlich für die Rückerstattungspflicht die erweiterte Kognition nach Art. 132 OG, wogegen für die Erlassfrage Art. 104 lit. a und Art. 105 Abs. 2 OG zu beachten sind (BGE 122 V 136 Erw. 1, 98 V 276 Erw. 3). Hinsichtlich des Erlasses kann demnach mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nur die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens gerügt werden (Art. 104 lit. a OG); die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig oder unvollständig ist oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen erfolgte (Art. 104 lit. b in Verbindung mit Art. 105 Abs. 2 OG). Im Beschwerdeverfahren um die Rückforderung von Versicherungsleistungen erstreckt sich dagegen die Überprüfungsbefugnis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auch auf die Angemessenheit der angefochtenen Verfügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann insbesondere über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG).

2.

In übergangsrechtlicher Hinsicht wird in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zu Unrecht die Auffassung vertreten, anzuwenden sei nicht Art. 102 Abs. 1 KVG, sondern Abs. 2 desselben Artikels, wonach Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Art. 34 Abs. 1 KVG hinausgehen (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen), innert eines Jahres seit Inkrafttreten dieses Gesetzes dem neuen Recht anzupassen sind. Denn Art. 102 Abs. 2 KVG bezieht sich nur auf den Bereich der Krankenpflegeversicherung, während der Gesetzgeber für die freiwillige Taggeldversicherung nach Art. 67 ff. KVG keine übergangsrechtliche Anpassungsvorschrift vorgesehen hat. Für die Taggeldversicherung gilt aufgrund von Art. 102 Abs. 1 KVG mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 das neue Recht, wenn anerkannte Krankenkassen nach bisherigem Recht bestehende Krankenpflege- oder Krankengeldversicherungen nach neuem Recht weiterführen (BGE 125 V 115 Erw. 2e¹). Die Weitergeltung des alten Rechts über den 3. Dezember 1995 hinaus ist einzig für den – vorliegend nicht gegebenen – Fall vorgesehen, in welchem bei Inkrafttreten des KVG bereits Taggelder aus bestehenden Taggeldversicherungen ausgerichtet werden (Art. 103 Abs. 2 KVG; BGE 127 V 93 Erw. 2², 125 V 109 Erw. 1³).

3.

Streitig und zu prüfen ist vorab, ob Vorinstanz und Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgehen, dass der Taggeldanspruch des Beschwerdeführers bereits am 23. Mai 1998 erschöpft war, was – wie dargelegt – aufgrund der Art. 67 ff. KVG zu beurteilen ist.

3.1 Gemäss Art. 72 KVG entsteht der Taggeldanspruch, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist (Abs. 2 Satz 1); ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung (Abs. 2 Satz 2). Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden (Abs. 2 Satz 3). Wird für den Anspruch auf Taggeld eine Wartefrist vereinbart, während welcher der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist, so kann die Mindestbezugsdauer des Taggeldes um diese Frist verkürzt werden (Abs. 2 Satz 4). Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten (Abs. 3).

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Abs. 3 vorgesehenen Dauer geleistet (Abs. 4 Satz 1). Der

¹ siehe Nr. KV 76 (1999) dieser Sammlung

² siehe Nr. KV 171 (2001) dieser Sammlung

³ siehe Nr. KV 75 (1999) dieser Sammlung

Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten (Abs. 4 Satz 2). Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Art. 78 Abs. 2 KVG hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern (Abs. 5 Satz 1). Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung (Abs. 5 Satz 2).

3.2 Im KVG ist demnach für den Fall der Kürzung des Taggeldes wegen Überentschädigung – wie bereits unter altem Recht gemäss Art. 12^{bis} Abs. 4 KUVG (vgl. auch BGE 125 V 109 Erw. 2b⁴) – eine Verlängerung der Entschädigungsperiode von 720 Tagen und der Berechnungsperiode von 900 Tagen (Art. 72 Abs. 5 KVG) vorgesehen (*Eugster*, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal – KVG; Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 529 f.). Während diese Erstreckungslösung nach der altrechtlichen Praxis auch beim (im Gesetz nicht geregelten) Bezug reduzierter Taggelder wegen bloss teilweiser Arbeitsunfähigkeit galt (BGE 98 V 84⁵; RKUV 1989 Nr. K 823 S. 393 Erw. 3; vgl. dazu auch BGE 127 V 91 Erw. 1b⁶), gelangt in diesem Fall nach KVG das gekürzte Taggeld ohne Verlängerung von Entschädigungs- und Berechnungsperiode (d.h. während 720 innerhalb von 900 Tagen) zur Ausrichtung und bleibt – als Ersatz für den teilweisen Taggeldausfall – der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit erhalten (Art. 72 Abs. 4 KVG; Urteil P. vom 22. Juli 2002, K 6/02; *Eugster*, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, a.a.O., S. 527 ff.; zur Entstehungsgeschichte von Art. 72 Abs. 4 und 5 KVG; BGE 127 V 91 Erw. 1c⁷; *Eugster*, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 209 Fn 947 zu Rz 379). Einzig für den – vorliegend nicht gegebenen – Fall, dass am Ende der Bezugsdauer keine nennenswerte Restarbeitsfähigkeit verbleibt, die weiterversichert werden könnte, wird in der Literatur die Verlängerung der Bezugsdauer im Sinne der altrechtlichen Regelung postuliert (*Eugster*, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, a.a.O., S. 528).

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht unlängst entschieden hat, findet die Erstreckungslösung schliesslich auch Anwendung, wenn das Taggeld – anders als vorliegend – nicht bloss wegen teilweiser Arbeitsunfähigkeit reduziert, sondern zusätzlich zufolge Überentschädigung gekürzt wird (BGE 127 V 92 Erw. 1d⁸ mit Hinweisen).

⁴ siehe Nr. KV 75 (1999) dieser Sammlung

⁵ siehe Nr. 142 (1972) dieser Sammlung

⁶ siehe Nr. KV 171 (2001) dieser Sammlung

⁷ siehe Nr. KV 171 (2001) dieser Sammlung

⁸ siehe Nr. KV 171 (2001) dieser Sammlung

3.3 Die Anwendung der für den vorliegenden Sachverhalt massgebenden Bestimmung des Art. 72 Abs. 4 KVG führt zum Ergebnis, dass der Anspruch des Beschwerdeführers am 23. Mai 1998 infolge Bezugs von 720 vollen oder wegen bloss teilweiser Arbeitsunfähigkeit reduzierten Taggeldern (1996: 212 Taggelder; 1997: 365 Taggelder; 1998: 143 Taggelder) erschöpft war.

3.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ändert an dieser Berechnung auch der Umstand nichts, dass er am 1. April 1997, als bereits 302 Taggelder zur Ausrichtung gelangt waren, von der Kollektiv- in die Einzelversicherung der Beschwerdegegnerin wechselte. Vielmehr verhält es sich so, dass die Leistungspflicht der Helsana geendet hätte, wenn der Beschwerdeführer nach seinem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung nicht in die Einzelversicherung übergetreten wäre, weil – unter Vorbehalt anderslautender Vereinbarungen im (Einzel- oder Kollektiv-)Versicherungsvertrag – in der freiwilligen Taggeldversicherung von Gesetzes wegen nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses keine Leistungspflicht des Versicherers mehr besteht für Versicherungsfälle, welche vor der Beendigung des Versicherungsverhältnisses eingetreten sind (BGE 125 V 117 Erw. 3c⁹). Wie unter altem Recht (Art. 10 Abs. 4 der Verordnung II über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen [Vo II KUVG]) können in der Kollektivversicherung bezogene Leistungen auf die Leistungsdauer in der Einzelversicherung angerechnet werden. Dies gilt umso mehr, als eine Anrechnung auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung (Art. 70 Abs. 4 Satz 2 KVG) sogar bei einem Wechsel des Versicherers zulässig ist.

4.

Zu prüfen ist im Weiteren, ob die Helsana die zu Unrecht erbrachten Taggelder vom Beschwerdeführer zurückfordern kann. Falls dies zu bejahen ist, stellt sich sodann die Frage nach dem Erlass der Rückerstattungsschuld.

4.1 Das KVG enthält (vorbehältlich des hier nicht interessierenden Art. 56 Abs. 2 KVG betreffend die Rückforderung von Leistungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung) – ebenso wie das KUVG – keine Bestimmung über die Rückerstattung nicht geschuldeter Leistungen. Wie unter dem alten Recht (BGE 125 V 186 Erw. 2c¹⁰ mit Hinweisen) findet Art. 47 AHVG sinngemässe Anwendung (BGE 126 V 23 Erw. 4a¹¹ mit Hinweisen). Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten; bei gutem Glauben und gleichzeitigem Vorliegen einer grossen

⁹ siehe Nr. KV 76 (1999) dieser Sammlung

¹⁰ siehe Nr. KV 82 (1999) dieser Sammlung

¹¹ siehe Nr. KV 117 (2000) dieser Sammlung

Härte kann von der Rückforderung abgesehen werden. Für die Rückerstattung gilt eine relative einjährige und eine absolute fünfjährige Verwirkungsfrist (Art. 47 Abs. 2 AHVG; BGE 119 V 433 Erw. 3a).

Eine aufgrund einer formell rechtskräftigen Verfügung ausgerichtete Leistung ist in der Sozialversicherung nur zurückzuerstatten, wenn entweder die für die Wiedererwägung oder die prozessuale Revision erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 126 V 23 Erw. 4b¹²). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, in Wiedererwägung ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Bei der prozessualen Revision ist die Verwaltung verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen. Diese Grundsätze gelten auch, wenn die Leistungen nicht förmlich, sondern formlos zugesprochen worden sind, sofern die faktisch verfügten Leistungen rechtsbeständig geworden sind. Dies ist nach Ablauf eines der Rechtsmittelfrist bei formellen Verfügungen entsprechenden Zeitraumes der Fall (zur Publikation in BGE 128 V vorgesehene Urteil D. vom 8. Oktober 2002, C 205/00).

4.2 Im Zeitpunkt der Rückforderung lag die Leistungsausrichtung bereits mehrere Monate zurück und hatte mithin Rechtsbeständigkeit erlangt, weshalb die Voraussetzungen der Wiedererwägung oder prozessualen Revision zu prüfen sind.

Die Taggeldausrichtung über den 23. Mai 1998 hinaus erfolgte entgegen klarer gesetzlicher Grundlage (Art. 72 Abs. 4 KVG; Erw. 3 hievor). Es liegt mithin eine gesetzwidrige Leistungszusprechung vor, welche nach der Rechtsprechung regelmässig die Wiedererwägungsvoraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit erfüllt (BGE 126 V 400 Erw. 2b/bb mit Hinweisen). Fest steht sodann mit Blick auf die Höhe des rückzufordernden Betrages (Fr. 85 680.– bzw. Fr. 76 797.40) auch die zweite Voraussetzung, dass nämlich die Berichtigung der (formlosen) Verfügung von erheblicher Bedeutung ist. Dementsprechend durfte die Beschwerdegegnerin die in der Zeit vom 24. Mai bis 30. November 1998 und vom 5. August bis 31. Dezember 1999 zu Unrecht erbrachten Leistungen (unter Verrechnung mit den bezahlten Prämien) zurückfordern.

