

200 20 216 UV  
SCI/BOC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. August 2020**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 10. Februar 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er sich am 5. Oktober 1985 bei einem Motorradunfall eine Tetraplegie zuzog (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva erbringt in diesem Zusammenhang die gesetzlichen Versicherungsleistungen, insbesondere eine Invalidenrente, eine Hilflosenentschädigung schweren Grades und Pflegeleistungen (vgl. insbesondere act. II 81, 123, 128, 182; Akten der Suva [act. IIa] 197, 209 f. 230, 244 f., 269, 278, 290; Akten der Suva [act. IIb] 374, 480; Akten der Suva [act. IIc] 252, 331).

Mit Schreiben vom 11. Dezember 2018 (Akten der Suva [act. IIe] 354) informierte die Suva den Versicherten hinsichtlich der Pflegeleistungen darüber, dass sie gestützt auf eine vertragliche Regelung in Zukunft diejenigen Leistungen, welche nicht durch die Hilflosenentschädigung abgegolten seien, direkt der Spitexorganisation vergüte. Am 18. März 2019 (act. IIe 360) erteilte die Suva für die Behandlung ab dem 1. März 2019 Kostengutsprache pro Monat für Untersuchung und Behandlung im Betrag von Fr. 1'352.-- und Grundpflege im Betrag von Fr. 381.--. Damit erklärte sich der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Schreiben vom 17. April 2019 (act. IIe 365/1 - 3) nicht einverstanden. Mit Kostengutsprache vom 3. Mai 2019 (act. IIe 366) ersetzte die Suva die Vorhergehende und hielt verfügungsweise (act. IIe 367) fest, für die Zeit ab dem 1. März 2019 unter dem Titel von Art. 18 Abs. 1 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werde monatlich ein Betrag von Fr. 1'875.-- und unter dem Titel von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ein solcher von Fr. 837.-- ausgerichtet. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIe 369) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 10. Februar 2020 ab (act. IIe 393).

**B.**

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 12. März 2020 Beschwerde. Er beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei insoweit aufzuheben, als die Beschwerdegegnerin darin ihre Kostengutsprache an die Spitex C.\_\_\_\_\_ für maximal 9.30 Stunden bzw. Fr. 837.-- pro Monat für die Grundpflege bestätigt habe. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Spitex C.\_\_\_\_\_ eine Kostengutsprache für die Grundpflege zu erteilen, welche – ohne Anrechnung der Hilflosenentschädigung – die Kosten für die Grundpflege des Beschwerdeführers vollumfänglich decke, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Eingabe vom 6. April 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Sistierung des Verfahrens bis zum Abschluss des bundesgerichtlichen Verfahrens 8C\_706/2019, in welchem die Frage nach dem anwendbaren Recht für Pflegeleistungen gemäss Art. 18 UVV bei vor dem 1. Januar 2017 erlittenen Unfällen geklärt werde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. April 2020 gab der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin Gelegenheit zur Begründung des Antrags auf Sistierung sowie zur Einreichung einer Beschwerdeantwort.

Die Beschwerdegegnerin erklärte mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2020 den Verzicht auf den Antrag auf Verfahrenssistierung. Weiter beantragt sie die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Mai 2020 gab der Instruktionsrichter den Parteien Gelegenheit zur Einreichung von Schlussbemerkungen, wovon der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 28. Mai 2020 Gebrauch machte, wohingegen sich die Beschwerdegegnerin nicht mehr vernehmen liess.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 10. Februar 2020 (act. Ile 393). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Pflegeleistungen gemäss Art. 10 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 18 UVV und dabei insbesondere dessen Verhältnis zu demjenigen auf Hilflorenentschädigung nach Art. 26 f. UVG. Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, wenn er geltend macht (Beschwerde S. 3), gewisse Teile der Leistung nach Art. 10 Abs. 3 UVG und Art. 18 UVV (Abklärung und Beratung; Behandlungspflege) seien in Rechtskraft erwachsen. Denn auch der nach Auffassung des Beschwerdeführers nicht angefochtene und deshalb gemäss seiner Einschätzung in Rechtskraft erwachsene Leistungsanteil bezieht sich auf den einheitlichen Sachleistungsanspruch der Hauspflege bzw. Hilfe und Pflege zu Hause. Im Grundsatz sind sich denn auch beide Parteien einig, dass (wenn auch über die Jahre im Umfang möglicherweise verändert) weiterhin die gleichen Leistungen abgegolten werden sollen. Es ist dementsprechend der Anspruch integral zu prüfen.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

**2.** Im Zentrum der Diskussion steht die Frage, ob und inwieweit dem Beschwerdeführer Hauspflege bzw. Hilfe und Pflege zu Hause zuzusprechen ist.

