

Unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung nach Inkrafttreten der Teilrevision



Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an der Universität St.Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St.Gallen sowie Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
 - II. Besteht ein grundrechtlicher Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen?
 - A. Angemessene Pflegeversorgung als verfassungsmässiges Staatsziel
 - B. Staatsvertraglicher Pflegeversicherungsanspruch beim Eintritt eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit
 - III. Entschädigung für medizinische Pflegeleistungen (Art. 18 Abs. 1 UVV)
 - A. Allgemeines
 - B. Versicherte Pflegeleistungen
 - C. Anerkannte Leistungserbringer
 - D. Höhe der Entschädigung
 - IV. Beitrag für medizinische Pflegeleistungen (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV)
 - A. Allgemeines
 - B. Versicherte Pflegeleistungen
 - C. Anerkannte Leistungserbringer
 - D. Höhe des Beitrages
-

- V. Beitrag für nichtmedizinische Hilfe (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV)
 - A. Allgemeines
 - B. Versicherte Hilfeleistungen
 - C. Anerkannte Leistungserbringer
 - D. Höhe des Beitrages
 - VI. Koordination mit der krankensicherungsrechtlichen Leistungspflicht
 - VII. Anwendbarkeit des revidierten Art. 18 UVV auf altrechtliche Fälle
-

I. Einleitung [↑]

Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981, das am 1. Januar 1984 in Kraft getreten ist, wurde unlängst teilrevidiert.¹ Die Teilrevision ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Vordergründig betrifft die Teilrevision die unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung² nicht. Der bis zum 31. Dezember 2016 in Kraft gewesene Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG lautete: «Der Bundesrat kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat.» In der ab dem 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung von Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG wurde der Terminus «Hauspflege» durch die Wendung «Hilfe und Pflege zu Hause» ersetzt.

Der unbefangene Leser überliest diese Änderung oder versteht diese, sofern sie ihm bewusst wird, als blosse sprachliche Korrektur des veralteten Begriffes der «Hauspflege» für die Umschreibung von Pflegeleistungen, so wie sie in Art. 21 Abs. 1 UVG sowohl im bisherigen als auch im aktuellen Gesetzestext erwähnt sind. Irritation stellt sich erst dann ein, wenn die Ausführungsbestimmungen von Art. 18 UVV nach altem und neuem Recht einander gegenübergestellt werden:

Art. 18 UVV (gültig bis 31. Dezember 2016)

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

² Ausnahmsweise kann der Versicherer auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

Art. 18 UVV (in Kraft seit 1. Januar 2017)

¹ Die versicherte Person hat Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 KVV zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird.

² Der Versicherer leistet einen Beitrag an:

a. ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird;

b. nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilflorenentschädigung nach Artikel 26 abgegolten ist.

Ein Vergleich des Wortlautes offenbart, dass im ersten Absatz wie bei Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG der

Pflegerecht 2017 - S. 131

Begriff der «Hauspflege» durch denjenigen der «medizinischen Pflege zu Hause» ersetzt worden ist. Im zweiten Absatz demgegenüber sind mehrere Veränderungen festzustellen. Zunächst fällt auf, dass der Versicherer nach der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Fassung einen Beitrag gewähren konnte, während er nach der teilrevidierten Fassung gehalten ist, einen Beitrag zu leisten. In Litera a des zweiten Absatzes wird wie im ersten Absatz der Begriff der «Hauspflege» durch denjenigen der «medizinischen Pflege zu Hause» ersetzt, neu aber in Litera b die «nichtmedizinische Hilfe zu Hause» aufgeführt.

Die Bedeutung dieser Änderungen wird nicht klarer, wenn der erläuternde Bericht zur Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) von Oktober 2016 konsultiert wird. Bei den Erläuterungen zu [Art. 18 UVV](#) wird Folgendes festgehalten:

Allgemein

In der Sachüberschrift und in den Absätzen 1 und 2 wird der veraltete Begriff «Hauspflege» gleich wie im UVG durch «Hilfe und Pflege zu Hause» ersetzt. Im Weiteren wird in den Absätzen 1–3 eine begriffliche Klärung vorgenommen, indem das

Wort «Pflege» für die medizinische Betreuung des Versicherten steht, während das Wort «Hilfe» für die nichtmedizinische Unterstützung des Versicherten verwendet wird.

Absatz 2

Die bisherige Freiwilligkeit von Beiträgen an die medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person wird im Interesse der Rechtsgleichheit aufgegeben. Stattdessen wird ein Leistungsanspruch verankert, sofern die nicht zugelassene Person die medizinische Pflege zu Hause fachgerecht ausführt (Buchstabe a).

Ebenso wird der Leistungsanspruch auf Beiträge für die nichtmedizinische Hilfe zu Hause verankert, soweit diese nicht bereits durch eine Hilflosenentschädigung abgegolten wird (Buchstabe b).

Der vorliegende Beitrag widmet sich der Auslegung der neuen Verordnungsbestimmung und geht der Frage nach, ob die unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung nach dem Inkrafttreten der Teilrevision weiter gehende Versicherungsansprüche vorsieht.