4.3 Dem steht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – auch nicht die Verwirkung der Rückerstattungsforderung entgegen. Denn die

¹² siehe Nr. KV 117 (2000) dieser Sammlung

einjährige relative Frist begann, als sich der Versicherte am 5. August 1999 erneut zum Leistungsbezug anmeldete, weil die Helsana damals Anlass gehabt hätte, die Bezugsdauer zwecks Ermittlung des neuen Leistungsanspruches zu überprüfen, und bei Beachtung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass der Taggeldanspruch längst erschöpft war und die Voraussetzungen für eine Rückerstattung erfüllt waren (BGE 124 V 380, 119 V 433 Erw. 3a mit Hinweisen, 110 V 304). Die Rückerstattungsverfügung vom 17. April 2000 erging demnach rechtzeitig, d.h. vor Ablauf der einjährigen Verwirkungsfrist.

4.4 Was den Erlass der Rückerstattungsschuld anbelangt, hat die Vorinstanz die Voraussetzung der grossen Härte mangels Vorliegen entsprechender Belege verneint, weshalb es sich erübrigte, den guten Glauben zu prüfen. Zum selben Ergebnis war bereits zuvor die Helsana im Rahmen des von ihr auf die Erlassfrage ausgedehnten Einspracheverfahrens gelangt. Dabei fällt allerdings auf, dass die Helsana es unterlassen hat, den Versicherten aufzufordern, Angaben zu den für die Beurteilung massgebenden finanziellen Verhältnissen (vgl. Art. 79 Abs. 1^{bis} AHVV) zu machen, und überhaupt davon abgesehen hat, irgendwelche Abklärungen in diese Richtung zu treffen. Vielmehr begnügte sie sich damit, darauf hinzuweisen, dass das Vorbringen des Versicherten, wonach er das Geld für den Lebensunterhalt verbraucht habe, keine grosse Härte darstelle und er im Übrigen weder geltend gemacht noch belegt habe, dass er finanziell nicht in der Lage sei, die Leistungen zurückzuerstatten. Unter diesen Umständen ist die Sache an die Helsana zurückzuweisen, damit sie den Versicherten auffordere, die für die Beurteilung seines Gesuches erforderlichen Belege einzureichen, die Voraussetzungen der grossen Härte sowie gegebenenfalls des guten Glaubens prüfe und hernach über den Erlass der Rückerstattungsschuld befinde.

5.

(Parteientschädigung)

Zahnärztliche Behandlung, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt ist

KV 237 Urteil des EVG vom 9. Dezember 2002
(K 151/00)

Zahnärztliche Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind, fallen nur dann in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wenn die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllt sind. Das Geburtsgebrechen Prognathia inferior congenita gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 22 KLV ist einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG gleichzustellen.

Les traitements dentaires rendus nécessaires en raison d'une affection congénitale, déterminent une obligation de prestation à la charge de l'assurance obligatoire des soins que si les conditions de l'art. 31, al. 1, LAMal sont remplies. La prognathie inférieure congénitale mentionnée à l'art. 19a, al. 2, ch. 22, OPAS doit être assimilée à une maladie grave du système de la mastication au sens de l'art. 31, al. 1, let. a, LAMal.

Le cure dentarie conseguenti ad infermità congenita determinano un obbligo prestativo a carico dell'assicurazione malattia di base solo se si realizzano le condizioni di cui all'art. 31 cpv. 1 LAMal. Il prognatismo inferiore congenito menzionato all'art. 19a cpv. 2 cifra 22 OPre deve essere assimilato a una grave malattia dell'apparato masticatorio ai sensi dell'art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal.

I.

A.

J., geboren 1960, ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Concordia) unter anderem im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Sie leidet am Geburtsgebrechen Prognathia inferior congenita (angeborene Fehlstellung des Unterkiefers) mit einem Winkel ANB von -5 Grad. Dieses Geburtsgebrechen führte zu einem Verlust von Front- und Seitenzähnen sowie schliesslich zur Kauunfähigkeit.

Am 19. Mai 1998 ersuchte Dr. med. dent. I. die Concordia um Kostengutsprache für eine Behandlung der Versicherten. Bei einer Restbezzahnung im Oberkiefer 13, 15 und im Unterkiefer 45 bis 35, 37 war eine Oberkieferimplantation mit distalen Ausgleichsimplantaten vorgesehen, darin bestehend, dass nach Bisshebung auf 1–2 Zähnen eine zwölfgliedrige Brücke im

Oberkiefer mit sechs Implantaten angebracht wird. Die Kosten wurden auf Fr. 13 850.90 veranschlagt. Im Gesuch wurde als Therapieerwägung auch eine Umstellungsosteotomie des Unterkiefers mit nachfolgender Eingliederung einer Oberkiefer-Teilprothese erwähnt, doch wurde dazu bemerkt, dass die Versicherte nach Beratung durch einen Kieferchirurgen einen solchen Eingriff unter anderem wegen der Gefahr einer Verletzung des Nervus alveolaris inferior ablehne.

Nach Beizug ihres Vertrauenszahnarztes Prof. Dr. Dr. H., Chefarzt der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie des Spitals X., lehnte die Concordia die Kostenübernahme mit Verfügung vom 25. August 1998 ab. Mit Einspracheentscheid vom 14. Oktober 1998 hielt sie nach nochmaliger Konsultation ihres Vertrauenszahnarztes an ihrem Standpunkt fest.

B.

J. liess gegen den Einspracheentscheid (kantonalrechtlich) Klage beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen erheben und beantragen, die Concordia sei zur Übernahme der Behandlungskosten der von Dr. med. dent. I. vorgeschlagenen Massnahme zu verpflichten. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die Klage mit Entscheid vom 6. April 2000 ab.

C.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt J. wiederum beantragen, die Concordia sei zu verpflichten, die Behandlungskosten zur Wiederherstellung der fehlenden Kaueinheiten im Oberkiefer durch eine zwölfgliedrige Brücke sowie sechs Implantate zu bezahlen, eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zur Durchführung eines Beweisverfahrens zurückzuweisen.

Die Concordia schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Nach Abschluss des Schriftenwechsels lässt J. einen Bericht des Dr. med. dent. I. vom 23. Dezember 2000 zu den Akten geben.

Das Bundesamt für Sozialversicherung äussert sich auf Aufforderung hin mit Schreiben vom 8. April 2002 zur Gesetzmässigkeit von Art. 19a KLV.

Im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs bezüglich der neuen Eingaben nimmt die Concordia zum nachträglich aufgelegten Bericht des Dr. med. dent. I. Stellung.

II.

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

1.

1.1 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen.

Die zahnärztlichen Leistungen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfall der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (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).

1.2 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. In Art. 19 KLV hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt. Art. 19a KLV schliesslich betrifft die zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind.

1.3 In BGE 124 V 185¹ hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17–19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (BGE 127 V 332 Erw. 3a² und 343 Erw. 3b³).

¹ siehe Nr. KV 40 (1998) dieser Sammlung

² siehe Nr. KV 190 (2001) dieser Sammlung

³ siehe Nr. KV 191 (2001) dieser Sammlung

2.

Unbestritten und aus den Akten ersichtlich ist, dass die Beschwerdeführerin an dem in Art. 19a Abs. 2 Ziff. 22 KLV aufgeführten Geburtsgebrehen Prognathia inferior congenita leidet. Ebenso unbestritten ist, dass dieses Geburtsgebrehen bei ihr zu einem weitgehenden Zahnverlust im Oberkiefer und damit zur Kauunfähigkeit geführt hat und dass zahnmedizinische Massnahmen zu deren Behebung notwendig sind. Streitig ist, ob die Concordia die Kosten der von Dr. med. dent. I. vorgeschlagenen Behandlung zu tragen hat.

2.1 Die Krankenkasse verneinte eine Leistungspflicht im Wesentlichen mit der Begründung, die geplante Massnahme sei weder auf die Beseitigung noch auf die Linderung des Geburtsgebrehens gerichtet. Vorgesehen sei nicht eine kieferorthopädische oder kieferchirurgische Korrektur der mandibulären Prognathie, sondern eine Wiederherstellung der fehlenden Kau-einheiten im Oberkiefer durch eine zwölfgliedrige Brücke mit Implantaten. Durch die negative sagittale Stufe bleibe die intermaxilläre Diskrepanz erhalten. Der prothetische Ersatz im Oberkiefer wäre gleichermassen wie die natürliche Bezahnung einer Fehlbelastung ausgesetzt. Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahme seien nicht gegeben. Die von Dr. med. dent. I. als Alternativlösung genannte, von der Versicherten aber abgelehnte Unterkieferosteotomie mit Eingliederung einer Teilprothese im Oberkiefer wäre indessen auf die Heilung des Geburtsgebrehens gerichtet. Dass sie, die Concordia, die Kosten für diese letztere Massnahme übernehmen würde, erklärt sie zwar nicht ausdrücklich, doch sind ihre Ausführungen dahin zu deuten, dass sie dazu, möglicherweise mit Modifikationen, bereit wäre.

2.2 Die Vorinstanz bestätigt die Verneinung der Leistungspflicht der Krankenkasse für die von Dr. med. dent. I. empfohlene Massnahme. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, Art. 19a KLV erkläre die Kosten für zahnärztliche Behandlungen, die durch ein in Abs. 2 aufgeführtes Geburtsgebrehen bedingt sind, zur Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein solches Geburtsgebrehen liege bei der Versicherten vor. Eine medizinische Behandlung sei notwendig, da die Betroffene kauunfähig sei. Auch die Kausalität zwischen dem Geburtsgebrehen und der Kauunfähigkeit sei gegeben. Indessen werde durch die von Dr. med. dent. I. vorgeschlagene Massnahme das Geburtsgebrehen selbst mit seinen ungünstigen Auswirkungen auf die Zähne und den Zahnersatz nicht geheilt. Eine dauerhafte Wiederherstellung der Kaufähigkeit sei demnach nicht zu erwarten. Die Massnahme wäre somit nur dann zweckmässig im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG, wenn es keine Alternativlösung gäbe. Eine solche habe aber Dr. med. dent. I. in Form einer Umstellungsosteotomie mit nachfol-

gender Eingliederung einer Oberkiefer-Teilprothese aufgezeigt. Wohl müsste ein solches Vorgehen der Versicherten zumutbar sein. Die Frage der Zumutbarkeit könne indes offen bleiben, da es sich bei der von Dr. med. dent. I. vorgeschlagenen Massnahme um eine zahnärztliche Behandlung im engeren Sinn, d.h. um eine Vorkehr am Zahn und am Zahnhalteapparat, handle, die von der Leistungspflicht der Krankenkasse ohnehin ausgeschlossen sei.