**2.1** Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend (Beschwerde S. 5 ff; Replik S. 3 ff.), seit der UVG-Teilrevision per 1. Januar 2017 lasse Art. 10 Abs. 3 UVG dem Bundesrat keine Möglichkeit mehr offen, den Umfang des Anspruchs auf Hauspflege einzuschränken, die bisherigen Regelungen seien in Widerspruch zu internationalen Abkommen gestanden, gemäss welchen die Hauspflege zu übernehmen sei, ohne dass sich die versicherte Person an den Kosten beteiligen müsse. Inskünftig sollten also die im Einzelfall anfallenden Hauspflegeleistungen vollständig übernommen werden. Gemäss Bundesgericht seien mit der Hilflosenentschädigung auch andere Kosten als die Grundpflegeleistungen abzudecken wie die Entschädigung von Dienstleistungen Dritter zur Kontaktnahme mit der Umwelt, bei der Fortbewegung im und ausser Haus sowie der persönlichen Überwachung. Es sei deshalb gemäss Bundesgericht unzulässig, den Pflegebeitrag um den vollen Betrag der Hilflosenentschädigung zu kürzen. Eine Kürzung des Pflegebeitrages sei nur dann zulässig, wenn die versicherte Person überentschädigt sei. Aus den Materialien zur Verordnungsrevision ergebe sich nicht, dass mit dem Wort "Beitrag" in Art. 18 Abs. 2 UVV eine Beschränkung der Leistungspflicht auf nur einen Teil der Kosten beabsichtigt worden wäre. Wäre dies der Fall gewesen, hätte der Gesetzes- bzw. Verordnungsgeber wie in der Krankenversicherung die Beitragshöhe festgelegt und die Restfinanzierung regeln müssen, was aber nicht der Fall sei. Vorliegend seien bei der Überentschädigungsberechnung auch die folgenden ungedeckten behinderungsbedingten Kosten zu berücksichtigen: Kosten für Wohnungspflege und Waschen, Entschädigung der Hilfestellungen

der Nachbarin (Einkaufen, Kochen, Speisen zerkleinern, etc.), Kosten für behinderungsbedingte Anpassung von Kleidern und behinderungsbedingt notwendige Anfertigung von auf Mass hergestellten Jacken, Zusatzkosten für Begleitperson während fünf Ferienwochen pro Jahr zehn Stunden pro Tag und nichtkassenpflichtige Leistungen wie Verbandswagenbeutel. Vorliegend sei der Beschwerdeführer nicht überentschädigt, weshalb er Anspruch auf einen ungekürzten Beitrag an die Grundpflege habe, der die effektiven Kosten seiner Grundpflege decke.

**2.2** Demgegenüber bringt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen vor (Beschwerdeantwort S. 3 ff.), gemäss dem Wortlaut von Art. 18 Abs. 2 UVV werde nur ein "Beitrag" geleistet, es bestehe folglich kein Anspruch auf eine volle Kostendeckung. Die staatsvertragliche Regelung, welche bei der Pflege eine volle Kostendeckung fordere, beziehe sich nur auf die medizinische Pflege, nicht aber auf die nichtmedizinische Unterstützung, womit Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV dem Abkommen nicht zu wider laufe. Vorliegend sei nicht eine Überentschädigungsklausel, sondern eine Konkurrenzklausel anwendbar: Sei die nichtmedizinische Hilfe zu Hause bereits durch die Hilflosenentschädigung abgedeckt, so bestehe kein Raum für Beiträge unter dem Titel von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV. Es sei allein zu prüfen, ob die nicht medizinische Hilfe zu Hause – nicht deren Kosten – bereits durch die Hilflosenentschädigung abgegolten sei. Folglich sei einzig die sachliche Kongruenz der einzelnen Hilfeleistungen massgebend und nicht etwa eine frankenmässige Kostenausscheidung.