II. Besteht ein grundrechtlicher Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen? ↑

A. Angemessene Pflegeversorgung als verfassungsmässiges Staatsziel ↑

Die Bundesverfassung garantiert zahlreiche *spezifische Grundrechte*³ und garantiert ganz allgemein die *Wahrung der Menschenwürde*.⁴ Die verfassungsmässigen Grundrechte werden traditionell als Abwehr- bzw. Freiheitsrechte verstanden, welche dem Träger des jeweiligen Grundrechts keinen Anspruch auf staatliche Leistungen gewähren. Der Staat als Adressat des jeweiligen Grundrechtes ist lediglich verpflichtet, den grundrechtlich geschützten Lebensbereich mit verhältnismässigen Massnahmen zu schützen bzw. nicht mit unverhältnismässigen Massnahmen zu beeinträchtigen.⁵

Eigentliche Sozialrechte (grundrechtliche Leistungsansprüche) kennt die Bundesverfassung nur ausnahmsweise:

- Art. 12 BV garantiert einen Anspruch auf Hilfe und Betreuung sowie auf diejenigen Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind. Der Anspruch umfasst einzig die in einer Notlage im Sinne einer Überbrückungshilfe unerlässlichen Mittel (in Form von Nahrung, Kleidung, Obdach und medizinischer Grundversorgung), um überleben zu können.⁶ Der verfassungsrechtliche Anspruch umfasst eine auf die konkreten Umstände zugeschnittene, minimale individuelle Nothilfe. Sie beschränkt sich auf das absolut Notwendige und soll die vorhandene Notlage beheben. Insofern unterscheidet sich der verfassungsmässige Anspruch auf Hilfe in Notlagen vom kantonalen Anspruch auf Sozialhilfe, die umfassender ist.⁷ Insofern ist zwischen der *grundrechtlich geschützten medizinischen Notfallhilfe* und den situationsbedingten medizinischen Sozialhilfeleistungen zu unterscheiden. Aus dem Sozialrecht gemäss Art. 12 BV kann weder ein Anspruch darauf abgeleitet werden, zu Hause gepflegt zu werden,⁸ noch ein solcher auf Übernahme von ungedeckten Pflegeheimkosten.
- Der Anspruch auf ausreichenden und unentgeltlichen Grundschulunterricht ist gemäss Art. 19 und Art. 62 Abs. 2 BV gewährleistet.

- Die Bundesverfassung garantiert ferner in Art. 29 Abs. 3 einen Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege bzw. auf unentgeltlichen Rechtsbeistand.
- Personen, die Militär- oder Ersatzdienst bzw. Schutzdienst leisten und dabei gesundheitlichen Schaden erleiden oder ihr Leben verlieren, haben gemäss Art. 59 Abs. 5 und Art. 61 Abs. 5 BV für sich oder ihre Angehörigen Anspruch auf angemessene Unterstützung des Bundes.

Pflegerecht 2017 - S. 132

Die Bundesverfassung verpflichtet Bund und Kantone, sich in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und zu privater Initiative dafür einzusetzen, dass *jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege* erhält.⁹ Bei dieser Verpflichtung handelt es sich weder um eine Kompetenznorm¹⁰ noch um ein soziales Grundrecht, sondern lediglich um ein *Sozialziel*.¹¹ Die Umsetzung dieses Staatsziels erfolgt durch den Bund, der im Rahmen der Sozialversicherung für die Finanzierung der Versicherungsleistungen zuständig ist, während die Kantone zu einer hinreichenden Pflegeversorgung verpflichtet sind. Die Bundesverfassung hält in Art. 112c Abs. 1 explizit fest, dass die Kantone für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause zu sorgen haben. Der Bund ist hinsichtlich der Versorgung lediglich ermächtigt, gesamtschweizerische Bestrebungen zugunsten Betagter und Behinderter finanziell zu unterstützen sowie Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe zu erlassen.¹²

Der *fehlende grundrechtliche Versorgungs- und Finanzierungsanspruch* wird nicht durch das verfassungsmässige Gleichbehandlungsgebot bzw. Diskriminierungsverbot kompensiert. Das Bundesgericht verneint im Zusammenhang mit Pflegeleistungen regelmässig eine Verletzung der vorgenannten Verfassungsgrundsätze:

- Die Nichtberücksichtigung des Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung im Bereich der AHV verletzt weder das Gleichbehandlungsgebot noch das Diskriminierungsverbot.¹³
- Die Limitierung der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten in Verweisung auf Art. 14 ELG verletzt weder das Gleichbehandlungsgebot von Art. 8 Abs. 1 BV und Art. 14 EMRK noch das Recht auf Familienleben gemäss Art. 13 Abs. 1 BV und Art. 8 Ziff. 1 EMRK.¹⁴
- Die Regelung, wonach Personen, die das 65. Altersjahr vollendet haben, sich im Rahmen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an den Pflegekosten beteiligen, ist weder alters- noch geschlechterdiskriminierend.¹⁵
- Die Bezüger einer Hilflosenentschädigung der obligatorischen Unfallversicherung haben keinen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung, was das Gleichbehandlungsgebot nicht verletzt.¹⁶

Es gilt zwar der *Grundsatz der Gleichbehandlung zwischen zu Hause betreuten und in Heimen wohnenden Behinderten*, doch verneint das Bundesgericht in der Regel eine Verletzung dieses Grundsatzes durch die unterschiedliche Leistungsordnung für Heim- und Hauspflegebedürftige.¹⁷ Keine unzulässige Ungleichbehandlung kann schliesslich im Umstand erblickt werden, dass eine sich

in der gleichen wirtschaftlichen Lage und im gleichen Heim wie die Versicherte befindliche Person, im Gegensatz zu ihr, allein aufgrund des Umstandes, dass sie in die Zuständigkeit eines anderen Kantons, insbesondere desjenigen des Standortes des Heimes, fällt, in den Genuss einer (höheren) Ergänzungsleistung gelangt.¹⁸

B. Staatsvertraglicher Pflegeversicherungsanspruch beim Eintritt eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit ↑

Die verfassungsrechtliche Ordnung wird ergänzt durch staatsvertragliche Garantien. Gemäss der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS)¹⁹ und dem Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit²⁰ haben Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, Anspruch auf eine «Betreuung durch Pflegepersonal zu Hause oder in einem Krankenhaus oder in einer anderen Pflegestätte».²¹ Der Bundesrat hat im Rahmen der Teilrevision des UVG festgehalten, dass der bisherige Art. 18 UVV im Widerspruch zu diesen staatsvertraglichen Bestimmungen eine lediglich eingeschränkte Leistungspflicht vorsehe; aufgrund dieser Abkommen müsse die unfallbedingte Pflege, insbesondere auch die Pflege zu Hause, übernommen werden, ohne dass der Versicherte sich an den Kosten beteiligen müsse.²²