2.3 Die Beschwerdeführerin hält demgegenüber dafür, dass das neue Krankenversicherungsgesetz Massnahmen nach den Methoden der Odontologie als Pflichtleistung nicht mehr ausschliesse. Die Unterteilung in Pflichtleistung und Nichtpflichtleistung erfolge heute bei zahnärztlichen Behandlungen ausschliesslich nach dem Katalog von Art. 17 ff. KLV, indem die dort aufgeführten Diagnosen oder medizinischen Indikationen per se eine Leistungspflicht auslösten. Die von Dr. med. dent. I. vorgeschlagene Behandlung sei sodann wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich.

3.

Nachdem das kantonale Gericht zunächst die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der von Dr. med. dent. I. vorgeschlagenen Massnahme erwo-gen hat, lässt es diese Frage schlussendlich offen und begründet seinen ablehnenden Entscheid damit, dass es sich dabei um eine zahnärztliche Behandlung im engeren Sinn handle, weshalb die Krankenkasse dafür nicht leistungspflichtig sei.

Diese Begründung erstaunt insofern, als die Vorinstanz in Erwägung 3a ihres Entscheides die Bestimmung des Art. 19a KLV ausdrücklich nennt und ihren Inhalt dahin umschreibt, dass die Versicherung die «Kosten der zahnärztlichen Behandlungen» zu übernehmen hat, die durch ein Geburtsgebreehen wie die Prognathia inferior congenita bedingt sind. Nachdem sie das Vorliegen eines Geburtsgebreehens, die Kausalität zwischen dem Geburtsgebreehen und der Kauunfähigkeit sowie die Behandlungsbedürftigkeit bejaht hat, erscheint als unverständlich, dass sie die Leistungspflicht der Krankenkasse nach dieser Bestimmung nicht weiter untersucht hat, sondern davon ausgegangen ist, für eine zahnärztliche Behandlung sei eine Leistungspflicht ohnehin nicht gegeben. Die Schlussfolgerung der Vorinstanz ist so zu verstehen, dass Art. 19a KLV entweder nicht weiter beachtet wurde oder aber dass dieser Bestimmung, ohne dies näher zu begründen, die Anwendung versagt wurde. Dies veranlasst das Eidgenössische Versicherungsgericht, die Bestimmung des Art. 19a KLV auf ihre Rechtmässigkeit zu prüfen.

4.

Was die Regelung der Übernahme von Kosten für zahnärztliche Behandlungen anbelangt, fällt zunächst auf, dass die Bestimmung des Art. 19a KLV

erst nachträglich in die Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgenommen worden ist. Während diese Verordnung mit den von Anbeginn enthaltenen Art. 17 bis 19 wie auch die Verordnung über die Krankenversicherung im Jahre 1995 so rechtzeitig erlassen worden sind, dass sie zusammen mit dem Hauptteil der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung am 1. Januar 1996 in Kraft treten konnten, wurde Art. 19a erst am 13. Dezember 1996 mit In-Kraft-Treten auf den 1. Januar 1997 in die Krankenpflege-Leistungsverordnung eingefügt. Am Bundesgesetz war vorgängig keine Änderung vorgenommen worden, welche an der rechtlichen Ausgangslage für die departementale Ergänzung etwas geändert hätte. In der Stellungnahme des dazu eingeladenen Bundesamtes für Sozialversicherung finden sich keine Ausführungen darüber, weshalb Art. 19a KLV erst ein Jahr später in die Verordnung eingefügt worden ist. Es liegt somit nahe, den Grund für den nachträglichen Einschub in einem Versehen oder Vergessen des Ordnungsgebers zu suchen (vgl. *Gebhard Eugster*, Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 267).

5.

Wie in Erwägung 1 dargelegt, hat der Gesetzgeber die Kosten für zahnärztliche Behandlungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbinden wollen. Die Voraussetzungen dazu hat er in Art. 31 Abs. 1 lit. a, b und c KVG umschrieben und den Bundesrat oder das Departement (Art. 33 Abs. 2 bzw. 5 KVG) beauftragt, die entsprechenden Leistungen näher zu bezeichnen. Dies hat erwähnenswertenmassen das Departement mit Erlass der Art. 17 bis 19 KLV getan. Eine andere Rechtsgrundlage als jene von Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG, welche den Bundesrat oder das Departement ermächtigen würde, zahnärztliche Behandlungen zu Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erklären, ist nicht erkennbar. Das Bundesamt für Sozialversicherung weist indessen in seiner Stellungnahme vom 8. April 2002 bezüglich der Rechtsgrundlage von Art. 19a KLV ausser auf Art. 31 Abs. 1 KVG auch auf Art. 27 KVG über die Geburtsgebrechen hin und erwähnt, der Ordnungsgeber von Art. 19a KLV habe mit den in Art. 31 Abs. 1 lit. a und b KVG genannten Voraussetzungen der Kostenübernahme «die Regelung von Art. 27 KVG in zulässiger Weise umgesetzt».

5.1 Wenn sich das Bundesamt für Sozialversicherung bezüglich Gesetzmässigkeit von Art. 19a Abs. 2 KLV auch auf Art. 27 KVG beruft, ist darauf hinzuweisen, dass der Zweck von Art. 27 KVG darin liegt, bei Geburtsgebrechen die Leistungspflicht der Invalidenversicherung durch diejenige der

Krankenversicherung abzulösen (*Gebhard Eugster*, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Rz 153). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Hürde für eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung nach Art. 13 IVG niedrig ist. Grund dafür ist, dass bei der Schaffung der Invalidenversicherung hier «in einem schmalen Bereich eine Art von Krankenversicherung» eingebaut worden ist (*Maurer*, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. I, S. 294), dies gleichsam als Ersatz für die damals nicht obligatorische Krankenversicherung (vgl. Botschaft zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 24. Oktober 1958, Separatausgabe, S. 41). Vorausgesetzt ist lediglich, dass das Geburtsgebrechen behandlungsfähig (vgl. BGE 114 V 26 Erw. 2c) und in der Liste im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) aufgeführt oder allenfalls vom Eidgenössischen Departement des Innern als Geburtsgebrechen bezeichnet ist (Art. 1 Abs. 2 GgV). Die untere Grenze wird dadurch gebildet, dass bei Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung Leistungen ausgeschlossen werden können (Art. 13 Abs. 2 Satz 2 IVG).

5.2 Vergleicht man die in Art. 19a Abs. 2 KLV aufgelisteten Geburtsgebrechen, die eine zahnärztliche Behandlung bedingen (Art. 19a Abs. 1 KLV), mit den entsprechenden Ziffern im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen, fällt auf, dass Art. 19a Abs. 2 KLV keinerlei Einschränkung der Leistungspflicht gegenüber diesem Anhang vornimmt. Die Hürde in der Krankenpflege-Leistungsverordnung ist mit andern Worten gleich niedrig wie im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen, dies ungeachtet der mit Art. 31 KVG für zahnärztliche Behandlungen bewusst erhöhten Voraussetzungen.

5.3 Die Berufung des Bundesamtes für Sozialversicherung auf Art. 27 KVG ist somit mehrdeutig. Wenn sie dahin zu verstehen ist, dass Art. 27 KVG zunächst die Grundlage dafür schafft, Geburtsgebrechen hinsichtlich der Leistungspflicht den Krankheiten gleichzusetzen, und in einem zweiten Schritt bestimmte Geburtsgebrechen, welche die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllen, der Leistungspflicht zu unterstellen, so ist dagegen nichts einzuwenden. Wenn aber die Aussage dahin zu verstehen wäre, dass der Ordnungsgeber gestützt auf Art. 27 KVG, ohne den Weg über Art. 31 Abs. 1 KVG zu nehmen, bestimmte Geburtsgebrechen bezeichnen könnte, bei denen zahnärztliche Behandlungen leistungspflichtig sind, so wäre einer solchen Auffassung entgegenzutreten. Der Bundesrat oder das Departement hat nach Art. 33 Abs. 2 bzw. 5 KVG lediglich die Befugnis, solche zahnärztliche Behandlungen als Folge von Geburtsgebrechen leistungspflichtig zu erklären, welche die Voraussetzung von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllen.

5.4 Wenn das Bundesamt für Sozialversicherung in seiner Vernehmlassung ausführt, der Tatbestand «Geburtsgebrecen nach Absatz 2» (Art. 19a Abs. 1 KLV) sei in der schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung des Kau-systems nach Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG enthalten und somit davon ausgeht, die Liste in Art. 19a Abs. 2 KLV enthalte nur Geburtsgebrecen, welche die Voraussetzung des Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG erfüllen, so erscheint dies als zweifelhaft. Von den über 50 in Art. 19a Abs. 2 KLV aufgelisteten Geburtsgebrecen betreffen knapp 20 das Gesicht und den Hals, sechs die Sinnesorgane Augen und Ohren und die übrigen, somit rund die Hälfte, die anderen Körperbereiche wie Haut, Skelett, Gelenke usw. Von den das Gesicht betreffenden Geburtsgebrecen ziehen einige fraglos das Kausystem in Mitleidenschaft, so dass, wenn es in schwerer Weise geschieht, die dadurch bedingten zahnärztlichen Behandlungen gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG der Leistungspflicht unterstellt werden können. Ob aber andere in Art. 19a Abs. 2 KLV aufgeführte Geburtsgebrecen einer schweren Allgemeinerkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG gleichgesetzt werden können, ist vorliegend nicht weiter zu verfolgen. Es ist vielmehr Sache des Verordnungsgebers, das Verordnungsrecht in diesem Zusammenhang immer wieder zu überprüfen und es stets auf dem aktuellen Stand, wozu auch die Erkenntnisse der Rechtsprechung gehören, zu halten.

6.

Das Geburtsgebrecen *Prognathia inferior congenita* gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 22 KLV, an welchem die Beschwerdeführerin leidet und welches für ihre Kauunfähigkeit verantwortlich ist, ist einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG gleichzustellen. Es ist demnach im Weiteren zu prüfen, ob der Kostenübernahme der von Dr. med. dent. I. vorgeschlagenen Zahnbehandlung andere gesetzliche Bestimmungen entgegenstehen.

6.1 Weder der Rechtsgrundlage von Art. 31 Abs. 1 KVG für die Leistungspflicht für zahnärztliche Behandlungen noch den vom Departement dazu erlassenen Ordnungsbestimmungen der Art. 17 bis 19a KLV sind irgendwelche Anhaltspunkte zu entnehmen, welche den Schluss nahelegen würden, die Leistungspflicht für zahnärztliche Behandlungen sei nur unter der Voraussetzung gegeben, dass die Krankheit oder das ihr gleichgestellte Geburtsgebrecen geheilt oder gelindert werde. Es wird lediglich verlangt, dass die zahnärztliche Behandlung durch die Krankheit, hier durch das Geburtsgebrecen, bedingt oder zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung notwendig ist. Ersteres ist vorliegend aktenkundig und nicht streitig.