### **3.**

**3.1** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der UVV in Kraft getreten.

### **3.2**

**3.2.1** Der vorliegend zur Diskussion stehende Leistungsanspruch findet seine Grundlage unter der Marginale *Heilbehandlung* in Art. 10 Abs. 3 UVG und lautete in der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Fassung wie folgt:

*Der Bundesrat kann die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben und die Kostenvergütung für Behandlung im Ausland begrenzen. Er kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat.*

Mit der erwähnten UVG-Änderung hat der zweite Satz von Art. 10 Abs. 3 UVG eine Anpassung erfahren. Dieser zweite Satz lautet nun:

*... Er kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte Anspruch auf Hilfe und Pflege zu Hause hat.*

**3.2.2** Gemäss dem basierend auf Art. 10 Abs. 3 UVG vom Bundesrat erlassenen Art. 18 Abs. 1 UVV in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung hat die versicherte Person Anspruch auf ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Ausnahmsweise kann der Versicherer auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren (Art. 18 Abs. 2 UVV).

**3.2.3** Laut dem ab 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Art. 18 UVV hat die versicherte Person Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 KVV zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird (Art. 18 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV leistet der Versicherer einen Beitrag an: (lit. a) ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird; (lit. b) nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilflosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist.

**3.3** Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG (vgl. E. 3.1 und 3.2 hier vor) ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Da sich der vorliegend massgebende Unfall am 5. Oktober 1985 (act. II 1) und damit vor dem 1. Januar 2017 ereignet hat, ist der vorliegende Fall gemäss dem klaren, auch die hier zur Diskussion stehende Leistung umschliessenden Wortlaut der Übergangsbestimmung anhand der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen zu beurteilen. Dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin, die den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers anhand der neuen Bestimmungen beurteilt hat (act. IIe 366 f.), kann auch wenn vom Beschwerdeführer unwidersprochen, nicht gefolgt werden.

Auch wenn die Frage des anwendbaren Rechts gemäss der Beschwerdegegnerin über den vorliegenden Fall hinaus umstritten und Gegenstand eines vor Bundesgericht hängigen Verfahrens sein soll, so liegt soweit ersichtlich jedoch bis heute kein höchstrichterlicher Entscheid über diese Frage vor. Zwar hat das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in dem von der Beschwerdegegnerin erwähnten Urteil vom 20. Dezember 2019, UV.2018.00233, E. 1 - 3, in welchem ebenfalls Pflegeleistungen nach Art. 10 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 18 UVV umstritten waren, das alte Recht für anwendbar erklärt. Das Bundesgericht ist auf die gegen jenes Urteil erhobene Beschwerde jedoch nicht eingetreten (Entscheid des BGer vom 21. Februar 2020, 8C\_137/2020). Das diese Frage angeblich klärende Verfahren 8C\_706/2019 (vgl. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 6. April 2020 [im Gerichtsossier]) wurde bis zum heutigen Tag soweit ersichtlich nicht abgeschlossen und es besteht damit kein höchstrichterliches Präjudiz, das ein Abweichen vom klaren Wortlaut gebieten würde.

**3.4** In seinem Entscheid vom 17. Dezember 2018 hielt das Bundesgericht (BGer 9C\_200/2018, E. 3.2.1 f.) unter Verweis auf BGE 116 V 41 fest, dass der Begriff der *Hauspflege* vielschichtig sei. Er umfasse zunächst die – weder ambulant noch in einem Spital, sondern eben zu Hause applizierten – Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt oder einer Ärztin vollzogen oder angeordnet werde. Hauspflege sei aber auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege, der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehle, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands doch unerlässlich sei. Das treffe insbesondere auf medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG zu (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen an

einen UVG-Rentenbezüger, wenn dieser erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand u.a. vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann), welche lebensnotwendige organische Funktionen ermöglichen, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen. Eine dritte Form von Hauspflege sei die nichtmedizinische Pflege, sei es an der betroffenen Person selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfestellungen in ihrer Umgebung durch Führung des Haushalts oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten. Die einzelnen Sozialversicherer hätten, sofern in ihren Bereichen überhaupt eine entsprechende gesetzliche Grundlage bestehe, unter dem Titel der Hauspflege nicht für die Gesamtheit dieser Massnahmen aufzukommen, sondern nur so weit, als für die verschiedenen Formen der Hauspflege eine Leistungspflicht gesetzlich oder ordnungsmässig normiert sei.