Entsprechend ist davon auszugehen, dass die unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung gemäss Art. 18 UVV seit dem Inkrafttreten der Teilrevision weiter gehende Versicherungsansprüche als bisher statuiert. Im Gegensatz zu den vorerwähnten

Pflegerecht 2017 - S. 133

staatsvertraglichen Bestimmungen unterscheidet Art. 18 UVV nicht zwischen versicherten Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, und versicherten Personen, die keinen Arbeitsunfall erlitten haben. Als Folge des verfassungsmässigen Gleichbehandlungsgebotes muss davon ausgegangen werden, dass allen nach UVG versicherten Personen derselbe Anspruch auf Übernahme der Kosten für medizinische Pflege und nichtmedizinische Hilfe zusteht, auch wenn die vorerwähnten staatsvertraglichen Bestimmungen nicht auf alle versicherten Personen anwendbar sind.

III. Entschädigung für medizinische Pflegeleistungen (Art. 18 Abs. 1 UVV) ↑

A. Allgemeines ↑

Wie bereits festgehalten, wurden bei der Entschädigung gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV lediglich begriffliche Anpassungen vorgenommen. Bereits nach der bisherigen Praxis konnten auch versicherte Personen Leistungen beanspruchen, welche nicht zu Hause, sondern in einem Alters-, Pflege- oder

Wohnheim gepflegt worden sind. Voraussetzung für die Entschädigung gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV ist, dass die versicherten Pflegeleistungen von anerkannten Leistungserbringern erbracht werden.

B. Versicherte Pflegeleistungen ↑

1. Allgemeines

Das Bundesgericht hat in dem Grundsatzentscheid 116 V 41 den Begriff der «Hauspflege» wie folgt konturiert:

Der Begriff der Hauspflege ist vielschichtig. Er umfasst zunächst die – weder ambulant noch in einem Spital, sondern eben zu Hause applizierten – Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt vollzogen oder angeordnet werden. Hauspflege ist aber auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege (siehe zu dieser Unterscheidung BGE 102 V 48 Erw. 1 mit Hinweisen; ZAK 1980 S. 182, 1977 S. 423 Erw. 1a), der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes doch unerlässlich ist. Das trifft insbesondere auf medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG zu, welche lebensnotwendige organische Funktionen ermöglichen, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen. Eine dritte Form von Hauspflege ist die nichtmedizinische Pflege, sei es am Betroffenen selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfestellungen in seiner Umgebung durch Führung des Haushaltes oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten.

2. Begriff der medizinischen Pflegeleistung

Praxisgemäss wurden unter den Begriff der «Hauspflege» lediglich die Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung und die medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege verstanden. Die so definierte medizinische Pflege unterscheidet sich von der Behandlungs- und Grundpflege, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt ist,²³ da unter den Begriff der Grundpflege auch Verrichtungen fallen, welche kein «therapeutisches Agens» haben, sondern lediglich die weggefallene Selbstversorgungsfähigkeit oder krankheitsbedingt notwendige Hilfeleistungen umfassen.²⁴

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind als medizinische Pflege im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes alle behandlungspflegerischen Massnahmen, die sogenannte akzessorische Grundpflege und die übrige Grundpflege zu verstehen, sofern diese erforderlich ist, um eine wesentliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verhindern.²⁵

Hinsichtlich dieser drei Pflegekategorien ist Folgendes zu bemerken:

- **Behandlungspflege:** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat nur für die behandlungspflegerischen Massnahmen, die in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV aufgeführt sind, aufzukommen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts handelt es sich dabei um eine sogenannte Positivliste. Da weder UVG noch UVV die leistungspflichtigen Pflegemassnahmen im Einzelnen bzw. abschliessend auführen, hat der Unfallversicherer für sämtliche behandlungspflegerischen Massnahmen aufzukommen, insbesondere auch für solche, die in

Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV nicht aufgeführt sind. Zu den behandlungspflegerischen Verrichtungen sind nach der Rechtsprechung insbesondere die Atemtherapie mit Überwachung der Beatmung,²⁶ das Richten, Bestellen und Verabreichen von Medikamenten,²⁷ das Anlegen und Wechseln von Bandagen und Verbänden,²⁸ die Pflege vom Kathetern, das Katheterisieren sowie das Klopfen und Pressen der Blase,²⁹ das Anlegen eines Kondoms mit Urinal³⁰ und die digitale Stuhlausräumung³¹ zu zählen.

- *Akzessorische Grundpflege*: Grundpflegerische Massnahmen sind ausnahmsweise ebenfalls zu vergüten, wenn diese im konkreten Einzelfall für die Durch-

Pflegerecht 2017 - S. 134

führung von behandlungspflegerischen Massnahmen notwendig sind.³² Als Schulbeispiel kann die Körperreinigung (Grundpflege) nach der Darmentleerung (Behandlungspflege) erwähnt werden.

- *Präventionspflege*: Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG hat der Unfallversicherer nach Beginn der Berentung auch für solche Pflegemassnahmen aufzukommen, die erforderlich sind, um den Versicherten vor einer wesentlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zu bewahren. Als Schulbeispiel ist in diesem Zusammenhang die Dekubitusprophylaxe zu erwähnen, die krankensicherungsrechtlich Grundpflege darstellt,³³ unfallversicherungsrechtlich aber als eigentliche Präventionspflege im Sinne von Art. 21. Abs. 1 lit. d UVG zu qualifizieren ist.

Die vom Unfallversicherer praxisgemäss nicht übernommenen Pflegemassnahmen, d.h. der Grundpflegebedarf, der nicht akzessorisch ist und auch nicht der Prävention von wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen dient, fallen unter die subsidiäre Leistungspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers.³⁴ Der obligatorische Krankenpflegeversicherer ist insbesondere dann leistungspflichtig, wenn die Voraussetzungen von Art. 21 UVG nicht erfüllt sind.³⁵ Ob der Ausschluss von Grundpflegeleistungen, die weder akzessorisch noch präventiv sind, mit der staatsvertraglichen Verpflichtung, wonach sämtliche Pflegeleistungen, die als Folge eines Arbeitsunfalles oder wegen der vorliegenden Berufskrankheit notwendig sind, vereinbar ist, ist fraglich.