6.2 Es stellt sich daher nur mehr die Frage, ob die Behandlung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG ist.

6.2.1 Die Wirksamkeit der von Dr. med. dent. I. vorgeschlagenen Behandlung ist nicht in Frage gestellt. Die Massnahme ist geeignet, die erstrebte Wirkung, nämlich die Behebung der Kauunfähigkeit der Versicherten, herbeizuführen.

6.2.2 Die Behandlung ist sodann auch zweckmässig, weil sie die angestrebte Wirkung in angemessener Weise erzielt. Ausser der Unterkieferosteotomie mit Eingliederung einer Teilprothese im Oberkiefer, welche nach Ansicht der Concordia auf die Heilung des Geburtsgebrechens an sich gerichtet wäre, steht keine andere Behandlung zur Beseitigung der Kauunfähigkeit zur Diskussion.

6.2.3 Bestritten ist vor allem die Wirtschaftlichkeit der Behandlung, weil durch sie die Prognathia inferior congenita nicht behoben werde und die ungünstigen Auswirkungen derselben auf die Zähne und den Zahnersatz bestehen bleiben würden. Die Tatsache, dass der Zahnersatz im Oberkiefer mittels einer zwölfgliedrigen Brücke mit Implantaten ungünstigen Belastungsverhältnissen und damit der Gefahr eines erhöhten Verschleisses ausgesetzt ist, vermag die Versicherte nicht zu widerlegen. Dies allein bedeutet aber nicht, dass die Behandlung deswegen unwirtschaftlich wäre. Die Beschwerdeführerin legt dar, dass die Operation der Unterkieferosteotomie mit nachfolgender Eingliederung einer Teilprothese im Oberkiefer Kosten in der Grössenordnung von Fr. 25 000.– bis 30 000.– verursachen würde. Die Beschwerdegegnerin widerspricht dieser Kostenschätzung, obwohl sie dazu dank ihrer Vertrauensärzte fachlich in der Lage wäre, nicht. Dr. med. dent. I. weist sodann auf wissenschaftliche Untersuchungen hin, wonach die Unterkieferosteotomie öfters zu Rückfällen führt, und er gibt auch zu bedenken, dass die Instandhaltung der Oberkiefer-Teilprothese nicht zu unterschätzende Kosten verursacht. Stellt man die Kosten von Fr. 13 850.90 gemäss Kostengutsprache gesuch mit den geschätzten Kosten der Unterkieferosteotomie mit Eingliederung einer Teilprothese im Oberkiefer in der Grössenordnung von Fr. 25 000.– bis 30 000.– unter Berücksichtigung der Kosten für allfällige Rückfälle in Vergleich, so erscheinen die Ersteren nicht in einem ungünstigen Verhältnis zum Nutzen, der damit erzielt wird, dies selbst dann nicht, wenn die Dauer, während welcher die Massnahme Bestand hat, wegen der nicht so idealen Ausgangslage etwas kürzer sein sollte. Ist demnach die Massnahme mit den niedrigeren Kosten als wirtschaftlich zu qualifizieren, so ist nicht mehr zu prüfen, ob die Unterkieferosteotomie mit Eingliederung einer Teilprothese im Oberkiefer überhaupt zumutbar wäre.

Rechtspflege in Krankenversicherungssachen

Im Jahre 2002 wurden dem BSV in Krankenversicherungssachen 716 (Vorjahr 758) Entscheide kantonalen Versicherungsgerichte und 30 (14) Entscheide kantonalen Schiedsgerichte zugestellt. Das EVG hat 125 (212) Entscheide gefällt. Aufgrund von Artikel 53 KVG sind 40 (33) Verwaltungsbeschwerdeverfahren erledigt worden, 28 davon durch Entscheid des Bundesrats.

Jurisprudence en matière d'assurance-maladie

En 2002, en matière d'assurance-maladie, 716 (année précédente 758) jugements de tribunaux cantonaux des assurances et 30 (14) jugements de tribunaux arbitraux cantonaux ont été notifiés à l'OFAS. Le TFA a rendu 125 (212) arrêts. En vertu de l'article 53 LAMal, 40 (33) recours administratifs ont été traités, dont 28 ont donné lieu à une décision du Conseil fédéral.

Giurisprudenza in materia d'assicurazione malattie

Nel 2002, in materia d'assicurazione malattie, 716 (anno precedente 758) sentenze di tribunali cantonali delle assicurazioni e 30 (14) sentenze di tribunali arbitrali cantonali sono state notificate all'UFAS. Il TFA ha emanato 125 (212) sentenze. In base all'articolo 53 LAMal sono stati decisi 40 (33) ricorsi amministrativi, di cui 28 dal Consiglio federale.

Versicherter Verdienst

U 471 Urteil des EVG vom 29. August 2002

i. Sa. H. (U 48/02)

Versicherter Verdienst (Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV):

Nach Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV hat der versicherte Verdienst auch dann dem berufs- und ortsüblichen Lohn zu entsprechen, wenn der für die AHV massgebende Lohn diesen unterschreitet. Vom vereinbarten versicherten Verdienst ist allerdings dann abzuweichen, wenn der berufs- und ortsübliche Lohn deutlich unter diesem Verdienst liegt (Erw. 2c).

Gain assuré (art. 22 al. 2 let. c OLAA):

Selon l'article 22, alinéa 2, lettre c, OLAA, le gain assuré doit correspondre également aux usages professionnels et locaux lorsque le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS lui est inférieur. Il y a toutefois lieu de s'écarter du gain assuré convenu lorsque le salaire correspondant aux usages professionnels et locaux se situe nettement en dessous de ce gain (cons. 2c).

Guadagno assicurato (art. 22 cpv. 2 lett. c OAINF):

Giusta l'art. 22 cpv. 2 lett. c OAINF il guadagno assicurato deve coincidere con il salario corrispondente agli usi professionali e locali, anche se il salario determinante per l'AVS è inferiore a quest'ultimo. Ci si deve tuttavia scostare dal guadagno assicurato convenuto se il salario corrispondente agli usi professionali e locali è nettamente inferiore a questo guadagno (cons. 2c).

Auszug aus den Erwägungen:

...

c) Beim versicherten Verdienst, welcher gegebenenfalls der Festsetzung des Taggeldes und der Rente zu Grunde zu legen sein wird, ist davon auszugehen, dass die Alba den Beschwerdeführer in seiner Eigenschaft als Betriebsleiter und Aktionär der Q. AG obligatorisch nach UVG versichert und den versicherten Verdienst in Anwendung von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV auf Fr. 97 200.– festgesetzt hat. Gemäss dieser, als gesetzmässig zu erachtenden Bestimmung (RKUV 2002 Nr. U 453 S.133) wird bei mitarbeitenden Familiengliedern, Gesellschaftern, Aktionären und Genossenschaftlern in Abweichung von der Regel, wonach als versicherter Verdienst der nach der Bundesgesetzgebung über die AHV massgebende Lohn gilt, mindestens

f
m
I
A
/
A
/
A
/
V
/
U

der berufs- und ortsübliche Lohn berücksichtigt. Das Antragsformular der Alba weist ergänzend darauf hin, dass für die Bemessung der Versicherungsleistungen und der Prämien der ortsübliche Lohn massgebend ist, wenn der effektive Lohn kleiner ist als der ortsübliche Lohn. Entspricht der effektive Lohn dem ortsüblichen Lohn oder übersteigt er diesen, so ist der wirkliche Lohn für die Versicherung massgebend. Gemäss diesen mit der Verordnungsregelung und der Rechtsprechung (RKUV 2001 Nr. U 420 S. 104) übereinstimmenden Regeln war die Alba grundsätzlich gehalten, das Taggeld auf dem versicherten Verdienst von Fr. 97 200.– festzusetzen. Hieran ändert nichts, dass der effektive Verdienst von Anfang an deutlich unter dem vereinbarten versicherten Verdienst lag. Nach Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV hat der versicherte Verdienst auch dann dem berufs- und ortsüblichen Lohn zu entsprechen, wenn der für die AHV massgebende Lohn diesen unterschreitet. Vom vereinbarten versicherten Verdienst ist allerdings dann abzuweichen, wenn der berufs- und ortsübliche Lohn deutlich unter diesem Verdienst liegt. Als ortsüblicher Lohn ist dabei der Verdienst zu verstehen, den die versicherte Person in einem andern Betrieb bei entsprechender Funktion, Leistung und Arbeitszeit erzielen könnte (RKUV 2002 Nr. U 450 S. 57).

Die Vorinstanz hat den für die Taggeldbemessung massgebenden versicherten Verdienst auf Fr. 84 000.– festgesetzt. Sie stützte sich dabei auf die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) von 1998, wonach der durchschnittliche monatliche Bruttolohn für männliche Arbeitnehmer im privaten Sektor für Arbeitsplätze mit dem Anforderungsniveau 1 und 2 (höchst anspruchsvolle und schwierigste Arbeiten bzw. selbstständige und qualifizierte Arbeiten) Fr. 7345.– und im Dienstleistungssektor Fr. 7810.– betrug. Ausgehend von diesen Angaben und unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung bis 1998 nahm sie an, dass der berufs- und ortsübliche Lohn eines qualifizierten Werbeberaters im Jahr 1994 rund Fr. 7000.– betragen habe, was einem Jahreseinkommen von Fr. 84 000.– entspricht. Der Beschwerdeführer macht geltend, der Durchschnittslohn in der Werbebranche liege höher als im gesamten Dienstleistungssektor und ein Art Director bei einer Werbeagentur habe im Jahre 1994 ein Monatseinkommen zwischen Fr. 8000.– und 10 000.– erzielt. Zudem ergebe sich auch auf Grund des Durchschnittslohnes im Dienstleistungssektor ein Jahreseinkommen von mehr als Fr. 90 000.–, weshalb kein Anlass bestehe, vom vereinbarten versicherten Verdienst von Fr. 97 200.– abzugehen. Zu dem von der Vorinstanz ermittelten berufs- und ortsüblichen Lohn ist festzustellen, dass die Lohnstatistik gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) nur hilfswiese herangezogen werden kann, weil sie keine spezifischen An-

gaben für die Werbebranche enthält. Zudem handelt es sich um gesamtschweizerische Durchschnittswerte, welche unter den in grösseren Städten liegenden berufs- und ortsüblichen Löhnen liegen dürften. Durch die mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereichten Unterlagen hat der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht, dass das Lohnniveau in der Werbebranche höher als im gesamten Dienstleistungssektor ist und im Jahr 1994 für qualifizierte Tätigkeiten Löhne im Rahmen von Fr. 8000.– bis Fr. 10000.– bezahlt wurden. Die Alba hat jedenfalls nicht dargetan, dass der berufs- und ortsübliche Lohn eines qualifizierten Werbeberaters eindeutig unter dem vereinbarten versicherten Verdienst lag. Nicht entscheidend ist nach dem Gesagten, dass die effektiven Einkommen des Beschwerdeführers regelmässig tiefer waren. Denn es entspricht der Verordnungsregelung, dass der berufs- und ortsübliche Lohn selbst dann massgebend bleibt, wenn der tatsächliche Lohn geringer ist. Im vorliegenden Fall sind allfällige Leistungen daher auf einem versicherten Verdienst von Fr. 97200.– festzusetzen. Auf diesem Verdienst hat der Beschwerdeführer Prämien bezahlt und darauf sind nach dem Äquivalenzprinzip auch die Leistungen festzusetzen (RKUV 1999 Nr. U 327 S. 111 Erw. 3c mit Hinweisen; RKUV 2002 Nr. U 450 S. 57).