Weiter führte das Bundesgericht aus, aus der Voraussetzung der ärztlichen Anordnung sei zu schliessen, dass die Leistungspflicht auf Heilbehandlung und medizinische Pflege beschränkt sein solle. Denn von ärztlicher Anordnung könne sinnvollerweise nur bei Vorkehren medizinischen Charakters gesprochen werden; nichtmedizinische Betreuung bedürfe ihrer Natur nach keiner ärztlichen Anordnung. Diese Einschränkung sei angesichts des weiten Gestaltungsspielraums nach aArt. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG nicht zu beanstanden. Andererseits sei das Erfordernis der ärztlichen Anordnung nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen. Es genüge vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert seien (BGE 116 V 41 E. 5c S. 48). Es seien somit Leistungen der Pflege zu Hause abzugrenzen von der nichtmedizinischen Pflege im Sinne von Hilfeleistungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen, Führung des Haushalts, Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten usw., die von der Unfallversicherung nicht übernommen werden müssten.

Schliesslich hat das Bundesgericht in einem Entscheid vom 5. September 2014 (8C\_457/2014, E. 3.2) zur hier massgeblichen unfallversicherungsrechtlichen Regelung festgehalten, dass Leistungen, die über die (pauschalierte) Hilflosenentschädigung abgegolten werden, grundsätzlich nicht über die Hauspflege abgerechnet werden können. Rechtsprechungsgemäss

könne jedoch keine Rede davon sein, dass [...] umfangreiche Pflegeleistungen pauschal durch die Hilflosenentschädigung abgegolten seien, womit Raum für eine zusätzliche Vergütung im Rahmen von aArt. 18 Abs. 1 UVV verbleibe. Zur Diskussion standen dabei Leistungen der dauernden Überwachung, nicht jedoch solche im Abgrenzungsbereich der alltäglichen Lebensverrichtungen. Insoweit unterscheidet sich auch das neue Recht denn auch nicht vom bisher geltenden, denn Leistungen, die bereits eindeutig über die Hilflosenentschädigung abgegolten sind, können zufolge der innersystemisch-unfallversicherungsrechtlichen Leistungskoordination nicht unter zwei Titeln geltend gemacht werden. Beachtlich ist denn auch unbezweifelbar der (zeitlich) anwendbaren Gesetzesgrundlage, dass die Hilflosenentschädigung, auch wenn sie pauschaliert wird und den Geldleistungen zuzuordnen ist, nicht Einkommensersatz, sondern ein Zusatzeinkommen für den Mehraufwand ist (vgl. FREY/LANG, in FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 15 N. 12, 23). Es steht dieser Geldleistung deshalb ein im Grundsatz äquivalenter Aufwand gegenüber, welcher zumindest innersystemisch-unfallversicherungsrechtlich zusammen mit der Leistung für Hilfe und Pflege zu Hause eine Gesamtentschädigung für den effektiven Aufwand ergibt. Die Entschädigungen sollen zusammen den konkreten Aufwand abdecken und es besteht dementsprechend kein Anspruch auf eine frei für andere Zwecke einsetzbare Überentschädigung. Insoweit bleibt kein Raum für die vom Beschwerdeführer verlangte Prüfung nach fixen Prozentregeln (vgl. Beschwerde S. 6, 8 f.).

Soweit schliesslich im neuen Recht festgehalten wird, dass Leistungen, die Basis der Hilflosenentschädigung sind, nicht über die Hilfe und Pflege zu Hause abgegolten werden können (zur Bedeutung der neuen Regelung vgl. RAFFAELLA BIAGGI, in FRÉSARD-FELLAY/LEUZINGER/PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 26 N. 33), bezieht sich dies auf die neu eingeführte, zufolge der übergangsrechtlichen Bestimmungen dem Beschwerdeführer jedoch nicht zustehende Abgeltung nicht-medizinischer Hilfe zu Hause gestützt auf Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV.