3. Ärztliche Anordnung

Voraussetzung für die Leistungspflicht ist schliesslich das Vorliegen einer ärztlichen Anordnung. Das Erfordernis der ärztlichen Anordnung ist nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen. Es genügt vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind.³⁶

C. Anerkannte Leistungserbringer ↑

Als Folge des expliziten Hinweises in Art. 18 Abs. 1 UVV auf die Zulassungsvorschriften, welche im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten, ist davon auszugehen, dass alle gemäss KVG/KVV anerkannten Leistungserbringer auch zulasten der obligatorischen Unfallversicherung versicherte Pflegeleistungen erbringen können. Art. 18 Abs. 1 UVV verweist zwar lediglich auf Art. 49 und 51 KVV, welche die Zulassung der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen sowie der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause regeln.

Nicht explizit erwähnt werden Pflegeheime im Sinne von Art. 39 Abs. 3 KVG, welche gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV ebenfalls als anerkannte Leistungserbringer betreffend versicherte Pflegeleistungen gelten. Da Art. 18 Abs. 1 UVV die Marginalie «Hilfe und Pflege zu Hause» trägt, fallen die Pflegeheime nicht unter diese Bestimmung und richtet sich die Leistungspflicht für versicherte Pflegeleistungen, welche in einem Pflegeheim erbracht werden, entweder analog nach Art. 18 UVV oder nach Art. 10 Abs. 1 UVG, wenngleich Pflegeheime in der fraglichen Gesetzesbestimmung nicht explizit erwähnt sind.

D. Höhe der Entschädigung ↑

Der obligatorische Unfallversicherer ist – im Gegensatz zum obligatorischen Krankenpflegeversicherer, für welchen das Kostenvergütungsprinzip gilt – als Folge des Naturalleistungsprinzips verpflichtet, die notwendigen Pflegeleistungen selber zu erbringen.³⁷ Entsprechend trägt der Unfallversicherer a priori die Vollkosten der versicherten Pflegeleistungen.

Im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung das Vollkostenvergütungsprinzip nicht mehr. Die Krankenkasse ist lediglich verpflichtet, einen Beitrag an die Pflegekosten zu leisten.³⁸ Die ungedeckten Pflegekosten tragen die versicherte Person (bis maximal 20% des festgesetzten Höchsttarifes) und der Wohnsitzkanton.³⁹ Art. 18 Abs. 1 UVV sieht – im Gegensatz zu Art. 18 Abs. 2 UVV, der explizit von der Leistung eines «Beitrages» spricht – keine Einschränkung mit Bezug auf die Höhe der Entschädigung vor.

Da Art. 25a KVG lediglich für versicherte Pflegeleistungen anwendbar ist, die von einem Krankenversicherer vergütet werden müssen, ist das Vollkostenvergütungsprinzip im Geltungsbereich der obligatorischen Unfallversicherung weiterhin anwendbar. Entsprechend ist der Unfallversicherer verpflichtet, die tatsächlichen Vollkosten, welche beim anerkannten Leistungserbringer im Zusammenhang

mit der Erbringung der versicherten Pflegeleistungen anfallen, zu vergüten. Ob dabei die im jeweiligen Wohnsitzkanton der versicherten Person massgeblichen Normkosten, die durchschnittlichen Kosten pro Pflegestunde⁴⁰ oder die tatsächlichen Kosten gemäss Kostenstellenrechnung des Leistungserbringers zu vergüten sind, ist ungeklärt.

Soweit der Unfallversicherer mit den anerkannten Leistungserbringern einen Tarifvertrag abgeschlossen hat, richtet sich die Höhe der Entschädigung nach Massgabe des Tarifvertrages. Für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen, welche Mitglieder des Schweizerischen Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) sind, ist der Tarifvertrag vom 25. Oktober 1999 anwendbar. Die im Anhang des fraglichen Tarifvertrages aufgeführten Taxpunktwerte entsprechen folgenden Stundenansätzen:

- Behandlungspflege (12 Taxpunktwerte pro 10 Min.): 72 Franken
- akzessorische Grundpflege (11 Taxpunktwerte pro 10 Min.): 66 Franken
- nicht akzessorische Grundpflege (6,5 Taxpunktwerte pro 10 Min.): 39 Franken

Zusätzlich zu diesen Ansätzen sind die Zuschläge für Leistungen an Sonn- und Feiertagen sowie für Spät- und Nachtdienste zu berücksichtigen, welche im Tarifvertrag aufgeführt sind.

IV. Beitrag für medizinische Pflegeleistungen (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV) ↑

A. Allgemeines ↑

Im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können nur anerkannte Leistungserbringer versicherte Pflegeleistungen abrechnen. Werden versicherte Pflegeleistungen von nicht anerkannten Leistungserbringern erbracht, entfällt jedwede Vergütungspflicht. Eine Leistungspflicht besteht auch dann nicht, wenn der Erbringer der an sich versicherten Pflegeleistungen die materiellen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, dieser muss über eine Abrechnungsnummer verfügen.⁴¹ Keine Umgehung des Zulassungserfordernisses stellt jedoch die Anstellung von pflegenden Angehörigen, die nicht im Besitz eines Pflegefachdiploms sind, durch eine zugelassene Spitex-Organisation dar.⁴² Angestellte Angehörige dürfen jedoch nur Grundpflege, nicht aber auch Behandlungspflege ausführen.⁴³

Im Gegensatz zu dieser Regelung sieht Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV vor, dass der Unfallversicherer, wenn versicherte Pflegeleistungen durch nicht anerkannte Leistungserbringer ausgeführt werden, einen Beitrag an die Kosten erbringt. Wie bereits erwähnt, ist seit dem Inkrafttreten der Teilrevision davon auszugehen, dass der Unfallversicherer einen Kostenbeitrag zwingend zu erbringen hat. Das Ermessen des Unfallversicherers besteht lediglich in Bezug auf die Höhe des Beitrages, nicht (mehr) hinsichtlich der Gewährung eines Beitrages an sich, so wie das nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts der Fall war.⁴⁴ Die Verpflichtung, in jedem Fall einen Kostenbeitrag zu erbringen, wird durch den Wortlaut bzw. den Wegfall der bisherigen «Kann»-Bestimmung zum Ausdruck gebracht.