...

Rechtsweg bei negativen Kompetenzkonflikten zwischen zwei Unfallversicherern

U 472 Urteil des EVG vom 24. September 2002
i.Sa. BSV vs. National/Basler (U 187/02)

Rechtsweg bei negativen Kompetenzkonflikten zwischen zwei Unfallversicherern (Art. 78a UVG):

Die Rechtsprechung in BGE 125 V 327 E. 1b darf nicht dahingehend verstanden werden, ein Unfallversicherer könne gegen die Verfügung eines anderen Unfallversicherers, womit dieser seine Leistungspflicht mit der Begründung verneine, jener sei zuständig, die gleichen Rechtsmittel wie die versicherte Person ergreifen. Damit würde die fehlende Zuständigkeit als blosses Begründungselement für die Ablehnung der Leistungspflicht gegenüber dem oder der Verunfallten für den als zuständig erachteten Unfallversicherer zum verbindlich feststellenden, anfechtbaren Inhalt einer Verfügung, d.h. eines hoheitlichen Verwaltungsaktes, was unzulässig ist (BGE 127 V 180 E. 4a) (Erw. 2.2.1).

Art. 129 UVV ist im Verhältnis zwischen ihre Zuständigkeit bestreitenden Unfallversicherern nicht anwendbar (Erw. 2.2.2).

Ist in Bezug auf ein bestimmtes Schadensereignis die Person des nach UVG leistungspflichtigen Versicherers umstritten, nicht hingegen grundsätzlich Bestehen und Umfang der Leistungspflicht, ist der negative Kompetenzkonflikt grundsätzlich auf dem Rechtsweg gemäss Art. 78 und 78a UVG zu lösen. Das kantonale Versicherungsgericht gemäss Art 106 UVG kommt nur zum Zuge, wenn ein in Betracht fallender Unfallversicherer seine Leistungspflicht gegenüber der verunfallten Person wegen der seiner Ansicht nach fehlenden Zuständigkeit mit Verfügung und Einspracheentscheid verneint und der Betroffene dagegen Beschwerde erhoben hat. Im Sinne des Vorstehenden ist die Aussage in BGE 125 V 327 Erw. 1b zu verstehen, Art. 78a UVG schliesse es nicht aus, dass der Unfallversicherer gegenüber dem Ansprecher seine Leistungspflicht mit Verfügung und Einspracheentscheid ablehnt und dies mit der seiner Auffassung nach fehlenden Zuständigkeit begründet. Ob in einem solchen Fall das kantonale Versicherungsgericht die Wahl hat, den oder die anderen ebenfalls in Frage kommenden Unfallversicherer zum Verfahren beizuladen oder, wie hier, den am Recht stehenden Unfallversicherer zu verpflichten, gemäss Art. 78 und 78a UVG vorzugehen, kann im Übrigen offen bleiben. Es genügt festzustellen, dass die Verweisung auf diesen Rechtsweg solange keine formelle Rechtsverweigerung und noch weniger einen Nichtigkeitsgrund darstellt, als nicht alle für ein bestimmtes Schadensereignis als leistungspflichtige nach UVG in Fra-

ge kommenden Unfallversicherer ihre Leistungspflicht gegenüber der verunfallten Person mit derselben Begründung der fehlenden Zuständigkeit mit Verfügung und Einspracheentscheid verneint haben (Erw. 2.3).

Voie de droit en cas de conflit négatif de compétence entre deux assureurs-accidents (art. 78a LAA):

La jurisprudence contenue à l'ATF 125 V 327 cons. 1b ne saurait être comprise comme impliquant qu'un assureur-accidents dispose des mêmes voies de droit que la personne assurée contre la décision d'un autre assureur-accidents qui a nié son obligation de fournir des prestations pour le motif que le premier assureur serait compétent. Ce serait donner à l'assureur-accidents déclaré compétent la possibilité de faire valoir le défaut de compétence, qui est un simple élément de motivation pour le refus de l'obligation de fournir des prestations à l'égard de la personne accidentée, comme s'il s'agissait du contenu déterminé de manière contraignante et attaquant d'une décision, c'est-à-dire d'un acte administratif souverain, ce qui n'est pas admissible (ATF 127 V 180 cons. 4a) (cons. 2.2.1).

L'article 129 OLAA n'est pas applicable dans les relations entre des assureurs-accidents qui contestent leur compétence (cons. 2.2.2).

Lorsque, dans un sinistre donné, il y a litige sur la personne de l'assureur tenu à fournir des prestations selon la LAA mais pas sur l'existence et l'étendue de l'obligation de fournir les prestations, le conflit négatif de compétence doit être résolu en principe selon la procédure prévue aux articles 78 et 78a LAA. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances selon l'article 106 LAA n'entre en ligne de compte que lorsqu'un assureur-accidents entrant en considération nie dans une décision, puis dans une décision sur opposition, son obligation de fournir des prestations à l'égard de la personne accidentée en invoquant son défaut de compétence et que l'intéressé a recouru contre ces décisions. Il s'agit de comprendre dans ce sens l'affirmation de l'ATF 125 V 327 cons. 1b disant que l'article 78a LAA n'exclut pas que l'assureur-accidents nie son obligation de fournir des prestations à l'égard de l'intervenant par décision et décision sur opposition et motive sa position en invoquant le défaut de compétence. La question de savoir si, dans un tel cas, le tribunal cantonal des assurances a le choix d'inviter le ou les autres assureurs entrant en ligne de compte à participer à la procédure ou, comme ici, d'obliger l'assureur-accidents invoquant son droit, à procéder conformément aux articles 78 et 78a LAA peut cependant rester ouverte. Il suffit de constater que le renvoi à cette voie de droit ne constitue pas un déni de justice formel et encore moins un motif de nullité dans la mesure où tous les assureurs-accidents entrant en ligne de compte en

tant que tenus à fournir des prestations selon la LAA pour un sinistre donné n'ont pas invoqué les mêmes motifs du défaut de compétence dans une décision et une décision sur opposition pour nier leur obligation de fournir des prestations à l'égard de la personne accidentée (cons. 2.3).

Rimedi giuridici in caso di conflitti di competenza negativi tra due assicuratori-infortuni (art. 78a LAINF):

La giurisprudenza della DTF 125 V 327 cons. 1b non può essere intesa nel senso che un assicuratore-infortuni possa adire le stesse vie legali degli assicurati per impugnare la decisione con la quale un altro assicuratore stabilisce di non essere soggetto nella fattispecie all'obbligo di fornire prestazioni, di cui sarebbe competente il primo assicuratore. Se così fosse, la mancanza di competenza come semplice elemento di motivazione del rifiuto di fornire prestazioni alla persona infortunata, assurgerebbe, per l'assicuratore-infortuni ritenuto competente, a contenuto vincolante e impugnabile di una decisione, ovvero di un atto amministrativo sovrano, il che sarebbe inammissibile (DTF 127 V 180 cons. 4a) (cons. 2.2.1).

L'art. 129 OAINF non è applicabile nella relazione tra assicuratori-infortuni che contestano la loro competenza (cons. 2.2.2).

Quando, in relazione ad un sinistro, sia controverso quale assicuratore sia tenuto a fornire prestazioni conformemente alla LAINF, ma non l'esistenza e l'estensione dell'obbligo, il conflitto di competenza negativo deve per principio essere risolto applicando la procedura prevista dagli art. 78 e 78a LAINF. Si potrà adire il tribunale cantonale delle assicurazioni secondo l'art. 106 LAINF solo nel caso in cui un assicuratore-infortuni neghi, dapprima in una decisione e in seguito in una decisione su opposizione, di essere soggetto nella fattispecie all'obbligo di fornire prestazioni alla persona infortunata in quanto non competente e la persona interessata ricorra contro queste decisioni. In questo senso va capita l'affermazione della DTF 125 V 327 cons. 1b secondo la quale l'art. 78a LAINF non esclude che l'assicuratore-infortuni possa con una decisione e una decisione su opposizione negare in casu l'obbligo di fornire prestazioni all'interessato e giustificare la sua posizione definendosi non competente. Può per altro essere lasciato in sospeso se in un caso simile sia discrezione del tribunale cantonale delle assicurazioni invitare l'altro assicuratore interessato o gli altri assicuratori interessati a partecipare alla procedura o, come nella fattispecie, obbligare l'assicuratore-infortuni la cui decisione è stata impugnata a procedere conformemente agli art. 78 e 78a LAINF. È sufficiente constatare che il rinvio a questi rimedi giuridici non costituisce un diniego di giustizia formale e ancor meno un motivo di nullità fintantoché gli assicuratori-infortuni suscettibili

di essere tenuti a fornire prestazioni ai sensi della LAINF per un sinistro non si dichiarano tutti non competenti in una decisione e in una decisione su opposizione nelle quali negano di essere soggetti nella fattispecie all'obbligo di fornire prestazioni alla persona infortunata (cons. 2.3).

I

A.

Der 1949 geborene M., Pfarrer am Spital X., verletzte sich am 12. Januar 1999 beim Fussballspielen am Fussgelenk rechts (Peroneal-Sehnenluxation). Mit Verfügung vom 30. Juni 1999 lehnte die Basler Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Basler), bei welcher er obligatorisch gegen die Folgen von Nichtberufs- und Berufsunfällen versichert war, die Ausrichtung von Leistungen mit der Begründung ab, die Beschwerden seien auf eine 1992 erlittene Knöchelverletzung zurückzuführen. Zuständig sei somit der damalige Unfallversicherer. Die hiegegen erhobene Einsprache wies die Basler mit Entscheid vom 10. Januar 2001 ab. Gleichentags überwies sie die Akten samt Einspracheentscheid der Schweizerischen National-Versicherungsgesellschaft (nachfolgend: National), bei welcher M. 1992 als Mitarbeiter des Tageszentrums Y. obligatorisch unfallversichert gewesen war.

B.