**3.5** Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, die neue bundesrätliche Regelung sei deshalb und entgegen der klaren Übergangs-

bestimmung (besserstellend) auf ihn anwendbar, weil die alte Regelung internationales Recht verletze und dementsprechend nicht mehr angewendet werden dürfe, kann ihm nicht gefolgt werden. Solange die konkrete Leistungszusprache selbst kein internationales Recht verletzt, d.h. solange als die hier zur Diskussion stehende Verordnungsbestimmung dem übergeordneten Recht entsprechend ausgelegt werden kann und wird, bleibt sie anwendbar. Dies macht die Beschwerdegegnerin geltend, wenn sie in ihrer Beschwerdeantwort ausführt, das internationale Recht verbiete eine Kostenbeteiligung für medizinische Betreuung, eine solche sei dem Beschwerdeführer nicht auferlegt worden. Es stünden dementsprechend gerade keine solchen Leistungen zur Diskussion.

In der Zusatzbotschaft zur Änderung des UVG vom 19. September 2014 (BBI 2014 7911) hat der Bundesrat festgehalten, dass er mit der früheren Bestimmung habe festlegen können, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang die Versicherten Anspruch auf Hauspflege hätten. Diese Regelung stehe im Widerspruch zu internationalen Abkommen, welche die Schweiz ratifiziert habe. Medizinische Betreuung umfasse die Krankenpflege, und zwar unabhängig davon, ob sie zu Hause, im Spital oder in einer anderen medizinischen Einrichtung erfolge. Aufgrund dieser Abkommen müsse die Hauspflege übernommen werden, ohne dass der Versicherte sich an den Kosten beteiligen müsse (BBI 2014 7923). Der Bundesrat dürfe aufgrund der internationalen Verpflichtungen die Pflege zu Hause nicht einschränken, falls die Voraussetzungen für diese gegeben seien. Aus diesem Grund werde der Passus "... und in welchem Umfang ..." gestrichen. Der veraltete Begriff "Hauspflege" werde durch "Hilfe und Pflege" zu Hause ersetzt (BBI 2014 7935).

Im erläuternden Bericht zur Änderung der UVV vom Oktober 2016 führte das Bundesamt für Gesundheit aus, die bisherige Freiwilligkeit von Beiträgen an die medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person werde im Interesse der Rechtsgleichheit aufgegeben. Stattdessen werde ein Leistungsanspruch verankert. Ebenso werde der Leistungsanspruch auf Beiträge für die nichtmedizinische Hilfe zu Hause verankert, soweit diese nicht bereits durch die Hilflosenentschädigung abgegolten werde. Mit Blick auf die neu verwendete Terminologie Hilfe und Pflege (an

Stelle von Hauspflege) wurde ausgeführt, es werde eine begriffliche Klärung vorgenommen, indem das Wort *Pflege* für die medizinische Betreuung der Versicherten stehe, während das Wort *Hilfe* für nichtmedizinische Unterstützung verwendet werde.

**3.6** Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung bereits nach altem, hier anwendbarem Recht unter dem Titel der Hauspflege vom Unfallversicherer sämtliche medizinischen Pflegeleistungen abzugelten waren und sind (vgl. E. 3.4 vorstehend), mithin auch die altrechtliche Regelung eine mit dem übergeordneten Recht vereinbare Anwendung erlaubt. Nichtmedizinische Leistungen werden hingegen gemäss dieser Gesetzeslage in altrechtlichen Fällen nicht übernommen, was keinen Verstoss gegen übergeordnetes Recht darstellt.

Nach altem (wie im Übrigen auch dem neuen) Recht bedarf es zur Beurteilung, welche Leistungen bereits mit der Hilflosenentschädigung abgegolten sind, und welche Leistungen darüber hinaus nach Art. 10 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 18 UVV zu erbringen sind, einer detaillierten Klärung anhand der Leistungselemente der Hilflosenentschädigung unter Beizug der detaillierten Angaben der Spitex-Organisation bzw. dritter Leistungserbringer. Diese Prüfung ist nachfolgend vorzunehmen.