Im Hinblick auf die vorerwähnte staatsvertragliche Verpflichtung stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Einschränkung der Leistungspflicht des Unfallversicherers auf einen Kostenbeitrag für versicherte Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit leiden, rechtmässig ist. Wenn die staatsvertragliche Nennung «Pflegepersonal zu Hause» nur anerkannte Leistungserbringer gemäss dem nationalen Recht meint, ist die Einschränkung der Leistungspflicht

nicht zu beanstanden, im umgekehrten Fall wäre von der Staatsvertragswidrigkeit von Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV auszugehen.

Pflegerecht 2017 - S. 136

B. Versicherte Pflegeleistungen ↑

Die Beitragspflicht gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV bezieht sich auf die ärztlich angeordneten medizinischen Pflegeleistungen, die gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV versichert sind. Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV verlangt zusätzlich eine fachgerechte Ausführung. Mit diesem Erfordernis soll die versicherte Person geschützt und eine hinreichende Pflegequalität sichergestellt werden.

C. Anerkannte Leistungserbringer ↑

Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV konkretisiert nicht näher, welche Personen als «nicht zugelassene Person» zu verstehen sind. In Anlehnung an die krankenversicherungsrechtliche Rechtsprechung sind alle Personen, die nicht die formellen Zulassungserfordernisse erfüllen, als nicht zugelassene Leistungserbringer zu qualifizieren. Auch solche Personen, denen eine kantonale Berufsausübungsbewilligung erteilt worden ist, die aber noch nicht im Besitz einer Abrechnungsnummer sind, gelten als nicht zugelassen.

Aufgrund der offenen Formulierung sind als nicht zugelassene Personen nicht nur Angehörige, sondern auch freiwillige Helfer anzuerkennen. Unklar ist, ob die Person, welche die versicherten Pflegeleistungen erbringt, bestimmte persönliche Eigenschaften aufzuweisen hat. Im Hinblick auf die arbeitsgesetzlichen Schutzbestimmungen fragt es sich insbesondere, ob auch Kinder und Jugendliche als nicht zugelassene Personen qualifiziert werden können. In Bezug auf regelmässige Pflegeleistungen durch nicht zugelassene Personen liesse sich diskutieren, ob die Kostenbeiträge nur dann gewährt werden, wenn die pflegende Person von der versicherten Person angemessen entlohnt wird.

D. Höhe des Beitrages ↑

Nach dem expliziten Wortlaut hat der Unfallversicherer im Geltungsbereich von Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV nicht die tatsächlichen Kosten, sondern einen «Beitrag» zu leisten. Unklar ist, ob sich die Höhe des Beitrages nach Massgabe der tatsächlichen Kosten richtet, welche die versicherte Person zu tragen hat, oder, wenn keine Kosten anfallen, am tatsächlichen Erwerbsausfall der pflegenden Person zu orientieren hat oder unabhängig von beiden Kriterien ein Marktwert als Ausgangspunkt für die Festlegung des Beitrages gelten soll. Im haftpflichtrechtlichen Kontext werden unentgeltlich erbrachte Pflegeleistungen von Angehörigen nach Massgabe der Kosten, welche die Pflege bei marktgerechter Entlohnung verursachen würde, entschädigt.⁴⁵ Im Hinblick auf den integralen Regress des Unfallversicherers sollte sich die Beitragspflicht gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV an den vergleichbaren Marktkosten orientieren.

Gemäss der Empfehlung von [koordination.ch](#) soll im Geltungsbereich von [Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV](#) ein Stundenlohnsatz von CHF 26.70 gelten.⁴⁶ Es ist nicht einzusehen, weshalb der gemäss [Art. 18 Abs. 2 UVV](#) massgebliche Stundenansatz tiefer als die für den Assistenzbeitrag gemäss [Art. 39f IVV](#) geltenden Stundenansätze sein soll. Im Interesse einer kohärenten Rechtsordnung und zwecks Vermeidung einer Ungleichbehandlung von versicherten Personen, die einen Unfall oder eine Krankheit erlitten haben, sind auch im Geltungsbereich von [Art. 18 Abs. 2 UVV](#) – auch in Nichthaftpflichtfällen – mindestens die Stundenansätze, welche für den Assistenzbeitrag gelten, anzuwenden. Ein höherer Stundenansatz ist auch im Hinblick auf die bisherige Rechtsprechung gerechtfertigt.⁴⁷

V. Beitrag für nichtmedizinische Hilfe ([Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV](#)) ↑

A. Allgemeines ↑

Die altrechtliche Fassung von [Art. 18 UVV](#) beschränkte die Leistungspflicht des Unfallversicherers auf medizinische Pflegeleistungen. Keine Leistungspflicht bestand hinsichtlich der nichtmedizinischen Pflegeleistungen und der nichtmedizinischen Hilfe. Der seit dem 1. Januar 2017 in Kraft stehende [Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV](#) statuiert nunmehr eine Beitragspflicht für nichtmedizinische Hilfe.