Am 16. Februar 2001 nahm die National im Sinne einer Einsprache gegen die Verfügung der Basler vom 30. Juni 1999 Stellung, wobei sie eine Übernahme des Schadenfalles ablehnte. Am 20. März 2001 erhob M. beim Versicherungsgericht Basel-Stadt Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 10. Januar 2001 sowie die Feststellung der Leistungspflicht der Basler. Diese ersuchte mit Eingabe vom 9. April 2001 um Sistierung des Verfahrens, bis feststehe, ob die National den Einspracheentscheid ebenfalls mit Beschwerde ans kantonale Versicherungsgericht weiterziehe oder ihrerseits einen ablehnenden Entscheid gegenüber M. erlasse, der dann von ihm angefochten werden könne. Am 7. August 2001 wies die Basler die Einsprache der National ab. Mit Entscheid vom 22. August 2001 hiess das Versicherungsgericht Basel-Stadt die Beschwerde des M. mit der Begründung gut, die Basler hätte, nachdem sie sich als nicht zuständig erachtet habe, den Fall der ihrer Ansicht nach zuständigen National überweisen müssen und nicht sofort über ihre Leistungspflicht verfügen dürfen. Es wies daher die Sache an die Basler zurück, «damit diese bei Bejahung ihrer Zuständigkeit die gesetzlichen Leistungen erbringe bzw. bei Verneinung ihrer Zuständigkeit gemäss Art. 78 und 78a UVG verfare». Dieser Entscheid blieb unangefochten. Am 30. Oktober 2001 reich-

te die National beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde ein mit dem hauptsächlichen Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid der Basler vom 7. August 2001 sei aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen des Entscheids vom 22. August 2001 an diese zurückzuweisen. Das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt trat mit Entscheid des Präsidenten vom 17. April 2002 auf die Beschwerde nicht ein und überwies die Sache zuständigkeitshalber an das Bundesamt für Sozialversicherung.

C.

Das Bundesamt für Sozialversicherung führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, der Entscheid vom 17. April 2002 sei aufzuheben und das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt sei zu verpflichten, auf die Sache einzutreten und materiell zu entscheiden. Während M. keine Vernehmlassung einreicht und die National auf eine Stellungnahme und einen bestimmten Antrag zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde verzichtet, lässt die Basler deren Abweisung beantragen, soweit darauf einzutreten ist.

D.

Mit Eingabe vom 21. August 2002 hat sich das Bundesamt zur Vernehmlassung der Basler geäußert.

II.

Aus den folgenden Erwägungen hat das Eidg. Versicherungsgericht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abgewiesen:

1.

1.1 Erachtet sich ein Versicherer als unzuständig, so überweist er die Sache unverzüglich an den zuständigen Versicherer (Art. 78 UVG). Bei geldwerten Streitigkeiten zwischen Versicherern erlässt das Bundesamt für Sozialversicherung eine Verfügung (Art. 78a UVG). Diese ist mit Verwaltungsbeschwerde beim Eidgenössischen Departement des Innern anfechtbar (RKUV 1998 Nr. U 312 S. 470). Dessen Entscheid ist mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht weiterziehbar (Art. 98 lit. b OG in Verbindung mit Art. 128 OG; vgl. RKUV a.a.O. S. 474 oben). Nach der Rechtsprechung steht der durch Art. 78 und 78a UVG vorgezeichnete Rechtsweg namentlich offen, wenn ein negativer Kompetenzkonflikt zwischen zwei Unfallversicherern über die Leistungspflicht bezüglich eines Schadenereignisses gegeben ist oder wenn ein Versicherer von einem anderen Versicherer Rückerstattung von gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen verlangt (BGE 127 V 182 Erw. 4d, 125 V 327 Erw. 1b).

1.2 In Anwendung dieser Rechtsgrundlagen ist der vorinstanzliche Richter auf die Beschwerde der National gegen den Einspracheentscheid der Basler vom 7. August 2001 nicht eingetreten, womit diese gegenüber jener eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Vorfall vom 12. Januar 1999 mangels Zuständigkeit verneint hatte. Sinngemäss habe die Basler mit dem angefochtenen Erkenntnis gegenüber der National den negativen Kompetenzkonflikt in ihrem Sinne hoheitlich entschieden, wozu sie indessen nicht befugt gewesen sei. Es fehle somit an einem Anfechtungsobjekt, sodass auf die Beschwerde nicht eingetreten werden könne.

1.3 Das Bundesamt beruft sich zur Stützung seines gegenteiligen Standpunktes, wonach die Vorinstanz auf die Beschwerde hätte eintreten und materiell über den Zuständigkeitsstreit zwischen Basler und National hinsichtlich der Leistungspflicht für den Unfall vom 12. Januar 1999 entscheiden müssen, auf Art. 129 Abs. 1 UVV. Diese mit «Beschwerderecht der Versicherer» überschriebene Verordnungsvorschrift bestimmt Folgendes: «Erlässt ein Versicherer oder eine andere Sozialversicherung eine Verfügung, welche die Leistungspflicht des anderen Versicherers berührt, so ist die Verfügung auch dem anderen Versicherer zu eröffnen. Der andere Versicherer kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.» Nach der Rechtsprechung, so die Aufsichtsbehörde, regle Art. 129 UVV nicht nur das Verhältnis zwischen Unfallversicherern und anderen Sozialversicherern (Krankenkassen, Arbeitslosenversicherung, BVG-Versicherung etc.), sondern auch jenes zwischen zwei Unfallversicherern (BGE 125 V 327 Erw. 1b). Lehne ein Unfallversicherer seine Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten mittels Verfügung und Einspracheentscheid ab und begründe er dies mit der seiner Ansicht nach fehlenden Zuständigkeit, könnten sowohl die betreffende Person wie auch der als zuständig erachtete andere Unfallversicherer beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erheben. Dieses hätte dann allenfalls vorfrageweise auch die Zuständigkeitsfrage zu beurteilen. Für die Anwendung des Art. 78a UVG bestehe in solchen Fällen kein Raum.

2.

2.1 In BGE 125 V 327 Erw. 1b hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass Art. 78a UVG es nicht ausschliesst, 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 hierbei zu beachten gilt, ist der 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

erlassenen Ablehnungsverfügungen und Einspracheentscheide nebst dem Versicherten nach Art. 129 UVV auch dem konkurrierenden Unfallversicherer zu eröffnen sind.

2.2

2.2.1 Diese Erwägungen dürfen nicht dahingehend verstanden werden, ein Unfallversicherer könne gegen die Verfügung eines anderen Unfallversicherers, womit dieser seine Leistungspflicht mit der Begründung verneine, jener sei zuständig, die gleichen Rechtsmittel wie die versicherte Person ergreifen. Damit würde die fehlende Zuständigkeit als blosses Begründungselement für die Ablehnung der Leistungspflicht gegenüber dem oder der Verunfallten für den als zuständig erachteten Unfallversicherer zum verbindlich feststellenden, anfechtbaren Inhalt einer Verfügung, d.h. eines hoheitlichen Verwaltungsaktes, was unzulässig ist (BGE 127 V 180 Erw. 4a).

2.2.2 Es fragt sich sodann, wie der Hinweis auf Art. 129 UVV zu verstehen ist. Gemäss der Delegationsnorm des Art. 104 lit. d UVG regelt diese Verordnungsbestimmung das Verhältnis der Unfallversicherung zu den übrigen Sozialversicherungen in Bezug auf das Beschwerderecht der Versicherer gegen Verfügungen aus dem Bereich einer anderen Sozialversicherung. In der französischen und italienischen Fassung des Art. 129 Abs. 1 erster Satz UVV heisst es denn auch: «Lorsqu'un assureur-maladie ou une autre assurance sociale prend une décision ...» bzw. «se un assicuratore malattia o un altro assicuratore sociale emana una decisione ...». Dass mit «Versicherer» in Art. 129 Abs. 1 UVV der Krankenversicherer gemeint ist, ergibt sich im Übrigen auch daraus, dass Art. 129 Abs. 1 und Abs. 2 UVV inhaltlich Art. 121 KVV entspricht. Hier ist in allen drei amtssprachlichen Textfassungen von Krankenversicherer, caisse-maladie und assicurazione malattia die Rede. Art. 129 UVV ist somit entgegen dem Bundesamt im Verhältnis zwischen ihre Zuständigkeit bestreitenden Unfallversicherern nicht anwendbar.

2.3 Aus dem Vorstehenden ergibt sich: Ist in Bezug auf ein bestimmtes Schadensereignis die Person des nach UVG leistungspflichtigen Versicherers umstritten, nicht hingegen grundsätzlich Bestehen und Umfang der Leistungspflicht, ist der negative Kompetenzkonflikt grundsätzlich auf dem Rechtsweg gemäss Art. 78 und 78a UVG zu lösen. Das kantonale Versicherungsgericht gemäss Art. 106 UVG kommt nur zum Zuge, wenn ein in Betracht fallender Unfallversicherer seine Leistungspflicht gegenüber der verunfallten Person wegen der seiner Ansicht nach fehlenden Zuständigkeit mit Verfügung und Einspracheentscheid verneint und der Betroffene dagegen Beschwerde erhoben hat. Im Sinne des Vorstehenden ist die Aussage in

BGE 125 V 327 Erw. 1b zu verstehen, Art. 78a UVG schliesse es nicht aus, dass der Unfallversicherer gegenüber dem Ansprecher seine Leistungspflicht mit Verfügung und Einspracheentscheid ablehnt und dies mit der seiner Auffassung nach fehlenden Zuständigkeit begründet. Ob in einem solchem Fall das kantonale Versicherungsgericht die Wahl hat, den oder die anderen ebenfalls in Frage kommenden Unfallversicherer zum Verfahren beizuladen oder, wie hier, den am Recht stehenden Unfallversicherer zu verpflichten, gemäss Art. 78 und 78a UVG vorzugehen, kann im Übrigen offen bleiben. Es genügt festzustellen, dass die Verweisung auf diesen Rechtsweg solange keine formelle Rechtsverweigerung und noch weniger einen Nichtigkeitsgrund darstellt, als nicht alle für ein bestimmtes Schadensereignis als Leistungspflichtige nach UVG in Frage kommenden Unfallversicherer ihre Leistungspflicht gegenüber der verunfallten Person mit derselben Begründung der fehlenden Zuständigkeit mit Verfügung und Einspracheentscheid verneint haben. So präsentierte sich beispielsweise die prozessuale Rechtslage in RKUV 2002 Nr. U 469 S. 522. Beizufügen bleibt, dass dort, wo ein Unfallversicherer Leistungen im Zusammenhang mit einem Unfall schon erbracht hat und diese in einem späteren Zeitpunkt mit der Begründung der fehlenden Zuständigkeit von einem anderen Unfallversicherer zurückfordert, im Bestreitungsfall einzig der Rechtsweg nach Art. 78 und 78a UVG offen steht. Mangels Passivlegitimation der versicherten Person fällt der Weg über das kantonale Versicherungsgericht ausser Betracht (vgl. BGE 127 V 176, insbesondere 179 f. Erw. 3b). Gemäss den vom Bundesamt eingereichten «Empfehlungen zur Anwendung von UVG und UVV» der AD HOC-Kommission Schaden UVG vom 2. Dezember 1996 erbringt im Übrigen bei Kompetenzstreitigkeiten unter Unfallversicherern derjenige Versicherer, bei dem der Schadenfall zuerst angemeldet wurde, unter voller Wahrung seiner Rückforderungsrechte Vorleistungen und überweist die Akten im Sinne von Art. 78 UVG dem zuständigen Versicherer.