#### **4.**

**4.1** Für die Festlegung des Leistungsanspruchs ist grundsätzlich nicht entscheidend, welche Auszahlungsmodalitäten mit den Leistungserbringern in einem Tarifvertrag ausgehandelt werden (vgl. Beschwerde S. 3; act. Ile 354), denn der materielle Anspruch auf Pflegeleistungen (Sachleistung) ergibt sich aus Gesetz und Verordnung. Die Anpassung der Auszahlungsregeln als solche konnte damit nichts am grundsätzlichen Anspruch ändern und stellt dementsprechend auch keine Veränderung der Verhältnisse im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG dar, worauf der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Einsprache vom 27. Mai 2019 mit seinem Argument, es fehle an einem Revisionsgrund, zu Recht hingewiesen hat (act. Ile 369). Hinsichtlich der Frage der Leistungsrevision ist dabei ergänzend auf das Folgende hinzuweisen: Gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG wird auch jede andere

(als eine Rente) formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Anlass zur Revision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Anspruch zu beeinflussen (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

Wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.3 hiervor), ist der Leistungsanspruch entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht nach den neuen Bestimmungen zu beurteilen und der Beschwerdeführer hat grundsätzlich weiterhin Anspruch auf die bisherigen Leistungen, sofern nicht eine sachverhaltliche Änderung eingetreten ist, die eine Revision zur Folge hat. Aus den Akten ergibt sich hierzu das Folgende:

## **4.2**

**4.2.1** Mit Schreiben vom 23. Januar 2015 (act. Ild 239) bzw. Verfügung vom 19. Februar 2015 (act. Ild 252) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, aufgrund einer Neuberechnung ergäben sich neu rückwirkend ab August 2014 monatliche Pflegeleistungen von Fr. 1'704.-- (bisher Fr. 1'321.--). Der Betrag enthielt einerseits Aufwendungen im Zusammenhang mit Massnahmen der Untersuchung und Behandlung und andererseits Massnahmen der Grundpflege (act. Ild 237, 250). Die von der Spitex erbrachten Leistungen wurden dem Beschwerdeführer in Rechnung gestellt und von diesem bezahlt. Aus den entsprechenden Abrechnungen ergibt sich, dass die von der Spitex in Rechnung gestellten Leistungen unter Einbezug der Hilflosenentschädigung abgegolten wurden (act. Ild 311, 312 S. 9 ff.).

Ab dem 1. April 2017 wurden monatlich Pflegeleistungen im Betrag von Fr. 2'268.-- vergütet (act. Ild 330, 338). Die entsprechende Anpassung basierte jedoch offensichtlich nicht auf veränderten Verhältnissen beim Beschwerdeführer, sondern allein auf einer Erhöhung der Taxen (act. Ild 331). Es liegen denn auch diesbezüglich keine neuen Leistungsabklärungen bei den Akten, womit vorliegend der massgebliche Vergleichszustand jener

vom Februar 2015 ist (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4. S. 114 betreffend Rente).

**4.2.2** Mit Schreiben vom 3. Mai 2019 erteilte die Beschwerdegegnerin der Spitex C.\_\_\_\_\_ (act. Ile 366, 368) ab dem 1. März 2019 wie folgt Kostengutsprache: 1.34 Stunden pro Monat Abklärung, Beratung und Koordination im Betrag von Fr. 155.--, 2 x jährlich je 60 Minuten Erstassessment à Fr. 115.--, 4 x jährlich je 30 Minuten Pflegeplanung à Fr. 58.--, 2 x jährlich je 11 Minuten Konsultation Arzt-Spitex à Fr. 22.--, 18.75 Stunden pro Monat Untersuchung und Behandlung im Betrag von Fr. 1'875.-- und 9.30 Stunden pro Monat Grundpflege im Betrag vom Fr. 837.--. In der gleichentags erlassenen Verfügung an den Beschwerdeführer wurde ausgeführt, ihm werde unter dem Titel von Art. 18 Abs. 1 UVV der monatliche Betrag von Fr. 1'875.-- und unter dem Titel von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV der Betrag von Fr. 837.-- zugesprochen, d.h. insgesamt der Betrag von Fr. 2'712.--.