B. Versicherte Hilfeleistungen ↑

Obwohl die Rechtsprechung erkannt hat, dass die unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht lediglich in Bezug auf medizinische Pflegeleistungen

Pflegerecht 2017 - S. 137

besteht, haben die Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG⁴⁸ angeregt, sowohl für nichtmedizinische Pflege als auch für nichtmedizinische Hilfestellungen einen Beitrag zu leisten. Die beiden Kategorien werden in den Empfehlungen wie folgt umschrieben:⁴⁹

- *Nichtmedizinische Pflege am Betroffenen:* Dabei handelt es sich um Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, z.B. Körperpflege, Ankleiden und Auskleiden, Ernährung (Beschaffung und Zubereitung von Mahlzeiten).
- *Nichtmedizinische Hilfe als Hilfestellung in der Umgebung des Betroffenen (reine Haushaltshilfe):* Dabei geht es vor allem um allgemeine Haushaltführung wie Waschen und Bügeln, Reinigung und die Besorgung anderer alltäglicher Angelegenheiten.

[Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV](#) geht von der Subsidiarität der Beitragspflicht aus, soweit diese lediglich in dem Umfang besteht, als die versicherten Hilfeleistungen nicht durch die Hilflosenentschädigung abgegolten werden. Da bei der Hilflosenentschädigung lediglich die Hilfe in Bezug auf alltägliche Lebensverrichtungen, nicht aber andere Hilfeleistungen massgeblich sind, stellt sich die Frage, ob

unter der «nichtmedizinischen Hilfe» lediglich die Hilfe im Zusammenhang mit den alltäglichen Lebensverrichtungen zu verstehen ist. Im Hinblick auf die vorerwähnten Empfehlungen und den Umstand, dass sich die Beitragspflicht gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV nur auf medizinische Pflegeleistungen bezieht, umfasst die nichtmedizinische Hilfe im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV mindestens die Hilfeleistungen, die in den bisherigen Empfehlungen erwähnt worden sind.

Nach dem Wortlaut von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV würde sich die Beitragspflicht auf nichtmedizinische Hilfeleistungen beschränken, die bei der versicherten Person «zu Hause» erbracht werden. Die Empfehlungen formulieren etwas offener und nennen die Hilfestellungen in der «Umgebung» als versichert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum lediglich unfallbedingte Hilfeleistungen, welche in der Wohnung der versicherten Person oder in räumlicher Nähe derselben erbracht werden, gedeckt sein sollen. Zweckentsprechend ist, den gesamten unfallbedingten Betreuungs- und Hilfebedarf als nichtmedizinische Hilfe im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu qualifizieren.

C. Anerkannte Leistungserbringer ↑

Als anerkannte Leistungserbringer gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV gelten anerkannte Leistungserbringer gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV wie auch nicht zugelassene Personen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV, sofern sie versicherte Hilfeleistungen erbringen.

D. Höhe des Beitrages ↑

Die Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG haben mit Bezug auf nichtmedizinische Pflegeleistungen festgelegt, dass der Beitrag auf maximal einen Fünftel des höchstversicherten Verdienstes pro Tag, d.h. CHF 81.20,⁵⁰ begrenzt sei.⁵¹ Hinsichtlich der nichtmedizinischen Hilfestellung wurde empfohlen, Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen und den Beitrag von den Kosten, welche eingespart werden können, wenn die versicherte Person zu Hause bleiben kann, abhängig zu machen; eine diesbezügliche Höchstgrenze wurde nicht genannt.⁵²

Würde auf diese Empfehlungen abgestellt und zudem die Hilflosenentschädigung (CHF 812.– pro Monat bei leichter Hilflosigkeit, CHF 1624.– pro Monat bei mittlerer Hilflosigkeit und CHF 2436.– pro Monat bei schwerer Hilflosigkeit) vollumfänglich in Abzug gebracht, würde dies bedeuten, dass der maximale Beitrag pro Jahr auf CHF 29638.– (365 × CHF 81.20) begrenzt wäre und versicherte Personen mit abnehmender Hilflosigkeit einen höheren Beitrag fordern könnten, was nicht nur eine Ungleichbehandlung darstellen würde, sondern auch sinnwidrig wäre, weil Personen mit zunehmender Hilflosigkeit mit höheren Kosten konfrontiert sind und sich entsprechend ein höherer Beitrag rechtfertigt.

Hinsichtlich der Höhe des Beitrages ist auch bei Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV davon auszugehen, dass die mutmasslichen Marktkosten der erbrachten bzw. versicherten Hilfeleistungen Ausgangspunkt für die Festlegung des Beitrages sind. Wird davon ausgegangen, dass der gesamte unfallbedingte Betreuungs- und Hilfebedarf versichert ist, spricht nichts dagegen, die gesamte Hilflosenentschädigung von den mutmasslichen Kosten des unfallbedingten Betreuungs- und Hilfebedarfs in Abzug zu bringen.

Fraglich ist, ob aufgrund der Verpflichtung, lediglich einen Beitrag zu leisten, die nach Abzug der Hilf-

losenentschädigung verbleibenden ungedeckten Kosten vollumfänglich oder nur anteilmässig vergütet werden müssen. Der Autor möchte beliebt machen, die Höhe des Beitrages letztlich mit einem Seitenblick auf den Assistenzbeitrag, den gemäss UVG versicherte Personen nicht erhalten, festzulegen. Es wäre mit dem verfassungsmässigen Gleichheitsgebot wohl am ehesten in Einklang zu bringen, wenn versicherte Personen mit demselben Pflege- und sonstigen Hilfsbedarf betraglich annähernd dieselben Versicherungsleistungen erhielten.