3.

Für den hier zu beurteilenden Fall ergibt sich, dass der Einspracheentscheid der Basler vom 7. August 2001 gegenüber der National nichtig ist (vgl. BGE 127 V 180 Erw. 4a), was von der Vorinstanz festzustellen gewesen wäre. Ihr Nichteintreten auf das Rechtsmittel mangels eines Anfechtungsobjektes lässt sich indessen ohne weiteres in diesem Sinne interpretieren, weil es zum gleichen Ergebnis führt. Die direkte Überweisung der Sache an das Bundesamt zum Entscheid nach Art. 78a UVG lässt sich daher unter den gegebenen Umständen von Bundesrechts wegen nicht beanstanden. Bei dieser Rechtslage kann die vom Rechtsvertreter der Basler aufgeworfene Frage offen bleiben, ob das Bundesamt überhaupt zur Erhebung der Verwaltungs-

gerichtsbeschwerde berechtigt ist, nachdem die Aufsichtsbehörde den Entscheid vom 22. August 2001 nicht angefochten hatte, welcher die Basler anwies, gemäss Art. 78 und 78a UVG zu verfahren.

4.

Das Verfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Das unterliegende Bundesamt hat indessen keine Gerichtskosten zu tragen (Art. 156 Abs. 2 OG in Verbindung mit Art. 135 OG). Ebenso hat die Aufsichtsbehörde den obsiegenden Unfallversicherern als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisationen im Sinne von Art. 159 Abs. 2 OG keine Parteientschädigung zu entrichten (BGE 118 V 169 f. Erw. 7, 112 V 49 Erw. 3).

Anforderungen an den Beweis dafür, dass die Organe der Arbeitslosenversicherung eine versicherte Person über die Möglichkeit informiert haben, den Unfallversicherungsschutz durch eine Abredeversicherung zu verlängern

U 473 Urteil des EVG vom 6. November 2002 i. Sa. R.
(U 131/02)

Anforderungen an den Beweis dafür, dass die Organe der Arbeitslosenversicherung eine versicherte Person über die Möglichkeit informiert haben, den Unfallversicherungsschutz durch eine Abredeversicherung zu verlängern (Art. 3 Abs. 3 UVG; Art. 8 UVV; Art. 1 und 3 Abs. 2 Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen):

Hält ein Mitarbeiter eines Versicherers den Inhalt eines Telefongesprächs schriftlich fest und bestätigt die befragte Person mit ihrer Unterschrift ausdrücklich, dass die Wiedergabe des Gesprächs korrekt ist, ist diesem Schriftstück unter Umständen Beweiswert zuzuerkennen (Erw. 3.2).

Die Beweistauglichkeit eines derartigen «Protokolls» kann insbesondere dann bejaht werden – mit der Folge, dass zulässigerweise auf eine Einvernahme der befragten Person unter Zeugenpflicht verzichtet werden kann –, wenn die Fragestellung begrenzt ist, beispielsweise wenn die Antwort nur «ja» oder «nein» lauten kann. Da die genaue Formulierung unter diesen Umständen keine bedeutende Rolle spielt, kann das durch den Gesprächspartner erstellte Protokoll einer selbst verfassten schriftlichen Auskunft gleichgesetzt werden (Erw. 3.3).

Preuve que les organes de l'assurance-chômage ont informé une personne assurée de la possibilité de prolonger par convention la couverture d'assurance-accidents; exigences en la matière (art. 3 al. 3 LAA; art. 8 OLAA; art. 1 et 3 al. 2 Ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage):

Si un collaborateur d'un assureur consigne par écrit le contenu d'un entretien téléphonique et que la personne interrogée atteste expressément en apposant sa signature que l'entretien est correctement transcrit, ce document doit, le cas échéant, être reconnu comme ayant valeur probante (cons. 3.2).

La capacité probatoire d'un tel «procès-verbal» peut en particulier être admise – avec pour corollaire qu'il est possible de renoncer de manière licite à une audition de la personne interrogée en qualité de

témoign assorti de l'obligation de témoigner – si l'énoncé de la question est limité, comme par exemple lorsque la réponse ne peut être que «oui» ou «non». La formulation exacte ne jouant dans ces circonstances pas un rôle décisif, le procès-verbal établi par l'interlocuteur peut être assimilé à un renseignement écrit rédigé par ce dernier (cons. 3.3).

Requisiti concernenti la prova che gli organi dell'assicurazione contro la disoccupazione hanno informato la persona assicurata sulla possibilità di protrarre la copertura assicurativa contro gli infortuni stipulando un'assicurazione mediante convenzione (art. 3 cpv. 3 LAINF; art. 8 OAINF; art. 1 e 3 cpv. 2 Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dei disoccupati):

Se un collaboratore di un assicuratore mette per iscritto il tenore di un colloquio telefonico e la persona interrogata conferma espressamente, con la sua firma, l'esattezza di quanto scritto, a questo documento deve essere se del caso riconosciuto valore probante (cons. 3.2).

La capacità probatoria di un simile «verbale» può essere ammessa – con il risultato che si può rinunciare in modo ammissibile all'audizione della persona interrogata tenuta a testimoniare – in particolare se la formulazione della domanda implica una risposta limitata, ad esempio se la risposta può essere soltanto «sì» o «no». Considerando che in queste circostanze la formulazione esatta non è rilevante, il verbale steso dall'interlocutore può essere parificato ad un'informazione scritta redatta personalmente (cons. 3.3).

Auszug aus den Erwägungen:

...

2.

Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der SUVA für die Folgen des Unfalls vom 26. Dezember 1999. Diese hängt, da die obligatorische Versicherung zu einem früheren Zeitpunkt endete und keine Abredeversicherung abgeschlossen wurde, davon ab, ob es die Organe der Arbeitslosenversicherung pflichtwidrig unterlassen haben, den Beschwerdeführer über die Möglichkeit zu orientieren, eine Abredeversicherung abzuschliessen.

3.

3.1 Im Anschluss an das am 15. Mai 2000 gestellte Gesuch um Erbringung von Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 26. Dezember 1999 führte die SUVA zunächst am 26. Mai 2000 eine Besprechung vor Ort mit einem Mitarbeiter der zuständigen Arbeitslosenkasse durch. Dieser erklärte laut der entsprechenden Gesprächsnotiz, für Beratungen und Informationen seien in

erster Linie die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) zuständig. Der Sachbearbeiter der SUVA führte daraufhin Telefongespräche mit Mitarbeitenden des RAV X. (5. Juni 2000), des RAV Y. (6. Juni 2000), des Sozialamtes Z. (6. Juni) sowie zweier Beratungsstellen (7. und 8. Juni 2000) und hielt deren Inhalt in Protokollnotizen fest. Am 16. Juni 2000 verfasste er einen Bericht über das Telefongespräch mit dem Mitarbeiter des RAV Y. vom 6. Juni 2000. Der Bericht wurde dem Befragten in dessen Büro gesandt. In einem Begleitschreiben wurde ausgeführt, bei Unstimmigkeiten oder Fragen könne sich der RAV-Mitarbeiter an die SUVA wenden, und man sei auch gerne bereit, allfällige Unklarheiten in einem persönlichen Gespräch zu bereinigen. Der RAV-Mitarbeiter unterzeichnete das Papier am 29. Juni 2000 als «gelesen und bestätigt» und retournierte es. Gemäss dem unterzeichneten Text sagte er anlässlich des Telefongesprächs vom 6. Juni 2000 unter anderem aus, der Beschwerdeführer, an den er sich gut erinnern könne, sei bei Ablauf der Rahmenfrist auf das Ende des Unfallversicherungsschutzes aufmerksam gemacht worden. Er, der RAV-Mitarbeiter, habe ihm mitgeteilt, dass er bei der SUVA eine Einzelabredeversicherung abschliessen könne. Zudem habe er ihn an das Sozialamt Z. verwiesen.

3.2 Nach der Rechtsprechung stellt eine formlos eingeholte und in einer Aktennotiz festgehaltene mündliche bzw. telefonische Auskunft nur insoweit ein zulässiges und taugliches Beweismittel dar, als damit blosser Nebenpunkte, namentlich Indizien oder Hilfstatsachen, festgestellt werden. Dagegen kommt grundsätzlich nur die Form einer schriftlichen Anfrage und Auskunft in Betracht, wenn Auskünfte zu wesentlichen Punkten des rechtserheblichen Sachverhaltes einzuholen sind (BGE 117 V 285 Erw. 4c mit Hinweis). Einem Protokoll, welches vom Mitarbeiter eines Versicherers erstellt und von der befragten Auskunftsperson unterzeichnet wird, ist jedoch unter Umständen Beweistauglichkeit zuzuerkennen (in RKUV 2001 Nr. U 420 S. 104 ff. nicht veröffentlichte Erw. 5a des Urteils S. vom 9. Januar 2001, U 120/00). Das in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde angerufene Urteil U. vom 9. Januar 2001, I 499/00, ändert daran nichts, bezog es sich doch auf die Beweiserhebung in einer wesentlich anderen Situation.

3.3 Die Vorinstanz hat die durch den SUVA-Sachbearbeiter am 16. Juni 2000 verfasste und vom befragten RAV-Mitarbeiter am 29. Juni 2000 als «gelesen und bestätigt» unterzeichnete Zusammenfassung des am 6. Juni 2000 geführten Telefongesprächs unter den gegebenen Umständen zu Recht als beweistauglich erachtet. Zu klären war einzig, ob der RAV-Mitarbeiter den Beschwerdeführer über die Möglichkeit des Abschlusses einer Abredeversicherung orientiert hat oder nicht. Die unterschriftlich bekräf-

tigte Aussage ist dazu klar und eindeutig: Die Antwort lautet Ja. Unter diesen Umständen kommt der Tatsache, dass der Wortlaut der Erklärung durch die SUVA abgefasst wurde, keine Bedeutung zu, besteht doch angesichts der eng begrenzten Fragestellung kein Spielraum, innerhalb dessen die genaue Formulierung eine Rolle spielen könnte. Die am 29. Juni 2000 unterzeichnete Erklärung kann daher hinsichtlich ihrer Beweistauglichkeit einer schriftlichen Auskunft, deren Einholung und beweismässige Verwertung grundsätzlich zulässig ist (BGE 117 V 284 Erw. 4b), gleichgesetzt werden. Dem Anspruch auf rechtliches Gehör wurde durch die Möglichkeit einer nachträglichen Stellungnahme Genüge getan.