**4.2.3** Wäre der Argumentation des Beschwerdeführers in seiner Einsprache zu folgen und von unveränderten Verhältnissen auszugehen, so hätte die zugesprochene Leistung von monatlich Fr. 2'712.-- (gegenüber Fr. 2'268.-- vorher) keine revisionsrechtliche Basis, weshalb die Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführer schlechter zu stellen wäre. Gleichermassen wäre eine Schlechterstellung vorzunehmen, wenn ein Revisionsgrund vorliegen würde und der dem Beschwerdeführer zugesprochene Betrag von Fr. 837.-- ein solcher der "nichtmedizinischen Hilfe" nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV wäre, wie dies die Beschwerdegegnerin angenommen hat. Denn diese neue Bestimmung ist hier zeitlich nicht anwendbar (E. 3.3 vorstehend) und der Beschwerdeführer hätte keinen Anspruch auf diesen Betrag.

Mit Blick auf die nachvollziehbare und überzeugende neue Bedarfserhebung (act. Ile 363 und 368) ist ein Revisionsgrund (vgl. E. 4.1 hiervor) mit der neuen Bedarfserhebung jedoch belegt und der Leistungsanspruch frei zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**4.2.4** Die Bedarfserhebung und Leistungszusprache unter dem Titel medizinische Pflege im Umfang von Fr. 1'875.-- wurde vom Beschwerdeführer

zu Recht nicht beanstandet. Was den mit Verweis auf Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zugesprochenen Betrag von Fr. 837.-- betrifft, handelt es sich – entgegen dem im Titel des Berechnungsblatts (act. Ile 368) mit dem Begriff "Nichtmedizinische Hilfe" Suggestierten – um keine andere Leistung als diejenige, die dem Beschwerdeführer bereits bisher zugesprochen worden war. Dies bestätigt auch ein Vergleich der erläuternden Ausführungen und Beispiele im Erhebungsblatt, die sich wörtlich decken (act. Ild 250, act. Ile 368). Es handelt sich damit nach wie vor offensichtlich um Leistungen, die bereits im Rahmen von aArt. 18 UVV als solche der Hauspflege zu verstehen waren und dem Beschwerdeführer bis anhin unter dem Titel "Massnahmen der Grundpflege" entschädigt wurden. Dass die Beschwerdegegnerin einen Teil des von der Spitex C.\_\_\_\_\_ in der Leistungsplanung aufgeführten Aufwands für die alltäglichen Verrichtungen, wie im Übrigen auch bereits früher, ausgeschieden und der Hilflosenentschädigung zugeordnet hat, ist weder im Grundsatz zu beanstanden, noch bestehen Anhaltspunkte, die ein Eingreifen des Gerichts in das der Verwaltung zustehende Ermessen bei der Einschätzung des konkreten Sachverhalts rechtfertigen würden. Die entsprechenden Kürzungen, die den Pflegeleistungen zugerechnet werden können, sind letztlich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers allein gering. Es bestehen denn auch keine Anzeichen dafür, dass dem Beschwerdeführer eine Kostenbeteiligung für medizinische Betreuung auferlegt würde.

**4.3** Der Einspracheentscheid beinhaltend eine Gesamtentschädigung für Hauspflege im Umfang von Fr. 2'712.-- ist zu bestätigen. Es bleibt abschliessend einzig darauf hinzuweisen, dass die Kostengutsprache an die Spitex C.\_\_\_\_\_ insoweit von der verfügten Leistungszusprache an den Beschwerdeführer selbst abweicht, als in letzterer die Kosten für Abklärung, Beratung und Koordination nicht enthalten waren. Die Beschwerdegegnerin wird sich jedoch auf ihre Kostengutsprache behaften lassen müssen und ergänzend insoweit auch den diesbezüglichen Betrag zu vergüten haben.

**5.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde im Sinne der vorstehenden Erwägungen (vgl. E. 4.3 in fine) abzuweisen.

**6.**

**6.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.