VI. Koordination mit der krankensicherungsrechtlichen Leistungspflicht [↑]

Die vom Unfallversicherer nicht übernommenen Pflegekosten fallen unter die subsidiäre Leistungspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers.⁵³ Der obligatorische Krankenpflegeversicherer ist insbesondere dann leistungspflichtig, wenn die Voraussetzungen von Art. 21 UVG nicht erfüllt sind⁵⁴ oder die Beiträge gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV die tatsächlichen Kosten der medizinischen Pflegeleistungen und der nichtmedizinischen Hilfe, sofern diese Grundpflegeleistungen umfasst, welche gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV versichert sind, nicht abdecken. Besteht sowohl eine unfallversicherungsrechtliche als auch eine (subsidiäre) krankensicherungsrechtliche Leistungspflicht, fragt es sich ebenfalls, wie die verschiedenen Leistungen (Hilflosenentschädigung gemäss UVG, Pflegeentschädigung gemäss UVG sowie Pflegeentschädigung gemäss KVG) miteinander zu koordinieren sind. Von zentraler Bedeutung ist, ob der obligatorische Krankenversicherer den Einwand erheben kann, die unfallversicherungsrechtliche Hilflosenentschädigung sei auf die Leistungspflicht gemäss Art. 7 KLV anrechenbar.

Ob und inwieweit eine Überversicherung besteht, ist – wenn der obligatorische Krankenpflegeversicherer subsidiär leistungspflichtig ist – nicht nach Massgabe der Globalmethode gemäss Art. 69 ATSG, sondern der Anrechnungsmethode gemäss Art. 122 KVV zu bestimmen. Eine Überversicherung tritt dann und in dem Umfang ein, wie Pflege- und Hilflosenentschädigung im konkreten Einzelfall die tatsächlichen Pflegekosten und die übrigen behinderungsbedingten Mehrkosten übersteigen.⁵⁵ Bei einem Heimaufenthalt tritt beim Zusammenfallen von Hilflosen- und Pflegeentschädigung mit den Leistungen der Krankenversicherung in aller Regel keine Überentschädigung ein, weil den Betroffenen ungedeckte Kosten entstehen, die höher sind als die Hilflosenentschädigung.⁵⁶

Bei versicherten Personen, welche zu Hause betreut und gepflegt werden, ist demgegenüber einzelfallweise zu überprüfen, ob allenfalls eine Überversicherung eintritt, wenn Pflegeentschädigungen und Hilflosenentschädigung den tatsächlichen Pflege- und sonstigen behinderungsbedingten Mehrkosten gegenübergestellt werden. Im Umfang der nachgewiesenen Überversicherung ist eine Kürzung der Grundpflegeentschädigung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zulässig.⁵⁷ Die Behandlungspflegeentschädigung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV demgegenüber ist

– wie die Pflegeentschädigungen gemäss Art. 18 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV – mangels sachlicher Kongruenz mit der Hilflosenentschädigung von vornherein nicht kürzbar.⁵⁸

Da Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV lediglich eine Anrechnung der Hilflosenentschädigung an die Kosten der nichtmedizinischen Hilfe vorsehen, stellt sich die Frage, ob an der bisherigen Rechtsprechung, wonach beim Zusammenfallen der krankensicherungsrechtlichen Grundpflegeentschädigung mit der Hilflosenentschädigung gemäss UVG bzw. IVG erstere im Umfang einer Überversicherung gekürzt werden kann, festzuhalten ist. Nach der Auffassung des Autors ist die Hilflosenentschädigung gemäss UVG und IVG mit der Grundpflegeentschädigung nur teilweise sachlich kongruent, sofern und soweit die alltäglichen Lebensverrichtungen der Körperpflege und der Hilfe bei der Notdurftverrichtung betroffen sind, weshalb eine Anrechnung nur in diesen beiden Bereichen zulässig ist. Da es sich bei der Hilflosenentschädigung ohnehin um eine pauschale Geldleistung handelt, wäre es gerechtfertigt, trotz der teilweisen sachlichen Kongruenz auf eine Anrechnung der Hilflosenentschädigung an Pflegekosten gänzlich zu verzichten.

VII. Anwendbarkeit des revidierten Art. 18 UVV auf altrechtliche Fälle [↑]

Gemäss dem ersten Absatz der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor

Pflegerecht 2017 - S. 139

dem Inkrafttreten der Teilrevision ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Ob mit dieser Übergangsbestimmung – gelesen im Kontext mit Absatz 2 (Leistungskürzung in altrechtlichen Fällen) – lediglich eine Besitzstandsgarantie oder in den Fällen, in welchen das neue Recht eine Besserstellung vorsieht, auch ein Verbot der Besserstellung statuiert wird, ist unklar.

Der blosse Wortlaut spricht dafür, dass nicht nur eine Besitzstandsgarantie, sondern auch ein Verbot der Besserstellung altrechtlicher Fälle anzunehmen ist. Das systematische Element bzw. Absatz 2 spricht gegen diese Auslegung. Es kommt hinzu, dass das bisherige Recht bzw. die Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG die nunmehr in Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV erwähnte nichtmedizinische Hilfe bereits als Ermessensleistung verstanden haben.

Es wäre mit dem Grundsatz der Besitzstandsgarantie nicht zu vereinbaren, wenn versicherte Personen, die einen Unfall vor dem 31. Dezember 2016 erlitten haben, nunmehr nur noch die medizinische Pflege als Pflichtleistung geltend machen könnten. Als Folge der Besitzstandsgarantie könnten versicherte Personen, die vor dem Inkrafttreten der Teilrevision verunfallt sind, auch nach dem 1. Januar 2017 einen Beitrag für nichtmedizinische Pflege- und Hilfeleistungen geltend machen, wobei es sinnvoll wäre, sowohl in alt- als auch neurechtlichen Fällen den aktuellen Art. 18 Abs. 2 UVV einheitlich anzuwenden.

¹ Vgl. Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva) = BBl 2008 5395

und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva) = BBI 2014 7911.