3.4 Dem kantonalen Gericht ist auch darin beizupflichten, dass die Aussage des RAV-Mitarbeiters als glaubwürdig erscheint. Die am 16. Juni 2000 formulierte Erklärung wurde dem RAV-Mitarbeiter zugestellt. Er hatte somit Gelegenheit, sie eingehend zu studieren, bevor er sie am 29. Juni 2000, also mehrere Tage nach Erhalt, unter Beifügung von Ort und Datum unterzeichnete. Angesichts dieses Ablaufs konnte die Vorinstanz zulässigerweise die Glaubwürdigkeit der Aussagen des RAV-Mitarbeiters bejahen und von einer Einvernahme als Zeuge absehen, da mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, dass eine der unterschriftlich bestätigten Antwort widersprechende Aussage resultieren würde (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 4b), und bei einer Fragestellung, welche einzig die Antworten «Ja» oder «Nein» zulässt, weder Ergänzungsfragen, Vorhalte usw. Sinn machen noch der persönliche Eindruck eine bedeutende Rolle spielt.

3.5 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, der RAV-Mitarbeiter habe ihn im Zusammenhang mit der Abredeversicherung zu Unrecht an das Sozialamt verwiesen. Diese Argumentation ist jedoch nicht geeignet, seinen Rechtsstandpunkt zu stützen: Die Pflicht der Organe der Arbeitslosenversicherung besteht darin, die versicherte Person über die Möglichkeit des Abschlusses einer Abredeversicherung zu informieren. Die Darstellung des Beschwerdeführers, der RAV-Sachbearbeiter habe ihn für den Fall, dass er den Abschluss einer Abredeversicherung wünschen sollte, an das Sozialamt verwiesen, enthält notwendigerweise auch die Aussage, der RAV-Sachbearbeiter habe auf die Möglichkeit des Abschlusses einer Abredeversicherung hingewiesen und damit die ihn treffende Informationspflicht erfüllt.

3.6 Dafür, dass der Beschwerdeführer aus sprachlichen Gründen nicht in der Lage gewesen wäre, den Hinweis auf die Abredeversicherung zu verstehen, bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Wie die SUVA in ih-

rer Vernehmlassung mit Recht geltend macht, spricht die in der IV-Anmeldung vom 18. Oktober 1999 erwähnte, vom 24. August 1998 bis 31. März 1999 absolvierte Pflegehilfeausbildung im Gegenteil für das Vorhandensein ausreichender Sprachkenntnisse.

...

Ausdrücklicher Rechtsmittelverzicht

U 474 Urteil des EVG vom 20. November 2002 i. Sa. P
(U 139/02)

Ausdrücklicher Rechtsmittelverzicht (Art. 108 UVG):

Rechtsgültigkeit eines Rechtsmittelverzichts nach Kenntnis der anfechtbaren Verfügung (Erw. 2).

Renonciation expresse à faire usage des voies de droit (art. 108 LAA):

Validité d'une renonciation à faire usage des voies de droit après avoir pris connaissance de la décision attaquant (cons. 2).

Espressa rinuncia all'impugnazione (art. 108 LAINF):

Validità giuridica di una rinuncia all'impugnazione dopo aver preso atto della decisione (cons. 2).

Auszug aus den Erwägungen:

...

2.

2.1 Nach den Feststellungen des kantonalen Gerichts ist die Verfügung der Allianz vom 26. September 2000 zufolge Einspracheverzichts der Vertreterin des Beschwerdeführers in formelle Rechtskraft erwachsen. Diese hatte mit Schreiben vom 29. September 2000 mitgeteilt, wie der beigelegten Verfügung zu entnehmen sei, habe die Unfallversicherung ihre Leistungen für den Unfall vom 18. Februar 1994 per 31. Mai 1996 eingestellt. Wie dem Unfallschein entnommen werden könne, sei der Versicherte zu 75% arbeitsunfähig. Er beziehe denn auch eine Rente der Invalidenversicherung. Gegen die Verfügung vom 26. September 2000 werde nicht mehr opponiert. Demzufolge würden die Leistungen der Taggeldversicherung fällig. Darüber sei nunmehr abzurechnen.

2.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, Adressatin des Schreibens vom 29. September 2000 sei nicht die mit der Unfallversicherung befasste Allianz, sondern die Krankentaggeldversicherung gewesen. Auf Leistungen der Beschwerdegegnerin habe man damit nicht verzichten wollen. Die Versicherung habe ausser dem Bestätigungsschreiben bezüglich Krankentaggeld diesbezüglich vorerst auch nichts unternommen. Abgesehen davon könne vor Ablauf der Einsprachefrist auf Leistungen nicht verzichtet werden, da ein allfällig geäussertes Verzicht bis zu diesem Zeitpunkt widerrufen werden könne. Hinzu komme, dass die Vertreterin des Beschwerdeführers von der irrtümlichen Annahme ausgegangen sei, dass bis anhin keine Krankentaggelder ausgerichtet worden seien. Diese habe denn

auch stets erklärt, sie habe mit dem Schreiben keinen Einspracheverzicht abgeben wollen.

2.3 Nach Rechtsprechung und Lehre ist ein Verzicht auf ein Rechtsmittel als unwirksam zu betrachten, wenn nicht vorausgesetzt werden darf, dass die Partei dabei in voller Sachkenntnis gehandelt hat. Daher ist ein Verzicht, der vor Kenntnisnahme des begründeten Entscheids oder der Verfügung abgegeben wurde, nicht verbindlich (BGE 86 I 153 Erw. 2 mit Hinweis; vgl. *Alfred Kölz/Jürg Bosshart/Martin Röhl*, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 2. Aufl., Zürich 1999, Vorbem. zu §§ 19–28, N. 56 mit Hinweisen). Im Gegensatz dazu kann der Verzicht auf ein Rechtsmittel nach Inempfangnahme der begründeten Verfügung grundsätzlich gültig ergehen (ASA 59 [1990/91] S. 205 Erw. 2b; *Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 60). Der Rechtsmittelverzicht ist nicht frei widerrufbar. Ein Widerruf ist jedoch zulässig, wenn nachgewiesen wird, dass er unter Willensmängeln, insbesondere aufgrund irreführender Angaben der Behörde, zustande gekommen ist (*Alfred Kölz/Jürg Bosshart/Martin Röhl*, a.a.O., N. 58). Haben die Parteien auf eine Anfechtung gültig verzichtet, erwächst der Entscheid in formelle Rechtskraft (*Gygi*, a.a.O., S. 322).

2.4 Im Schreiben vom 29. September 2000 wird auf die Verfügung vom 26. September 2000 ausdrücklich Bezug genommen. Es wird auch deren Schlussfolgerung kurz wiedergegeben. Die Verfügung ihrerseits erging gestützt auf das Gutachten des ZMB vom 20. April 2000 und ist einlässlich begründet. Der Entschluss, dagegen nicht zu opponieren, wurde somit in voller Sachkenntnis über den Inhalt des anfechtbaren Entscheids getroffen. Auch ein Grundlagenirrtum kann ausgeschlossen werden. In einem Schreiben vom 23. November 2001 hält die damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ausdrücklich fest, dass das Vorgehen mit diesem abgesprochen gewesen sei und sie im Rahmen seiner Weisungen gehandelt habe. Auch nach Kenntnisnahme von Einspracheentscheid und Beschwerdeantwort halte sie an ihrer Auffassung fest, dass der Versicherte keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen aus der Unfallversicherung geltend machen könne. Wenn die Rechtsanwältin weiter ausführt, sie sei der Ansicht, dass sie gegenüber der Unfallversicherung nie ausdrücklich auf die Einsprache verzichtet und ihr Schreiben an die Krankentaggeldversicherung nur diese betroffen habe, ist es richtig, dass sie das Wort «Einspracheverzicht» nicht verwendet hatte. Indem sie Krankentaggeldleistungen verlangt hat mit dem Hinweis, dass gegen die leistungsablehnende Verfügung des Unfallversicherers nicht opponiert werde, hat sie jedoch klar zum Ausdruck gebracht, was gemeint war, nämlich die Begründung der Leistungspflicht der Kranken-

taggeldversicherung, welche zum Zuge kommt, wenn keine Leistungen aus der Unfallversicherung anfallen. Daran ändert nichts, dass solche offenbar bereits seit 1. April 2000 ausbezahlt wurden, wie aus dem Schreiben der Allianz vom 2. Oktober 2000 zu schliessen ist. Unerheblich ist auch, dass das Schreiben vom 29. September 2000 an die Schadenabteilung in Aarau und nicht an die Einsprachestelle am Hauptsitz in Zürich adressiert war. Die Gültigkeit eines Rechtsmittelverzichts setzt grundsätzlich nicht die Mitteilung an die Rechtsmittelinstanz voraus (vgl. auch ASA 59 S. 204). Eine Partei kann ein Interesse am möglichst raschen Eintritt der formellen Rechtskraft einer Verfügung haben, ohne dass die Instanz, an welche ein Entscheid allenfalls weitergezogen werden kann, davon Kenntnis haben muss. Wie die Versicherung sodann anders als mit einer den Leistungsanspruch aus der Krankentaggeldversicherung bestätigenden Mitteilung hätte reagieren sollen, ist nicht ersichtlich. Die Verfügung vom 26. September 2000 ist gestützt auf die Verzichtserklärung vom 29. September 2000 in formelle Rechtskraft erwachsen, ohne dass es eines Beschlusses seitens der Allianz bedurfte. Daran vermögen die Einwendungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde nichts zu ändern. Nachdem die damalige Rechtsvertreterin in einem Schreiben an den heutigen Rechtsvertreter vom 23. November 2001 Stellung genommen hat und der Beschwerdeführer mehrfach Gelegenheit hatte, sich schriftlich zur Problematik zu äussern, sind von einer persönlichen Befragung und Zeugeneinvernahme keine neuen Aspekte zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist.

...

Rechtspflege in der Unfallversicherung

Im Jahre 2002 wurden dem BSV in Unfallversicherungssachen 1144 (Vorjahr 1368) Entscheide kantonaler Versicherungsgerichte zugestellt. Das Eidg. Versicherungsgericht hat 375 (442) Verwaltungsgerichtsbeschwerden zur Stellungnahme unterbreitet und 438 (511) Entscheide gefällt, während die Eidg. Rekurskommission für die Unfallversicherung deren 21 (18) behandelte.

Jurisprudence en matière d'assurance-accidents

En 2002, en matière d'assurance-accidents, 1144 (année précédente 1368) jugements de tribunaux cantonaux des assurances ont été notifiés à l'OFAS. Le Tribunal fédéral des assurances a soumis 375 (442) recours administratifs pour prise de position et a rendu 438 (511) arrêts, tandis que la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-accidents en a traité 21 (18).

Giurisprudenza in materia d'assicurazione infortuni

Nel 2002, in materia d'assicurazione infortuni, 1144 (anno precedente 1368) sentenze di tribunali cantonali delle assicurazioni sono state notificate all'UFAS. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha sottomesso 375 (442) ricorsi di diritto amministrativo per presa di posizione e emanato 438 (511) sentenze; la Commissione federale di ricorso in materia di assicurazione contro gli infortuni a emanato 21 (18) sentenze.