- 2 Vgl. Art. 10 Abs. 3 und Art. 21 UVG.
- 3 Vgl. Art. 8 ff. BV.
- 4 Vgl. Art. 7 BV.
- 5 Vgl. Art. 36 BV.
- 6 Statt vieler BGE 138 V 310 E. 2.1.
- 7 Ibid.
- 8 Vgl. Urteil BGer 2P.73/2005 vom 17. Juni 2005 E. 5.
- 9 Vgl. Art. 41 Abs. 1 lit. b BV.
- 10 Vgl. Art. 41 Abs. 3 BV.
- 11 Vgl. Art. 41 Abs. 4 BV.
- 12 Vgl. Art. 117a Abs. 2 lit. a BV.
- 13 Vgl. BGE 133 V 569 ff.
- 14 Vgl. BGE 138 I 125 E. 3.5 ff.
- 15 Vgl. BGE 138 I 265 ff.
- 16 Vgl. BGE 140 V 113 ff.
- 17 Vgl. Urteile EVG P 25/04 vom 21. September 2004 E. 4 (Übernahme ungedeckter Kosten von Erholungsurlauben) und P 34/03 vom 5. November 2003 E. 3.2.1 (Ungleichbehandlung betreffend Kabelnetzanschluss).
- 18 Vgl. BGE 138 V 481 = Pra 2013 Nr. 31 E. 5.9.
- 19 SR 0.831.104.
- 20 SR 0.831.102.
- 21 Vgl. z.B. Art. 34 Abs. 2 lit. c Übereinkommen Nr. 102.
- 22 Vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 30. Mai 2008 = BBI 2008, 5395 ff., 5412.
- 23 Siehe dazu Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV.
- 24 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.

- 25 Vgl. Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG.
- 26 Vgl. Urteil BGer 8C_457/2014 vom 5. September 2014.
- 27 Vgl. BGE 107 V 136 E. 1b.
- 28 Vgl. BGE 107 V 136 E. 1b.
- 29 Vgl. BGE 116 V 41 E. 4b.
- 30 Ibid.
- 31 Ibid.
- 32 Vgl. Urteil BGer 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2.
- 33 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV.
- 34 Siehe Urteile BGer 8C_886/2010 vom 10. Juni 2011 und 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012.
- 35 Vgl. Urteil BGer 8C_191/2011 vom 16. September 2011 E. 5.3.
- 36 Vgl. BGE 116 V 41 E. 5c und Urteil BGer 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 3.
- 37 Vgl. BGE 140 V 130 E. 2.1, 134 V 72 E. 2.1 und 123 V 53 E. 3a.
- 38 Vgl. Art. 25a KVG und Art. 7a KLV.
- 39 Vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG.
- 40 Gemäss Bericht des Bundesamtes für Gesundheit «Pflegefiananzierung: Ermittlung der Pflegekosten» vom 16. Mai 2007 lagen die tatsächlichen Kosten vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung im gesamtschweizerischen Durchschnitt zwischen 88 Franken (Grundpflege) und 134 Franken (Abklärung, Beratung und Koordination) (siehe Bericht des Bundesamtes für Gesundheit «Pflegefiananzierung: Ermittlung der Pflegekosten» vom 16. Mai 2007, Seite 53).
- 41 Vgl. Urteil BGer K 141/06 und K 145/06 vom 10. Mai 2007 E. 5.2.
- 42 Vgl. Urteil EVG K 156/04 vom 21. Juni 2006 = RKUV 2006, S. 303 E. 4.
- 43 Vgl. Urteil BGer 8C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 5.2.
- 44 Vgl. Urteil BGer U 297/99 vom 14. Juli 2000 E. 3d: «Jedoch verliert der Hauspflegeanspruch bei Zuziehung einer nicht zugelassenen Person seinen Anspruchscharakter und wird unter diesem Gesichtspunkt zu einer Ermessensleistung des Versicherers. Die SUVA hat in diesem Rahmen gegebenenfalls abzuklären, ob der Einsatz einer nicht zugelassenen Person nach den konkreten Umständen zweckmässig ist. Daraufhin hat sie nach pflichtgemäßem Ermessen über einen Anspruch auf Beiträge nach Art. 18 Abs. 2 UVV zu befinden. Dieser Entscheid hat dem Gebot rechtsgleicher Behandlung zu genügen und ist auch zu begründen. Ein Anspruch im Sinne von Art. 129 Abs. 1 lit. c OG liegt indessen nicht vor.»
- 45 Vgl. z.B. Urteil BGer 4C.276/2001 vom 26. März 2002 E. II/6/a/dd.

- 46 Vgl. <https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/uvg/hilfe-und-pflege-zu-hause/> – zuletzt besucht am 19. Juni 2017.
- 47 Im Urteil BGer [8C_896/2009](#) vom 23. Juli 2010 wurden bei einem Tetraplegiker vier Stunden pro Tag mit einem Ansatz von 35 Franken abgegolten. Denselben Betrag hat die Suva bereits im Jahr 2000 bei einem Tetraplegiker gewährt, der durch eine ausländische Pflegefachfrau mit Diplom in allgemeiner Krankenpflege, welche in der Schweiz nicht zugelassen war, gepflegt wurde (vgl. Einspracheentscheid Suva 221099.SAM vom 25. Februar 2000).
- 48 Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27. November 1990 (revidiert am 17. März 2008).
- 49 Vgl. Ziffer 1.3 f. Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27. November 1990 (revidiert am 17. März 2008).
- 50 Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes beläuft sich auf 406 Franken im Tag (vgl. [Art. 22 Abs. 1 UVV](#)).
- 51 Vgl. Ziffer 2.3 Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27. November 1990 (revidiert am 17. März 2008).
- 52 Ibid. Ziffer 2.4.
- 53 Siehe Urteile BGer [8C_886/2010](#) vom 10. Juni 2011 und [9C_43/2012](#) vom 12. Juli 2012.
- 54 Vgl. Urteil BGer [8C_191/2011](#) vom 16.9.2011 E. 5.3.
- 55 Vgl. [Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV](#).
- 56 Vgl. [BGE 125 V 297 E. 5c](#) und [VGer GR S 07 214](#) vom 13.10.2008.
- 57 Vgl. [BGE 127 V 94 E. 3 und 5](#).
- 58 Vgl. BGer [9C_43/2012](#) vom 12. Juli 2012 E. 4.1.2.